

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**DOMOV DŮCHODCŮ MALEŠICE A  
GERONTOLOGICKÉ CENTRUM KOBYLISY**

**Porovnání role ergoterapeuta v nácviku  
personálních ADL u seniorů s Alzheimerovou  
demencí v denním stacionáři a ústavním zařízení**

Comparision of procedure of occupational therapy in training personal  
ADL with elderly people suffering from Alzheimer disease in Day  
Care centre and institutional facility

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Autor:** Romana Plunderová,

Obor specializace ve zdravotnictví – ergoterapie. Bakalářské prezenční studium - 3. ročník

**Vedoucí práce:** Bc. Soňa Blodigová

**Oponent práce:** doc. MUDr. Jiří Votava, CSc.

Praha 2007

**Děkuji Bc. Soně Blodigové za odborné vedení práce, za její ochotu a čas, který mi věnovala při konzultacích.**

**Děkuji též vedení DD Malešice za možnost absolvovat praxi na oddělení rehabilitace. Děkuji ergoterapeutce Bc. Kateřině Hájkové, pod jejímž odborným dozorem jsem pracovala. Můj dík patří též MUDr. Ivě Holmerové, primářce Gerontocentra Kobyličky, ergoterapeutce Mgr. Jitce Suché a Jitce Pokludové, vedoucí denního stacionáře, za to, že mi umožnily v rámci 2. části praxe pracovat s klienty denního stacionáře Gerontocentra Kobyličky.**

Čestně prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a poznatků z praxe, poznatky získávala v souladu s etickými normami a se souhlasem každého z uvedených klientů. Zároveň souhlasím s tím, aby tato práce byla dále publikována a půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne...*14.2.2007*.....

Romana Plunderová...*Romana Plunderová*.....

## OBSAH

<b>1. ABSTRAKT.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>3. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>7</b>
3.1. Cíl práce.....	7
3.2. Activities of Daily Living.....	8
3.3. Syndrom demence.....	9
3.4. Epidemiologie AD.....	9
3.5. Rizikové faktory vzniku AD.....	9
3.6. Příznaky onemocnění.....	9
3.7. Diagnostika AD.....	11
3.8. Stádia onemocnění.....	11
3.9. Terapie.....	12
3.10. Ergoterapie u seniorů s Alzheimerovou demencí.....	13
3.11. Doporučení pro pacienty a rodiny.....	15
3.12. Doporučení pro ošetřující personál a rodinu, mentální hygiena.....	16
3.13. Shrnutí.....	17
<b>4. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>18</b>
4.1. Domov důchodců Malešice.....	18
4.1.1. <i>O domově důchodců Malešice.....</i>	<i>18</i>
4.1.2. <i>Moje praxe v DD Malešice.....</i>	<i>19</i>
4.1.3. <i>Kazuistika č. 1.....</i>	<i>19</i>
4.1.4. <i>Kazuistika č. 2.....</i>	<i>24</i>
4.2. Denní stacionář – Gerontologické centrum Kobylisy.....	31
4.2.1. <i>O Gerontologickém centru a České Alzheimerovské společnosti.....</i>	<i>31</i>
4.2.2. <i>Moje praxe v DS Gerontocentra.....</i>	<i>32</i>
4.2.3. <i>Kazuistika č. 3.....</i>	<i>32</i>
4.2.4. <i>Kazuistika č. 4.....</i>	<i>37</i>
4.3. Porovnání z mé praxe – pro které klienty je DD, pro které je DS?.....	42
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>44</b>
5.1. Role ergoterapeuta v DD a v DS v souvislosti s pADL.....	44
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>45</b>
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>47</b>
<b>8. PŘÍLOHY.....</b>	<b>48</b>

## 1. ABSTRAKT

Alzheimerova demence (AD) je neurologické onemocnění, které postupně ovlivňuje jak kognitivní funkce pacienta, tak jeho schopnost postarat se o sebe v běžném denním životě. Postihuje většinou osoby starší 65 let. S očekávaným stárnutím populace bude i tato specifická skupina starších nemocných narůstat a bude nezbytné hledat účinné formy terapie, které by postup AD zpomalily, pomohly pacientům udržet si co nejdéle soběstačnost a umožnily jim žít ve známém rodinném prostředí.

Spolu se včasnou diagnostikou AD a vhodnou farmakoterapií je podmínkou pro zpomalení progresu AD i soustavná ergoterapie, resp. ta její součástí, která se zaměřuje na nácvik činností běžného denního života (Activities of Daily Living – dále jen ADL). Z porovnání osobních zkušeností z práce s klienty v denním stacionáři (DS) a v ústavním zařízení (Domov důchodců – DD) vyplynulo, že ačkoliv role ergoterapeuta je stejná, možnosti jeho práce a její výsledky se ve skutečnosti značně liší, a to ve prospěch DS. Je to dáno nejen různým složením klientely, ale i dobou, po kterou se ergoterapeut může pacientům věnovat. Pobyt v DS navíc zcela nevytrhuje klienta z rodinného prostředí, nenarušuje tolik jeho sociální interakce a pomáhá tak udržet vyšší kvalitu života.

Alzheimer's disease is a neurological disorder, which gradually influence patient's behavioural functions as well as their ability to take care of themselves in daily living. This disorder affects mostly people older than 65 years. As we expect aging of our population this specific group will grow bigger and it will be necessary to look for effective type of therapy for these disabled people. Together with well-timed AD diagnostics and suitable pharmacotherapy there is another very important condition for the slowdown of progression of the disease. And that is a systematic occupational therapy, or more precisely the part of this therapy that is focused on training Activities of daily living (ADL).

My experience from training ADL in the house for seniors and in day care centre showed that the role of occupational therapist is the same in both of them, but chances of his work are in reality better in the day care centre. It is not only because of different type of clients who visit the day care centre but also the time period which occupational therapist can work with the clients. Visits in day care centre ensure that the client is not taken from the family environment. The day care centre is not disturbing client's social interaction so much and due to these conditions helps him to live better life.

## 2. ÚVOD

„Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, event. činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.“

(<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3-23.1.2007>).

Ergoterapie, tedy jedna ze složek komplexní rehabilitace, se zabývá péčí o klienty, nebo chcete-li pacienty, s různými druhy onemocnění, ze všech věkových, národnostních, kulturních i sociálních skupin. Tedy potenciálním „rehabilitantem“ ergoterapeuta se může stát kdokoli. Jednu v dnešní době velmi podstatnou a velmi důležitou složku ergoterapie tvoří též práce s geriatrickými pacienty. Během studia ergoterapie na LFUK jsem kromě aktivit s dospělými i dětmi absolvovala i praxi u seniorů, a to v DSCHJ (Domov seniorů Charlese Jordana), v domově důchodců Sue Ryder a v Gerontocentru v Kobylisích. Do denního stacionáře Gerontocentra docházejí převážně senioři s různými druhy demence.

Při rozhodování o tématu bakalářské práce a pravděpodobně též o mém budoucím zaměření byla asi nejdůležitější zkušenost z mé vlastní rodiny. Několik let jsme společnými silami pečovali o jednoho z nás, mého dědečka. Dnes už vím, že nejspíš trpěl Alzheimerovou demencí (dále jen AD), kterou u něho v té době však nikdo nediodagnostikoval a tudíž ani neléčil. I přes naši veškerou snahu ztrácel během času postupně všechny svoje schopnosti i dovednosti, kognitivní funkce, byl inkontinentní. Byl však stále mezi námi, svým způsobem šťastný, spokojený. V té době bylo ještě velmi malé povědomí o demencích a málokdo přemýšlel o terapii, která by život takto nemocnému zkvalitnila či prodloužila. Dle demografických statistik je však již několik let známo, že naše populace stárne. Problematika péče o seniory se tedy stává naléhavější a nezbytně nutnou a má své důsledky nejen pro oblast sociální péče, ale i v oblasti ekonomické.

I když v současné době není v ČR pro všechny seniory, kteří by to potřebovali, snadno dostupná taková péče, jakou by si zasloužili a jakou jejich zdravotní, psychický či sociální stav vyžaduje, situace se postupně zlepšuje. Díky vlastní zkušenosti si dovedu dobře představit, co prožívá rodina takových nemocných, proto mi je problematika ergoterapie u seniorů tak blízká.

*„Pojem ‚demence‘ pochází z latiny a doslova znamená ‚bez mysli‘. ... Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kde naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něj vstoupil: jako bezmocné dítě.“*

(Buijssen 2006, s. 13)

### 3. TEORETICKÁ ČÁST

#### 3.1. Cíl práce

Alzheimerova choroba je druh demence, tedy degenerativního onemocnění mozku, způsobující poruchu kognitivních funkcí. Pacient má problémy s orientací v čase, prostoru i osobou, má porušenu jak dlouhodobou, tak krátkodobou paměť, poruchu pozornosti, soustředění, poznávání předmětů, lidí i tváří. Postupem času onemocnění ovlivňuje kontinenci člověka, jeho běžné denní činnosti, jako je příprava jídla či jeho samotné konzumování, je porušena oblast personálních i instrumentálních ADL (= Activities of Daily Living = aktivity běžného denního života).

Toto onemocnění nelze zatím úplně vyléčit, ale vhodnou terapií lze jeho postup výrazně zpomalit, omezit. Používá se jak farmakoterapie, tak i komplexní rehabilitace a aktivizace pacienta. Důležité je nenechat nemocného v nečinnosti, naopak se snažit ho aktivizovat a smysluplně naplňovat jeho volný čas (cvičit mozek i tělo). Hlavním cílem léčby je udržet dosavadní stav po co nejdelší dobu, popř. i zlepšit některé funkce. (Jelínková 2004). V průběhu své praxe jsem poznala práci ergoterapeuta jak v domově důchodců, tak i v denním stacionáři. Ve své práci bych chtěla porovnat, v čem se tyto dva druhy péče od sebe liší, a přímo se zaměřit na roli ergoterapeuta při vykonávání personální ADL u seniorů s AD. ADL jsou pro každého z nás to nezákladnější – na nich závisí, zda se jedinec může o sebe postarat, aby byl do značné míry nezávislý na okolí, zda dokáže žít plnohodnotný život. Klienti s demencí nejdříve ztrácejí schopnost vykonávat instrumentální ADL, postupem času i personální ADL. Cílem terapie je zachovat pacientovi co možná největší samostatnost po co nejdelší dobu.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala poznatky, které jsem získala v zařízeních pro seniory, v nichž jsem absolvovala praxi, a to konkrétně v domově důchodců (dále jen DD) Malešice a v denním stacionáři (dále jen DS) Gerontocentrum Kobylisy. V obou zařízeních jsou klienti s AD a já jako ergoterapeut jsem mohla rozdíly v práci ergoterapeuta v DD a DS díky vlastní zkušenosti porovnat.

Domov důchodců je ústavní zařízení, to znamená, že klienti jsou zde i ubytováni. Většinou sem nastupují k trvalému pobytu na základě žádosti, kterou podávají na magistrát. Přicházejí sem tudíž klienti v různém zdravotním i psychickém stavu. Čekací doba je bohužel mnohdy i několik let. DD jsou většinou zařízeny tak, aby zde klienti mohli v klidu dožít. Pracuje tu kvalifikovaný ošetřující personál, většinou i lékař, ale

zdravotní zákroky většího rozsahu se zde neprovádějí. DD není zdravotnické zařízení, nýbrž zařízení sociální. V případě potřeby zdravotnické péče je klient hospitalizován v nemocnici, odkud se po zlepšení zdravotního stavu vrací zpět do DD.

Denní stacionář, nebo také jinak řečeno denní centrum pro seniory, je zařízení, kam rodinní příslušníci klienty ráno přivedou a večer si je zas odvedou domů. Některé stacionáře nabízejí klientům i dopravu z domova a zpět. V DS najdeme převážně osoby, které nemohou či nechtějí být z nejrůznějších důvodů doma samy. Bývají zmatení či se nemohou o sebe postarat z důvodů fyzických nebo poruchy kognitivních funkcí. Můžeme zde ovšem najít i klienty, kteří jsou celkem v pořádku a navštěvování stacionáře pro ně znamená důležitý společenský kontakt a zajímavou náplň dne.

DS má svůj pravidelný denní režim s celodenním programem, zaměřeným zejména na podporu aktivizace klientů. Ti jsou zde (převážně dle potřeby rodiny) buď na polodenní nebo celodenní pobyt včetně stravy. Starají se tu o ně sociální pracovníci, zdravotní sestry, ergoterapeuti, někdy i fyzioterapeuti. Klientům v DS však nebývá poskytována ošetrovatelská péče.

### 3.2. Activities of Daily Living

Activities of Daily Living (dále jen ADL) se vztahují k těm základním fyzickým a kognitivním funkcím, které jsou podmínkou pro uspokojivý všední život klienta. Jsou to činnosti běžného denního života.

ADL mají dvě složky:

**Personální** (= primární, bazální) ADL (= pADL), můžeme jim také říkat soběstačnost. Záleží hlavně na fyzické složce, ale též i na kognitivní. Do pADL počítáme: osobní hygienu, koupání, oblékání, příjem jídla, použití WC, přesuny, mobilitu a kontinenci moči či stolice.

**Instrumentální** (= sekundární, rozšířené) ADL (= iADL), můžeme jim také říkat samostatnost – obsahují i behaviorální složku. Do iADL zařazujeme nakupování, vaření, přípravu jídla, přenášení nápoje, domácí práce, praní, manipulaci s penězi, transport, použití prostředků hromadné dopravy, jízdu autem, sociální interakce, telefonování a záliby.

(Teorie ergoterapie 2003)



### 3.3. Syndrom demence

„Demence (kódové označení v 10. revizi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (Jirák - Koukolík 2004, s. 19)

### 3.4. Epidemiologie AD

V České Republice je dnes zhruba 60 tisíc lidí trpících AD, z toho 10% z nich je mladších 65-ti let. Dle Koukolíka (1998) je riziko výskytu AD u žen 3,1krát vyšší než u mužů. Z těchto údajů vyplývá, že AD je nejčastějším onemocněním ve stáří. Ve věku nad 65 let trpí AD asi 10% populace, nad 85 let je to již téměř jedna polovina populace. AD probíhá přibližně 3 - 8 let.

### 3.5. Rizikové faktory vzniku AD

Je zřejmé, že AD se v některých rodinách vyskytuje častěji než jinde. Dle Koukolíka a Jiráka (1998) zcela jasnými rizikovými faktory jsou: věk, familiární výskyt, různé genové mutace nebo nosičství alely určitého genu. Diskutovanými faktory jsou: ženské pohlaví, úraz hlavy, hypertenze, kouření, nižší vzdělání, vliv hliníku a zinku, který ve vyšších koncentracích působí neurotoxicky.

Rizikovými faktory mohou být i krizové situace, do nichž se klienti dostávají během života.

### 3.6. Příznaky onemocnění

Alzheimerova choroba má často nenápadný začátek. Jelikož je to nemoc, která se projevuje většinou u osob starších 65 let, laická, ale bohužel často i odborná veřejnost tyto počínající projevy přičkne mnohdy stáří jako takovému a ne konkrétnímu onemocnění, přestože včasná diagnostika a terapie nemoci dokáže často rozvoj nemoci zpomalit a tím vlastně prodloužit a zkvalitnit pacientovi život.

Koukolík (1998) uvádí, že první příznaky AD jsou většinou netypické a ne příliš prokazatelné. Zpočátku nebývá jednoduché odlišit onemocnění AD od normálního stárnutí. Není jasné, jak dlouho trvá tzv. preklinické stádium nemoci, ale pravděpodobně to je několik let. AD nejspíše předchází změny v mentálním stavu jedince a pokles tzv. slovní plynulosti - měřitelné testy jako je MMSE (Mini Mental State Examination). Významný rozdíl je patrný také mezi ranou a pozdní formou AD, rozhodující je věk, kdy se nemoc začala projevovat. Raná forma začíná již mezi 40. až 50. rokem života a liší se od pozdní formy tím, že tito pacienti mají mnohem více poškozené řečové schopnosti, praxi a nalezneme zde i vyšší skóre v testech, které určují depresi pacientů. K pozdní formě AD je počítán začátek onemocnění po 65. roce života. Tato forma AD je bohužel občas chápána jako „normální“ příznak stárnutí a není včas léčena. Z toho pak plyne pozdní diagnostika nemoci nebo, v horším případě, nemoc není diagnostikována vůbec, z čehož vyplývají následné problémy: značně omezená možnost léčby, rychlejší průběh onemocnění, rodina tápe v nastalé situaci, postrádá radu odborníka na danou problematiku, nechápe chování svého blízkého, neví, jak k němu přistupovat, jak mu uzpůsobit prostředí tak, aby se v něm on cítil bezpečně a dobře, a jak mu zbytek života zkvalitnit a zpříjemnit.

U AD se většinou jedná o zapomínání nedávných událostí nebo ztrátu schopnosti provádět určité dříve běžné činnosti. Rozdíl mezi zapomenutím bez AD a zapomenutím v důsledku AD je ten, že člověk s AD si již na danou skutečnost či činnost většinou vůbec nevzpomene. Postupem času ztrácí schopnost zrealizovat příkaz, který dostane, a bohužel už mu nepomůže ani návod od jiného člověka. Nemocný s AD postupně ztrácí schopnost sám se o sebe postarat a hrozí nebezpečí, že si svojí nevědomostí ublíží, ohrozí svůj vlastní život nebo okolí (ztratí se, způsobí požár atd.).

Klíenti s AD se vyznačují několika specifickými problémy:

- Dezorientace v čase
- Dezorientace v prostoru
- Dezorientace osobou
- Zapomínají – nejdříve porušená krátkodobá, pak i dlouhodobá paměť
- Porušená pozornost, soustředění
- Nejsou schopni splnit úkol, který jim byl zadán (jedná se o úkol s více stupni nebo složitějším zadáním, postupem času nesplní ani jednoduchý příkaz)
- Mají porušené poznávání předmětů, lidí, tváří – samozřejmě to souvisí s poruchami paměti

- Nejsou schopni se o sebe postarat (zapomínají postup práce, co mají udělat a jak) => riziko, že by si mohli svojí nevědomostí ublížit, ztratit se, zapomínají co právě dělali, proč to dělali a jaký je jejich cíl
- Rozvoj onemocnění přináší i porušenou kontinenci moči i stolice
- Postupem času a onemocnění nejsou schopni se sami obsloužit, obléknout se, postarat se o osobní hygienu, najíst se
- Nejsou schopni postarat se o své finance, popř. nezvládají ani pravidelné platby. Jsou snadným terčem zlodějů, peníze mohou někam založit nebo je i někomu dát, popřípadě je ztratit, špatně poslat poplatky a následně se tak dostat do problémů s tím spojených

### 3.7. Diagnostika AD

Dle Jiráka (2004) je důležité nejdříve diagnostikovat demenci, pak o jaký typ demence se jedná. Pro AD je typický nenápadný, pomalý nástup a postupné upadání funkcí bez výkyvů. Na začátku je typická tzv. mírná porucha kognitivních funkcí, postupně by měl pacient procházet různými typy testů. Jako nejdůležitější a nejznámější bych zde uvedla Mini-Mental State Examination, který však není používán pouze při AD, ale i u jiných typů demencí. Jiráka (2004) uvádí používání testu ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale), který se skládá z více subtestů, podobný význam má i test SKT (Symptom Kurz Test). Pro určení přítomnosti a stupně demence se používají další testy, jako je Mattisova škála demence, Hachinského ischemické skóre a jiné. V diagnostice demencí jsou důležitá i biochemická vyšetření a zobrazovací metody.

### 3.8. Stádia onemocnění

Počáteční stádium **lehké demence** si často můžeme splést s „normálním“ stárnutím. Dochází k poruchám paměti, nemocný není schopen si něco nového zapamatovat, ale většinou si dobře vybavuje vzpomínky z mládí. Zhoršuje se schopnost reálně uvažovat, nastává porucha prostorové a časové orientace, klesá schopnost plynulého vyjadřování a někdy se setkáváme i s psychologickými poruchami (deprese, poruchy vnímání). Nemocní často na danou otázku neumějí odpovědět a hledají pomoc u někoho jiného. V základních činnostech jsou však schopni se o sebe postarat. Ztrácejí věci nebo je někam založí a nevpomenou si kam, mnohdy pak podezírají své okolí, že

jim věci schovává nebo bere. Většinou si své problémy částečně uvědomují, ale popírají je a snaží se je maskovat.

Postupem času nemoc progreduje a nastává stádium tzv. **střední demence**. V tomto stádiu se zejména prohlubují výpadky paměti, zhoršuje se i pojmenovávání známých věcí, vytrácí se schopnost psát, číst, počítat. Nejméně bývá porušena dlouhodobá paměť, nemocní si vzpomínají na mnohé situace z mládí a vypráví je, občas se do situace vžijí tak, že si ji sloučí se skutečností a nelze jim vysvětlit, že je to všechno už pryč. Nastává totální prostorová a časová dezorientace. Zvýrazňují se poruchy chování, objevují se halucinace a bludy. Obvykle jsou již plně odkázáni na péči okolí, bývají nedůvěřiví, často své blízké nebo pečovatele podezírají z krádeží a obviňují je. Mají problémy s dodržováním správných hygienických návyků, s oblékáním a péčí o své věci. Zcela zapomínají, jak to dříve dělali. Jsou často zmateni, bloudí a bez dohledu se mohou ztratit. Tyto poruchy můžeme také nazvat deliria. Významně se mění osobnost, jsou sobečtí, někdy agresivní. Přes to všechno dovedou „prohodit“ pár vět na ne příliš složité téma.

Posledním a nejhorším stádiem je **těžká demence**, kdy se nezdávka vyskytují poruchy neurologického charakteru, jako jsou poruchy chůze, rovnováhy - s tím souvisejí pády, poruchy chování. Nemocní jsou často zmateni a závislí na svém pečujícím okolí, už jsou zcela neschopní se o sebe postarat, jsou plně inkontinentní. Nepoznávají své blízké, neadekvátně se chovají v dané situaci. Mají problémy s příjmem potravy a přesto, že přijímají dostatek tekutin i potravin, jejich tělo chřadne. Velmi špatně artikulují nebo nemluví už vůbec. Jsou většinou upoutáni na lůžko nebo na invalidní vozík. V tomto stavu se objevují další přidružená onemocnění, která bývají fatální.

### 3.9. Terapie

V této oblasti spolupracují dvě složky terapie. Jsou to farmakoterapie a rehabilitace. Společným cílem je zachování a udržení současného stavu pacienta po maximálně možnou dobu a zachování kvality života a soběstačnosti nemocného.

Farmakoterapii lze rozdělit na léčbu kognitivních poruch a symptomatickou léčbu nekognitivních funkcí.

Rehabilitace se orientuje zejména na nejzákladnější lidské potřeby a běžné aktivity denního života, tzv. ADL. Posilují se ty schopnosti, které jsou spojené se zachováním té největší možné míry samostatnosti, jaká je v danou dobu možná. Jednotlivé složky musí

na sebe navazovat a vzájemně spolu komunikovat. U pacientů s AD je hojně využívána reminiscenční terapie. Spočívá ve vzpomínání na různé, převážně starší události v životě (používají se např. rodinné fotografie, video, melodie, zvuky atd.). Důležitý je nácvik orientace pacientů v daném prostředí (pacient má mít doma, na oddělení v nemocnici, v denním stacionáři nebo ústavu sociální péče různě barevně či jinak názorně označené WC, koupelnu, svůj pokoj, jídelnu, aby nebloudil, má mít k dispozici dobře čitelný kalendář a hodiny, aby měl možnost informovat se o čase a datu). Jednou ze složek rehabilitace je i psychiatrická rehabilitace, důležitá je kognitivní terapie, která je zaměřena na kognitivní funkce (základní dovednosti a paměť). Je používána jak skupinová, tak individuální terapie, k terapii lze použít i různé počítačové programy, například Train the Brain (u nás jsou ale dosud málo užívané, protože jen málo starších klientů pracovalo s počítačem). Pacienti se učí postupy, které mohou adaptovat na běžné denní situace. Z toho vyplývá i zkvalitnění života nemocného, ubývají jeho psychické problémy, jako například deprese. Aktivizace pacienta je také jednou z metod, jak ho povzbudit. Nikdy však na pacienta nesmí být kladeny nepřiměřené nároky, abychom mu nepůsobili psychické trauma. V rámci terapie se používají i psychoterapeuticky orientované přístupy, které mají za cíl zvládat psychické frustrace.

Nesmíme zapomenout ani na psychickou podporu osob pečujících o nemocného. Rodinní příslušníci, nebo také pečovatelé, by měli být plně informováni o charakteru nemoci, o stavu pacienta, poučení o vhodném přístupu k němu a také o pravděpodobné prognóze. Tomuto směru se říká psychoedukace. Tito lidé jsou většinou vystaveni dlouhodobému vyčerpávajícímu fyzickému, psychickému i finančnímu nátlaku, málo spí, špatně zvládají péči o nemocného a zároveň vlastní pracovní vytížení, i u nich dochází ke snížení kvality života. Terapeut by měl částečně organizovat setkání s pečovateli a sledovat i jejich psychický stav. Důležité jsou rovněž podpůrné organizace, které sdružují pečovatele a nemocné s AD. Největší podíl a zásluhu na péči o rodinné příslušníky má bezesporu Česká Alzheimerovská společnost (ČALS) pod vedením MUDr. Ivy Holmerové.

### 3.10. Ergoterapie u seniorů s Alzheimerovou demencí

*„V ergoterapii u lidí s demencí je klíčovým předpokladem co nejdelšího zachování soběstačnosti terapie zaměřená na aktivitu. Aktivita by měla být pro člověka smysluplná, měla by odrážet jeho potřeby a životní situaci.“* (Jelínková 2006, s. 305) To klade velké nároky na terapeuta – aby zvolil správnou aktivitu, aby nemocného

nepřecenil či nepodcenil. Klienti, nebo chceme-li pacienti, s Alzheimerovou demencí nejsou všichni stejní, nemůžeme nikdy přesně určit, jak se klient s tímto onemocněním bude chovat, jak bude reagovat, jak ochotně bude spolupracovat například při cvičení paměti, bude-li se chtít zapojovat do činností, snažit se, a nebo bude-li jen nečinně sedět a hledět. Neexistuje přesný manuál, jak při terapii postupovat a co všechno s klienty dělat. Cílem je udržení co největší možné soběstačnosti po co nejdelší dobu, procvičování paměti a také náplň volného času klientů. Klienti často v průběhu činnosti zapomínají, co dělali, a tak jim musíme být nablízku a připomenout, co a jak dále. Někdy stačí méně, jindy je nutné poradit více. V soběstačnosti se zaměřujeme převážně na to, aby se klient sám najedl, napil, došel na WC a sám se obstaral co se týče základní hygieny. Na některé klienty je nutné stále dohlížet a kontrolovat je, jiným stačí dopomoc a některé musíme plně obstarat. Záleží vždy na stupni demence. Dle Jelínkové je vhodné pomáhat jen tam, kde je to potřeba. Všední denní činnosti máme zautomatizované a stávají se rutinními, ale pro každého trochu jinak, je nutné, abychom znali zvyklosti klienta a na nich stavěli terapii. Jelínková také předesílá, že pokud převezmeme za klienta iniciativu v provádění činnosti, kterou nemocný ještě zvládá, velice rychle směřujeme k tomu, že klient tuto činnost zapomene a přestane ji vykonávat. Můžeme také použít tyto způsoby asistence: slovní doprovod, slovní výzva a předvedení prvního kroku, předvedení činnosti, fyzická dopomoc nebo v posledním kroku dokončení činnosti za klienta.

#### **Ergoterapie u seniorů s lehkým stupněm demence:**

Klientům stačí pouze napovídat, většinou se jejich porucha paměti příliš nepromítá až do pADL. Klient si sám dojde na WC, umyje se. Problém může nastat při vaření jídla, kdy zapomene, že má jídlo na sporáku, a následně ohrozí sebe i okolí požárem. S těmito klienty je dobré cvičit orientaci časem, prostorem a naučit je systému, kam si ukládat své věci tak, aby je pak nehledali jinde. Někteří klienti zapomínají na rutinní věci, např. mytí rukou po použití WC. Zapomínají např., kdy se uvidí s rodinou. Jelínková za důležitou položku práce ergoterapeuta považuje nácvik jednotlivých činností s klientem a jeho náhled na svůj výkon. Je nutný dohled na takto nemocného, což však nepředurčuje klienta k tomu, aby tyto činnosti přestal vykonávat. Je také vhodné dobře upravit byt pro co nejdelší možnost péče o sebe. V denních stacionářích i ústavních zařízeních je oblíbenou činností společné vaření, pečení,

stolování, scházení se ve skupinách, což mimo jiné pomáhá i při navazování vztahů a kontaktů (v rámci sociálních dovedností a nácviku činnosti jako takové).

#### **Ergoterapie u seniorů se středně těžkou demencí:**

Tito klienti potřebují dohled na osobní hygienu a WC, jejich správné návyky totiž pomalu mizí a klienti často zapomínají co a jak se správně dělá, jak se mají správně obléknout (nejde o styl oblečení, ale o správný postup oblékání „vrstev“). Je nutná nejen supervize, ale i slovní instruktáž či dopomoc. Opět se snažíme o udržení stávající úrovně co nejdéle. Ovšem i zde je přílišná pomoc klientovi kontraproduktivní a zmenšuje výčet činností, které by ještě mohl zvládnout sám. Což samozřejmě platí i u ostatních stupňů postižení a jiných onemocnění. Poruchy chování takto postižených pacientů se prohlubují a s tím mizí schopnost reálně uvažovat. Klienti se ztrácejí, jdou, nevědí kam, ale jdou stále dál. Problémy nejsou jen v krátkodobé paměti, zasahují už i do paměti dlouhodobé. Začínají bloudit i na známých místech. Je důležité stanovit jim denní rozvrh tak, aby si něj zvykli a zažili si ho (vše by mělo mít svou přesně danou dobu), zjednodušovat činnosti (k polévce na stůl připravit jen lžici, ne ostatní příbor). Klienti už většinou potřebují jídlo nakrájené, mnohdy je potřeba se sebesycením pomoci, časem je nutné klienty krmit.

#### **Ergoterapie u seniorů s těžkým stupněm demence:**

Většinou již není možné s nimi činnosti procvičovat a trénovat. Spíše než ergoterapii potřebují ošetrovatelskou péči, nelze s nimi trénovat paměť ani ty nejzákladnější body sebeobsluhy. Nejsou již vůbec schopni se o sebe postarat. Klient je tedy plně závislý ve vykonávání ADL na druhé osobě. Dle Jelínkové ergoterapeut polohuje nemocného na lůžku, využívá senzoryckou či bazální stimulaci a při vykonání rutinních činností pADL techniky přemostění.

### **3.11. Doporučení pro pacienty a rodiny**

Pro nemocného AD je důležité, aby se pohyboval v prostoru, který pro něj bude rychle rozpoznatelný a bezpečný. Proto je dobré dodržet několik zásad, jak nemocnému usnadnit život:

- Osvětlení – příjemné, tlumené, ale dostupné tak, aby bylo možné si všude posvítit (noční světélka, lampičky)

- Odstranění překážek – např. kabelů a dalších překážek, o které může nemocný zakopnout, koberečků a jiných nestabilních dekoračních předmětů
- Zabezpečit ostré rohy – zakoupit a nainstalovat krytky
- Do uzamykatelných skříněk ukládat nebezpečné věci (nože, nůžky a jiné ostré předměty, chemikálie, žehličku, holicí strojek, rychlovarné konvice), zabezpečit sporák, varné plotýnky atd.
- Regulace horké vody – pozor na opaření
- Okna – bezpečnostní zámky
- Zřetelné označení místností názvy na dveřích, štítky s popisky či obrázky co je ve skříňkách, popřípadě pro lepší orientaci vymalovat místnosti či trasy různými barvami
- Na schody a prahy nalepit reflexní pásku
- Nevoskovat podlahy – hrozí uklouznutí
- Namontovat zábradlí a příchytá madla, která pomohou v chůzi a v sebeobsluze
- Podle možností zařídit, aby nemocný byl obklopen věcmi, které zná a má je rád
- Vypracovat rozpis denních aktivit sloužící aktivizaci nemocného, pozor - příliš velké nároky kladené na nemocného mohou přinášet přesně opačný efekt, a to frustraci z nedosažení cíle a deprese.
- Důsledně dodržovat pravidelnost denních aktivit

(Jelínková, Jana: Ergoterapie v geriatрии, přednášky, letní semestr 2004)

### 3.12. Doporučení pro ošetřující personál a rodinu, mentální hygiena

Pro ošetřovatele takto nemocného klienta, pacienta či rodinného příslušníka je důležité, aby věděl, jak a kde se odreagovat, měl možnost ulevit si od myšlenek z práce. Měl by mít svoje koníčky, záliby, přátele či známé, kteří mu pomohou zapomenout a odpočinout si. V rámci pracoviště můžeme již dnes nalézt také tzv. supervizory, kteří radí, pomáhají, ale nekontrolují práci personálu. Existují supervizní skupiny i individuální supervize, kdy se personál o svých problémech může rozpovídat, uvolnit napětí a tím si ulevit. Takového supervizora mohou dělat psychologové či jiní externí pracovníci. Na setkání se supervizorem by měl mít možnost docházet i rodinný příslušník, který se stará o svého blízkého, a pohovořit s ním o svém trápení.

Jak pro rodinu dlouhodobě pečující o svého nemocného, tak pro personál zařízení, kde se takto nemocní klienti nacházejí, je nezbytnou součástí odpočinek, a to nejen



fyzický, ale i psychický. Je důležité udělat si volno a na čas zapomenout na problémy či trápení, které jsou s touto péčí spojeny. Jinak hrozí syndrom vyhoření, ošetřovatel vykonává svou funkci mechanicky, bez potřebné empatie do situace pacienta.

### 3.13. Shrnutí

Onemocnění AD vyvolává u pacientů postupně změny ve všech směrech, jak po stránce psychické, tak i fyzické. Péče o takto postiženou osobu je velmi obtížná a vyčerpávající. Režim rodiny se musí přizpůsobit, je nutné upravit byt a pro pečující rodinu znamená nová situace i nemalou finanční zátěž. Přitom od nemocného většinou nezaznamenáme žádnou pozitivní reakci na to, že kolem něj „poletujeme“ od rána od noci. Celý život byl schopen sám se o sebe postarat a nyní si ani neuvědomuje, že by tomu bylo jinak. Nejdůležitější je, aby zůstal soběstačný po co nejdelší dobu. Nesmíme zapomínat na to, že i když se někdy chová odmítavě, vnímá nás a cítí, jak se k němu chováme. Pečující by proto měli být spokojeni, když jejich blízký doma nebloudí, dostane se kam potřebuje, je v bezpečí, neublíží si ani neohroží své okolí a alespoň částečně sám sebe obslouží.

Pro nemocného musíme být oporou zejména v době, kdy si začne uvědomovat, že nezvládá běžné denní činnosti a nedokáže se o sebe postarat. S tímto poznáním přichází často deprese a frustrace. Můžeme se ale setkat i s apatií a s náhlými změnami nálad a chování. Nemocný své okolí často obviňuje a podezírá, popřípadě má halucinace, mnohdy se nepřiměřeně sexuálně chová. Všechny tyto psychické stavy se mohou u nemocného s AD objevit. Na pečujících je, aby nemocného uklidnili, nehádali se s ním, odvedli jeho pozornost jinam. Je důležité vyhýbat se konfliktům, být trpěliví, zachovat klid a nerozčilovat sebe ani jeho. V každém případě musíme myslet na to, že se jedná o nemocného člověka a zacházet s ním podle toho, chovat se k němu slušně, klidně a brát na vědomí, že i on má své emoce a potřeby. Že často mnohem více než slova, která říkáme, vnímá způsob a tón, jakým je říkáme, a tím vlastně podvědomě dáváme najevo náš vztah k němu.

## 4. PRAKTICKÁ ČÁST

### 4.1. Domov důchodců Malešice

#### 4.1.1. O domově důchodců Malešice

##### Historie

*„Domov důchodců byl vybudován na vyvýšeném terénu Malešic nad rodinnými domky v letech 1974 až 1986. Pozemek, na nichž se rozprostírá komplex budov domova důchodců, patřil původně Karlově univerzitě, jak dodnes připomínají jména nejbližších ulic: Rektorská, Mistrovská, Bakalářská apod. ... Areál tvoří čtyři objekty s malometrážními obytnými jednotkami - tzv. penziony a hlavní budova domova důchodců. ... Objekt domova důchodců má dvě části: oddělení „relativně zdravých“, s kapacitou 98 obyvatel v jednolůžkových pokojích a 4 dvoulůžkových pro manželské dvojice, oddělení „zvýšené péče“ se 120 místy v jednolůžkových, dvoulůžkových a čtyřlůžkových pokojích.“ (www.ddmalesice.cz - 9.10.2006)*

Oddělení zvýšené péče je budova o čtyřech patrech, v každém žije 30 klientů. Každé patro má svůj název a barvu (např. U lesa – zelená). Touto barvou jsou pro snadnější orientaci natřeny nejen ukazatele v DD, ale i zdi a dveře v jednotlivých patrech. Každé dveře na patře mají svůj obrázek, aby klienti věděli, co se za nimi skrývá. U dveří pokojů klientů jsou umístěny fotografie se jmény jejich obyvatel a ve společné hale visí nástěnka s podobiznami a jmény personálu, který se o klienty stará. Toto vše slouží k tomu, aby se nejen klienti, ale i příbuzní či návštěvy po DD dobře orientovali, aby věděli, kde jsou a kdo o ně pečuje.

##### Rehabilitace a aktivity

Domov důchodců nabízí fyzioterapii, ergoterapii, vodoléčbu a kromě těchto terapeutických aktivit i jiné, jako je arteterapie, cvičení paměti, kroužek jógy, kroužek správného dýchání nebo cvičení pro radost. Jsou to zejména otevřené skupiny, jejichž cílem je možnost kontaktu a setkání s druhými lidmi. Stimulují klienty k zájmu o sebe, ale i o své okolí, pomáhají zlepšit či udržet jejich fyzickou i psychickou kondici. Podle potřeb klientů a jejich přání je pořádáno další široké spektrum kroužků, navazujících na nejrůznější aktivity, kterým se věnovali před příchodem do DD.

#### 4.1.2. Moje praxe v DD Malešice

První den praxe v DD jsem byla seznámena s chodem DD, s terapiemi a aktivitami, které zde probíhají, a provedena po jednotlivých částech DD. Pozorovala jsem skupinové i individuální terapie a aktivity klientů. Další dny jsem při různých aktivitách vybírala klienty vhodné pro kazuistiku v této bakalářské práci. Sama jsem několikrát vedla kroužky dobrovolných aktivit v dílně a zapojovala se do důkladného aktivizačního programu pro klienty, jehož těžiště bylo v každodenní odpolední činnosti (promítání filmů, koncerty, posezení u kávy, vystoupení tanečních a pěveckých skupin atd.). Též jsem několikrát vedla skupiny kondičního cvičení v tělocvičně. Průběžně podle potřeby DD jsem vyšetřovala různé klienty dle BI či MMSE a pracovala s klienty, kteří potřebovali terapii. S některými z nich jsem nacvičovala chůzi, s jinými ADL či grafomotoriku.

Pro kazuistiku v této práci jsem si vybrala klientky E. K. a A. R. S klientkou E. K. jsem pracovala od počátku mé praxe, tedy celých 5 týdnů, klientka A. R. nastoupila do DD až po dvou týdnech mé praxe, takže jsem s ní pracovala kratší dobu. Nejprve jsem si našla potřebné údaje o klientkách v kartách, poté provedla ergoterapeutické vyšetření. Zhodnotila jsem situaci a klientky jsem začala každodenně ergoterapeuticky vést.

#### 4.1.3. Kazuistika č. 1

**Klientka** : A. R.

**Nar.**: 1923

**Bydliště**: Praha 6 - Břevnov

**SA**: v DD Malešice je od 6/2006 , nyní v starobním důchodu

**Dřívější zaměstnání**: za 2. sv. války působila v armádě jako ošetřovatelka, po válce v armádě zůstala a pracovala na Ministerstvu obrany jako administrativní pracovnice

**Rodina**:

- Syn Pavel a jeho rodina
- Vdova
- Dobré zázemí, se synem a jeho rodinou dobré rodinné vztahy

**NA**:

- Do DD Malešice přeložena z psychiatrického odd.
- DG – lehká demence Alzheimerova typu – dle psychologického vyšetření z psychiatrické kliniky (vyšetřena psychologem)

- Hypertenze - farmakoterapie
- 6/2006 stav po pádu - zlomenina dist. č. rádia – extraartikulární – LHK – už v DD Malešice – fixace od lokte distálně až k prstům včetně, ruka v závěsu na šátku na krku

### **Vlastní šetření**

Tato data jsem získala jednak z karty klientky, jednak rozhovorem a testy MMSE, Bartel Index a testem hodin.

### **Kognitivní funkce:**

- Z rozhovoru a MMSE jsem zjistila, že nejvíce je porušena krátkodobá paměť => zasahuje pouze do orientace, zvláště pak místem, klientka má problém s orientací po budově, nepamatuje si jména, všechny nás oslovuje raději sestřičko
- MMSE = 28 bodů, což je v normě pro člověka bez demence – maximum je 30 bodů (klientka si spletla den v týdnu a ze 3 předmětů na zapamatování si zapamatovala pouze dva), i toto bych já osobně přisuzovala novému prostředí, klientka si v DD teprve zvykala, z nového prostředí byla rozrušená (viz příloha č. 1)
- Test hodin – klientka zapsala i zakreslila do ciferníku vše správně, ručičky ukazovaly předepsaný čas (viz příloha č. 2)
- Začínající demence klientky je kompenzovaná farmakologicky, což pozitivně ovlivňuje její výsledek v MMSE a její orientaci

### **Osobnost:**

- Tichá, nenápadná, příjemná paní
- Uvědomuje si, že zapomíná, a ptá se ostatních na cestu nebo to zkouší metodou pokus - omyl
- Chtěla by být doma, ale sama si není jistá, zdali by to zvládla
- Bez poruch chování, psychicky stabilní, spolupracuje

### **pADL**

*Osobní hygiena, použití WC, oblékání, sebesycení, chůze:* naprosto samostatná, dle Bartel Index max. možný počet bodů, tj. 100 bodů (viz příloha č. 3) – klientka bez jakýchkoli problémů s ADL; test jsem provedla před úrazem ruky, i potom však klientka sama zvládala oblékání, sebeobsluhu, sebesycení (jedla lžící co šlo nebo ruku ze závěsu uvolnila a jídlo si nakrájela, takto se i oblékala)

Bartel Index je nutno zopakovat po odstranění fixace a rozcvičení HK

**Motorika:**

*Rozsah pohybů PHK a DKK:* rozsahy odpovídají věku - nemá problémy s činnostmi.

*LHK:* fixována distálně od lokte k prstům včetně, ruka v závěsu na šátku na krku, vše potřebné zvládá klientka za pomoci PHK, kterou má dominantní; po zlomenině nevyšetřovaná LHK z důvodu fixace zlomeniny – klientka si rukou přidržovala věci, pomáhala si s ní v činnostech

**Mobilita:**

*Na lůžku, stoj, chůze, schody:* samostatná, nemá žádná fyzická omezení

**Kompenzační pomůcky:**

- Klientka má vycházkovou hůl, kterou používá jen na delší procházky z důvodu možného pádu, při pohybu po budově či v jejím blízkém okolí ji nepoužívá

**Cíl:**

- Adaptace na nové prostředí
- Udržet co nejdéle stávající stav paměti
- Naučit orientaci po budově, aby nebloudila
- Udržet fyzickou kondici na stejné úrovni

**Silné stránky:**

- Milá, bezproblémová pacientka
- Pohybově bez problémů
- V pADL nemá žádná omezení, vše zvládá sama
- Je vděčná za jakoukoli aktivitu
- Uvědomuje si, že zapomíná
- Komunikativní, dobré sociální schopnosti
- Zeptá se, když neví
- Dobré rodinné zázemí

**Slabé stránky:**

- Špatná orientace v novém prostředí, pravděpodobně vývoj stavu k lepšímu, po adaptaci na nové prostředí by měl být problém znovu zhodnocen
- Na delší trasy mimo DD používá vycházkovou hůl
- Zlomenina LHK – fixace

**Ergoterapeutický plán:**

- a) Procvičování jak dlouhodobé, tak i krátkodobé paměti (pomocí různých her na paměť, povídání o rodině, o životě – kde pracovala atd. => zařazení do skupiny)
- b) Udržení fyzické kondice – dílny, kroužek šikulek, cvičení na patrech, které vede každý den fyzioterapeut (procvičuje se zde spíše mobilita, vertikalizace a hlavně DKK), ergoterapeutické kondiční cvičení se provádí jednou za týden (zaměřovali jsme se na motoriku HKK a nácvik pohybu při sebeobsluze, např. mytí rukou, česání atp.)
- c) Aktivizace klientky – zapojení do denního programu DD – každý den odpoledne jsou v DD různé společenské akce
- d) Zapojení do ergo- a arteterapie v dílně DD Malešice – různé kroužky každý den
- e) Vytvoření nové denní rutiny, aby si klientka brzy zvykla na chod DD a začlenila se co nejdříve mezi ostatní obyvatele DD (společně s klientkou jsme vytvořily seznam aktivit, kterých by se chtěla zúčastnit, a rozvrh na každý den v týdnu včetně informace, kde a v kolik hodin se která aktivita koná)
- f) Po odstranění fixace znovu zhodnotit situaci (svalový test, rozsahy pohybů), rozcvičení LHK pro plnou funkci a postupně zapojit LHK do péče o sebe (jídlo a sebeobsluha)

**Hodnocení:**

S klientkou se mi velice dobře pracovalo. Je ochotná, milá, „ráda mi pomáhala“. Dělal jsem jí průvodce po DD a pomáhala s orientací po budově a v blízkém okolí. Postupně jsem jí zapojovala do aktivit, které probíhaly v různých částech DD. Bohužel jsem měla příležitost pracovat s ní pouze necelé 3 týdny, neboť do DD Malešice nastoupila až 2 týdny po začátku mé praxe. S klientkou jsem provedla vstupní ergoterapeutické vyšetření, MMSE, Bartel Index, test hodin a doporučila terapii. Alzheimerova demence, kterou má psychiatrem diagnostikována, se projevuje ještě opravdu velmi málo a je též dobře kompenzovaná farmakoterapií (bohužel se mi nepodařilo zjistit jakým preparátem). Navrhuji další pokračování v aktivizaci klientky, v zapojení do kolektivu a do chodu DD, aby její mozek nezahálel a „neměl čas upadat“.

Klientka zhruba 3krát týdně docházela na aktivity v dílně DD. Zde se podle svých fyzických možností zapojovala do skupiny a do různých činností.

Klientce v BI, MMSE i testu hodin vyšlo výborné skóre. Dle BI měla plný počet bodů, což znamená, že je nezávislá ve vykonávání pADL. Již menšího počtu bodů dosáhla v MMSE, který je zaměřen na kognitivní funkce – a to 28 bodů z možných 30.

To je ještě v normě pro jakéhokoli člověka bez demence, ale možná se u ní právě tímto počáteční stadiem AD projevilo. (Pomocí MMSE se zjišťují základní kognitivní funkce a opravdu základní schopnost orientace v lidském světě, takže člověk bez demence či jiného postižení kognitivních funkcí, který nemá ani žádnou momentální indispozici, by měl získat plný počet bodů.) V testu hodin klientka ani jednou nezaváhala a vše zakreslila správně. Je nutno brát též v úvahu, že je farmakologicky kompenzována, což její kognitivní funkce bezesporu zlepšuje.

### **Sebereflexe:**

S klientkou jsem pracovala po dobu své praxe každý den, to je celkem 14krát. Zapojovala jsem ji do kolektivu, vysvětlovala jí chod a režim DD, pomáhala jí s orientací. Po prvním týdnu, kdy se klientka zorientovávala a zvykala si na nové prostředí, nový denní režim a tváře kolem sebe, začala 3krát týdně docházet do dílen na volnočasové aktivity. Zde je účast dobrovolná, někdy jsem ji musela k účasti trochu přesvědčovat. Zpočátku byla zmatená a obávala se, že zabloudí a ztratí se, nebo že něco udělá špatně. Druhý den po nástupu do DD si bohužel v noci zlomila ruku (nechtěla si svítit na cestu, aby nevzbudila spolubydlící, špatně si zapamatovala cestu, zakopla a upadla). Naštěstí zlomenina nebyla komplikovaná a podle lékaře na pohotovosti by neměla mít sádku déle než 6 týdnů. Čím kratší dobu bude mít klientka ruku zafixovanou, tím lépe a rychleji se bude rozvíčet, nebudou tolik ochablé svaly, zatuhlé klouby a bude moci ruku dříve zapojovat do všech obvyklých činností. Po dobu fixace klientka vše zvládala druhou rukou, vymyslely jsme si aktivity, aby ji potřebovala minimálně nebo jen na přidržení. I přes toto omezení zvládala vše samostatně a o pomoc žádala opravdu jen velmi zřídka. Každý den jsem měla s klientkou terapie, které trvaly 30 - 90 minut (dílna). Myslím, že bylo velmi dobře, když se o ni „staral“ jeden člověk, na něhož si postupně zvykla. I pro mne bylo zajímavé a poučné s klientkou pracovat od začátku jejího pobytu v DD. Za tuto dobu, i přestože byla poměrně krátká, jsem u ní pozorovala změnu k lepšímu, a to v orientaci po budově, pamatování si chodu DD a částečně i jmen některých jiných obyvatel a personálu. Sama jsem poznala, jak je pro staršího klienta (navíc s diagnózou AD) těžké zapojit se do života, který se podstatně liší od jeho dosavadního - zvyknout si na nové prostředí, jiný denní režim a spoustu nových tváří kolem sebe. DD dává klientům relativní volnost v tom, jak si uspořádají den. Pravidelně docházejí na jídlo, které jim DD zajišťuje, sami si volí druh terapie či volnočasové aktivity. Personál se většinou snaží klienty k účasti na aktivitě přesvědčit, záleží však na každém, pro co se rozhodne.

V době, kdy jsem byla na praxi v DD, vládlo horké léto a teploty přes 30° C nebyly výjimkou. Proto jsem musela brát ohledy i na to, aby klienti nebyli vystaveni náročné činnosti či dlouhodobému pobytu na slunci.

Nácvik pADL jsem s klientkou prováděla pouze částečně. Vlastně jsem provedla test podle BI a zjistila, že kromě orientace po budově žádný větší problém nemá. Dělal jsem jí tedy průvodce a učila ji, kde co najde. Brzy si zapamatovala základní trasy a vše zvládala poměrně dobře sama.

První, s kým se klient po svém nástupu do DD setká, je sociální pracovník. Přijímá ho, provádí domovem a seznamuje ho s novým prostředím. Noví obyvatelé ovšem potřebují delší dobu na to, aby se s prostředím DD sžili, zapamatovali si, co kde najdou, zvykli si. U této klientky jsem jako ergoterapeut plnila i úlohy průvodce a učitele. Pro mě z této zkušenosti plyne otázka, jaká by byla terapie, či chceme-li práce s touto klientkou, kdyby nebyla její AD farmakologicky kompenzovaná a její nemoc by se tím více v nové situaci projevila. Zatím však nebyla nutná žádná terapie týkající se nácviku pADL. Situace se změní v okamžiku, kdy klientce sundají sádku a začne zraněnou ruku rozvíčovat a postupně zapojovat do ADL. Ergoterapeut by ji měl učit, jak ruku po zranění používat a jak si činnosti ulehčit, aby nebyla přetěžovaná.

#### **4.1.4. Kazuistika č. 2**

**Klientka** : E. K.

**Nar.:** 1918

**Bydliště:** již několik let v DD Malešice

**SA:** nemůže se již vrátit domů – oba synové mimo ČR, nyní v starobním důchodu

**Rodina:**

- Vdova
- 2 synové – jeden v Kanadě, druhý ve Skandinávii

**NA:**

- DG – demence Alzheimerova typu
- Hypertenzní nemoc
- Stav po TEP levého kyčelního kloubu
- Rozsáhlá gonartóza obou DKK



**Vlastní šetření:*****Kognitivní funkce:***

- Z MMSE, testu hodin a z rozhovoru jsem dospěla k závěru, že klientka má nejvíce porušenou paměť (dlouhodobou i krátkodobou) => zasahuje do všech činností, které klientka provádí
- Na fotografiích pozná jistě pouze manžela, někdy i zapomene, že má syny
- Přestože jsem s ní pracovala denně, opakovaně mne nepoznávala, divila se, kdo jsem, co s ní budu dělat atd.
- Sama není schopná se o sebe postarat, zapomíná i to, že jde na WC a přemýšlí, co vlastně chtěla dělat
- Není schopná zařadit se do skupiny – ztrácí se v komunikaci, snaží se, ale po čase to vzdá a jen pozoruje
- Skóre klientky v MMSE bylo 18 bodů, což značí střední narušení intelektu. Nevzpomněla si, jaký je rok, den v měsíci ani v týdnu, v jaké zemi je, ani na adresu či jméno ulice, ve které bydlí. Napoprvé si zapamatovala všechny 3 předměty. Posléze si při rozpomínání nevzpomněla ani na jeden. Od 100 odečetla číslo 7 pouze jednou. Naopak však dokázala určit, jaká je roční doba a měsíc, v jakém jsme okrese, městě a patře. Poznala ukázané předměty, zopakovala větu, vykonala 3 stupňový povel, přečetla a vykonala napsaný povel, napsala smysluplnou větu a obkreslila správně obrazec (viz příloha č. 5).
- Test hodin klientka nezvládla – do ciferníku vepsala pouze číslice 11, 10, 12, označila střed a to bylo vše (viz příloha č. 6). Nevěděla si rady, i když měla hodinky na ruce. Zajímavé bylo zjištění, že klientka se sice na hodinky dívala (asi ze zvyku), ale když jsem položila otázku, kolik je hodin, nevěděla, jak to má zjistit, po nápovědě se na hodinky zaměřila, ale přečíst je nedokázala.

***Osobnost:***

- Tichá, nenápadná
- Zlobí se, když jí člověk nechce napovědět něco, na co si ona nemůže vzpomenout
- Když ji personál někde posadí, zůstane tam a většinou nepřítomně hledí
- Velice málo komunikuje s okolím

**pADL**

*Osobní hygiena, oblékání horní poloviny těla, sebesycení:* nutná supervize a minimálně slovní doprovod, občas nutná i pomoc (kvůli rovnováze), nepamatuje si, kde v činnosti skončila ani co vlastně právě dělala)

*Oblékání dolní poloviny těla, koupání:* nutná dopomoc, ztrácí rovnováhu, špatně pohyblivá v LDK kyčli po TEP

*Kontinence:* částečná inkontinence moči, plná inkontinence stolice

*Použití WC:* občas zvládá s personálem, ale musí se jí často připomínat, zda nepotřebuje jít na WC

Dle Bartel Index klientka získala pouze 50 bodů z možných 100, což značí závislost na okolí středního stupně. Má problémy s oblékáním, osobní hygienu zvládne pouze částečně, koupání sama nezvládne vůbec. Je částečně inkontinentní co se týče moči a plně inkontinentní co se týče stolice. WC používá pouze s asistencí personálu, přesun z lůžka na židli zvládne s malou pomocí, chůzi po rovině do 50m zvládá s pomocí, chůzi po schodech nezvládá (viz příloha č. 7).

**Motorika:**

*Rozsah pohybů HKK:* rozsahy odpovídají věku - nemá problémy s činnostmi

*Rozsah pohybů DKK – gonartróza* v pokročilém stupni – kolena bolí, jsou málo pohyblivá

*LDK – omezená hybnost* v kyčli - málo rozcvičená po TEP (sama jsem nevyšetřovala – kompetence fyzioterapeuta)

**Mobilita:**

*Na lůžku:* nutná dopomoc při posazování, vertikalizaci – špatná rovnováha

*Přesuny:* špatná rovnováha – nutné jistit, aby neupadla

*Stoj:* sama s oporou o doprovod nebo o okolní předměty (nábytek, zábradlí atp.)

*Chůze:* po pokoji s oporou o doprovod nebo o madla na zdech, většinou však používá čtyřbodé chodítka a na delší trasy používá mechanický vozík ovládaný jinou osobou

**Kompenzační pomůcky:**

- Čtyřbodé chodítka
- Mechanický vozík
- Pomůcky pro inkontinenci

**Cíl:**

- Udržet co nejdéle stávající stav paměti, aby si klientka pamatovala alespoň něco
- Udržet fyzickou kondici na stejné úrovni

**Silné stránky:**

- Milá, bezproblémová pacientka
- Při pADL převážně nutná jen supervize, jinak zvládá sama, nutno připomínat, co má v danou chvíli udělat
- Úplně v pořádku HKK

**Slabé stránky:**

- Zapomíná
- Sama nechce nic dělat
- Zlobí se, že nic neví
- K jakékoli činnosti se musí přesvědčit
- Špatně se zapojuje do kolektivu
- Hodně špatná dlouhodobá i krátkodobá paměť
- Omezená pohyblivost DKK, hlavně LDK
- Špatná rovnováha (TEP, gonartróza – bolestivé)
- Stoj a chůze jen s oporou
- Používá čtyřbodé chodítko, na delší trasy mechanický vozík – ale s doprovodem, sama ho ovládat neumí
- Plná inkontinence stolice, částečná inkontinence moči

**Ergoterapeutický plán:**

- a) Procvičování jak dlouhodobé, tak i krátkodobé paměti (pomocí různých her na paměť, vyprávění o rodině, o životě – vzpomínky na zaměstnání a dřívější život)
- b) Návčik pADL – návčik osobní hygieny, WC (použití WC nutno klientce připomínat)
- c) Trénink chůze na delší trasy, trénování chůze s chodítkem
- d) Udržení fyzické kondice, pokusit se o zlepšení (rehabilitace)
- e) Zapojení klientky do kolektivu DD (dílny, společné aktivity, aktivizační program)

**Hodnocení:**

Klientka je klidná, příjemná paní, ale zlobí se, když si uvědomí, že něco neví a má dojem, že jí okolí nechce poradit. Po dobu mé praxe v DD jsem s ní pracovala téměř každý den, za 5 týdnů to bylo přibližně 20 terapií. Pro klientku jsem si chodila na pokoj, trénovala s ní pADL (WC, osobní hygienu) a delší trasy s chodítkem. Postupně jsme se seznamovaly, zvykala si na mne. Pomocí testu MMSE a testu hodin jsem vyšetřila její kognitivní funkce a zjistila její závislost v pADL dle BI.

MMSE – klientka dosáhla 18 bodů z možných 30, což značí střední narušení intelektu. Má problémy v orientaci časem, částečně i místem, má značně porušenu krátkodobou paměť a také nezvládala počítání. Zbytek testu zvládla bez chyby.

BI – z maxima 100 bodů dosáhla 50 bodů, což značí závislost v pADL středního stupně. V sebeobsluze je potřebná značná pomoc personálu, sama dobře zvládá jídlo a pití. Jinak je závislá na pomoci okolí.

Bohužel kognitivní funkce klientky, hlavně tedy paměť, byly na tak nízké úrovni, že si nevybavovala, kdo jsem, proč jsem přišla, že jsem s ní na podobném problému pracovala již minulý den. Každý den jsem jí znovu vysvětlovala, proč za ní docházím, představovala se jí a snažila se, aby si zapamatovala alespoň něco ze společné činnosti. Trvalo déle než týden, než se mi povedlo ji přesvědčit, že spolu můžeme jít ven, že patří k personálu, přestože nejsem sestřička. I přes svoji špatnou paměť si totiž zafixovala, že sama ven chodit nesmí, aby se jí nic nestalo.

Opakovaně jsem s klientkou cvičila paměť rozhovory o rodině, ale většinou s malým úspěchem. Klientka si maximálně vzpomněla, že má 2 syny, kteří žijí kdesi v zahraničí a nenavštěvují ji. Ověřila jsem si, že to není tak docela pravda. Oba synové přijíždějí zhruba jednou do měsíce a tráví s ní i několik dní. Ona vše zapomíná a tvrdí, že ji synové asi nemají rádi, když se odstěhovali, nechali ji tu a nejezdí za ní. S klientkou jsem trénovala paměť cvičeními, četly jsme noviny, vždy jsem jí připomínala, kde jsme, kolikátého je a kolik je asi hodin. Nepamatovala si však ani současný rok a jak dlouho v DD žije. Ergoterapie s klientkou, která trpí takovým stupněm AD, byla zaměřena též na pADL, nacvičovala jsem s ní osobní hygienu, použití WC, chůzi i orientaci po budově (dveře i patra jsou v DD dobře označené, jen bylo třeba, aby věděla, kam jít na jídlo, na cvičení atd.) Nejsem si však jistá úspěchem, doba mé práce s ní byla příliš krátká. Takto intenzivní terapii by potřebovala po celou dobu pobytu v DD. Jeden ergoterapeut je na celý DD velmi málo, nemůže tudíž pracovat, jak by chtěl a jak by klienti potřebovali, všechny klienty stihnout nemůže. Co

se týče chůze, měla klientka problém hlavně s bolestí kolen a špatně rozcvičenou LDK po TEP. Delších tras se obávala hlavně z důvodu možné únavy, ze strachu, že upadne a ublíží si. Asi po týdnu se mi podařilo ji přimět k trase delší než před pokoj, sice s obavami, ale šlo to. Po těchto 5 týdnech byla schopná dojít s doprovodem více než 20 metrů, což považuji za úspěch, neboť se do té doby pohybovala s chodítkem převážně jen po pokoji. Několikrát za týden jsem s ní trénovala pADL, hlavně osobní hygienu a použití WC. Musela jsem jí napovídat a kontrolovat jak věci provádí, ale nakonec činnost téměř vždy zvládla. S chůzí a orientací po budově jsme cvičily i paměť a orientaci v čase. Nosila jsem na terapie noviny a sdělovala jí různé aktuality. Zkoušela jsem s ní několikrát hrát pexeso či podobnou hru, ale rychle zapomínala, jaký obrázek kde leží. Zlobila se a brzy ji to přestávalo bavit.

#### **Sebereflexe:**

Začátky práce s touto klientkou pro mne byly krušné, pro klientku možná také. Odmítala cokoli dělat, měla pocit, že ji jen zkouším a ona nic neví. Po pár dnech si zvykla na moji společnost, nezlobila se tolik, i když nadále tvrdila, že si na mne nevzpomíná, tedy tvářila se tak. Musela jsem ji motivovat k činnosti a často ji přesvědčovat. Někdy to byl problém. Pomocí nenuceného rozhovoru jsme se pomalu dostávaly k terapii, kterou jsem měla naplánovanou, nebo jsem musela vymýšlet něco jiného, co by ji zaujalo. Musela jsem mít též na zřeteli, že v období mé praxe v DD bylo horké léto, teploty nad 30°C byly téměř denně a obyvatelé DD byli značně unaveni. Za klientkou jsem chodila téměř každý den a trávila s ní více než půl hodiny, v příznivějším počasí jsme spolu pracovaly i déle než hodinu. Snažila jsem se zařadit ji do společnosti ostatních obyvatel DD, kteří docházeli na aktivity do dílen, to se mi však nepodařilo. Nezapojovala se do práce ani do hovoru a jen beze slova seděla, nekomunikovala. Po této zkušenosti jsem s ní pracovala samostatně a snažila se alespoň o malý posun k lepšímu. Bohužel omezená délka praxe mi neumožnila pozorovat žádoucí změnu. Možná by se za jakési zlepšení dalo považovat to, že si zvykla na moji častou společnost a tolik se nezlobila, že ji zkouším. Zlepšení, které mi opravdu udělalo radost, byla chůze. Nacvičovaly jsme ji denně a poslední týden klientka ušla s chodítkem více než 20 metrů. Trochu se bála, moc si nevěřila, ale šla. Též jsme spolu nacvičovaly ranní hygienu, včasné a správné použití WC. To znamenalo připomínání času na toaletu vždy, když jsem s ní pracovala, někdy i vícekrát, podle délky terapie. Při společných aktivitách (filmy, sezení u kávy, koncert) bylo třeba též klientce WC stále připomínat. V tomto ohledu jsem žádný posun k lepšímu nezaznamenala, tento nácvik

by vyžadoval intenzivnější terapii a mnohem častější intervenci personálu. Při nácviku osobní hygieny jsme si opakovaly, co se k čemu používá, co všechno ráno děláme a jak. Možná, že kdyby byla od začátku onemocnění tímto způsobem její terapie vedená, nemusela by klientka být ještě tolik na personálu závislá. Problém je však v nedostatečném množství ergoterapeutů v DD. Jeden ergoterapeut, kterého toho času DD zaměstnává, nemá čas věnovat se denně všem klientům, kteří to potřebují. Celý DD má kapacitu zhruba 200 lůžek. Na takový počet obyvatel nemůže jeden ergoterapeut stačit. Problém nelze vyřešit za dne na den a bohužel to má negativní dopad na obyvatele tohoto zařízení, kteří by jeho péči potřebovali pravidelně každý den. Na dalšího ergoterapeuta však nejsou peníze.

Jak jsem již zmínila v předchozí kazuistice, klienti si mohou den naplánovat sami a určit si kam chtějí jít, čeho se chtějí zúčastnit. Tato klientka již nebyla schopná sama se rozhodnout, co by se jí líbilo. Proto jsme museli pro ni chodit a přemlouvat ji, aby s námi šla. Nemohli jsme však vybírat aktivity vyžadující jakoukoli činnost klienta, takže zůstaly jen ty pasivní - tedy koncerty, odpolední kávy, promítání filmů atp.

## 4.2. Denní stacionář – Gerontologické centrum Kobyličky

### 4.2.1. O Gerontologickém centru a České Alzheimerovské společnosti

*„Gerontologické centrum v Praze 8 – Kobylicích je příspěvkovou organizací městské části Prahy 8, sídlí v Šimůnkově ulici 1600 v budově bývalých jeslí. Gerontologické centrum úzce spolupracuje se dvěma neziskovými organizacemi (občanskými sdruženími): Českou Alzheimerovskou společností a Občanským sdružením GEMA. Cílem Gerontologického centra je poskytování zdravotních a sociálních služeb především občanům Prahy 8, cílem České Alzheimerovské společnosti je podpora pacientů postižených demencí a jejich rodinným příslušníkům a cílem Občanského sdružení GEMA je podpora a rozvoj zdraví ve vyšším věku.“ (www.gerontocentrum.cz - 9.10.2006)*

Gerontocentrum se skládá ze dvou lůžkových stanic pro klienty, kteří již nemohou bydlet a starat se o sebe sami, a denního stacionáře (DS). Ten je určen pro seniory s demencí a pro seniory, kteří jsou ohroženi ztrátou soběstačnosti. DS je otevřen každý všední den, a to od 7:30 do 18:30 hodin. Jsou sem přednostně přijímáni klienti z Prahy 8. Kapacita je 20 osob na celodenní pobyt, lze se však domluvit jen na pár dnů v týdnu nebo v měsíci podle potřeby rodiny. Stacionář je vhodný pro klienty s demencemi (jako je Alzheimerova choroba, vaskulární demence, smíšená demence atd.), ale je možné ho využít i pro klienty po CMP, kteří jsou omezeni v ADL, či pro klienty s depresemi v důsledku osamělosti. *„Vždy je ale nutné, aby měl klient zachovanou alespoň takovou pohyblivost, aby byl schopen dojít od auta do prostor denního stacionáře, od stolu na WC apod. Tento typ péče není vhodný pro klienty, kteří jsou verbálně nebo brachiálně agresivní, nebo jsou tak výrazně neklidní, že narušují program denního centra a obtěžují ostatní klienty. Tyto jevy se mohou vyskytovat např. z počátku pobytu, proto je vhodné, aby klient v prvních dnech docházení netrval na stacionáři celý den, ale aby se délka pobytu prodlužovala postupně (jako „zvykání“ dětí ve školce). Někdy se agresivita nebo neklid mohou vyskytnout u lidí, kteří již denní stacionář navštěvují déle, protože nemoc postupuje. Personál stacionáře je v pravidelném kontaktu s pečujícími rodinami, takže je včas upozorní na tuto situaci, aby mohli pro klienta zajistit jinou formu péče (pokud nepomůže změna léků). V našem zařízení též sídlí Česká Alzheimerovská společnost, kde si mohou pečující domluvit konzultaci a získat veškeré*

*dostupné informace o dalších zařízeních pro lidi s demencí, a která zajišťuje též respitní péči (hlídání osob s demencí přímo v domácnostech).“*

([www.gerontocentrum.cz/ger\\_infoden.doc](http://www.gerontocentrum.cz/ger_infoden.doc) - 9.10.2006 )

#### **4.2.2. Moje praxe v DS Gerontocentra**

V DS Gerontocentra jsem na praxi byla již dříve, proto jsem si jej také vybrala pro absolvování druhé části praxe. I tak mě vedoucí praxe znovu ochotně provedla celým Gerontocentrem a připomenula mi jeho chod. První týden jsem se postupně seznamovala s klienty, kteří stacionář navštěvují, a pozorovala jsem je. Postupně jsem si začala vybírat klienty vhodné pro kazuistiku v této bakalářské práci. Se všemi klienty jsem byla v celodenním kontaktu a mohla jsem je tudíž pozorovat při jakékoli činnosti. Každý den dopoledne je v DS pro všechny klienty jak kondiční cvičení, tak cvičení paměti. Nejdříve jsem jen pozorovala, jakým způsobem jsou skupiny vedeny, jakou mají strukturu a na co jsou klienti zvyklí. Postupně jsem se zapojovala a několikrát za týden vedla cvičení paměti i kondiční cvičení. Odpolední program stacionáře se každý den měnil. Činnosti byly zaměřené na aktivizaci klientů (vycházky, kreativní techniky, hraní her, sledování zajímavých pořadů v TV, vaření či pečení atd.). S klienty jsem ve stacionáři trávila celý den a mohla je tedy lépe pozorovat, bylo možné kdykoli během dne nacvičovat činnosti a dohlížet na jejich správné vykonávání. S některými klienty jsem prováděla průběžná vyšetření MMSE a test hodin, která se ve stacionáři dělají každého čtvrt roku. S klienty M.O. a J.V. jsem pracovala každý den, kdy stacionář navštívili.

#### **4.2.3. Kazuistika č. 3**

**Klient :** J. V..

**Nar.:** 1922

**Bydliště:** Praha 8

**SA:** Žije s manželkou, do DS dochází třikrát v týdnu (umístěn od 1/2006)

**Dřívější zaměstnání:** prodejce textilu

**Rodina:**

- Manželka, syn s rodinou

**NA:**

- DG – Alzheimerova choroba – léčí se od 5/2005, ale diagnostikována již před třemi lety
- Hypertenzní nemoc



- Občas inkontinentní – pomůcky pro inkontinenci moči

**Vlastní šetření:****Kognitivní funkce:**

- Nejvíce je porušena paměť (dlouhodobá i krátkodobá) => zasahuje do všech činností, které klient provádí, občas zaměňuje osoby, občas vzpomíná na práci v textilu, ale zapomíná, že má manželku a syna s rodinou
- Spíše si pamatuje, co se stalo před lety (lepší dlouhodobá paměť)
- Vyšetření dle MMSE z 9/06 – 14 bodů z maxima 30 bodů, což značí postižení intelektu těžkého stupně - z orientace věděl pouze zemi a město, kde žije. od 100 odečetl číslo 7 pouze jednou, napoprvé si zapamatoval všechny tři předměty, později si je již nevybavil, poznal oba předměty (tužka a hodinky), zopakoval větu, napsal libovolně vymyšlenou větu, vykonal třístupňový příkaz i příkaz, který byl napsaný na papíře. Jen neobkreslil správně geometrický tvar (viz příloha č. 9)
- Test hodin – nevěděl si s ním rady – do ciferníku nedovedl vepsat žádné číslice ani umístit střed či ručičky ( viz příloha č. 10)

**Osobnost:**

- Tichý, nenápadný
- Rád se zapojí do skupiny, ale většinou nic neříká, jen sedí a poslouchá
- Někdy mívá problémy s bolestí hlavy, možná to jsou jen výmluvy, když se mu nechce nic dělat
- Většinou zůstává sedět tam, kam ho personál dovede, a jen nepřítomně hledí

**pADL**

*Osobní hygiena, použití WC, oblékání, sebesycení:* nutná supervize a minimálně slovní doprovod, občas potřeba i pomoc (např. nakrájet jídlo na menší kousky, velké kusy na talíři nechává, WC nutné připomínat, sám si dojde, ale mnohdy je to už pozdě, nestihne to)

Používá pomůcky pro občasnou inkontinenci (kapsy pro muže)

Bartel Index – klient dosáhl 70 bodů z možných 100 (viz příloha č. 11). Problémy však nejsou motorického, ale kognitivního charakteru. Sám vykoná téměř vše, ale musí se mu napovídat. Jinak dlouho přemýšlí a činnost třeba ani nedokončí. Má problémy v osobní hygieně, použití WC, chůzi po schodech, vstávání a je inkontinentní co se týče moči.

**Motorika:**

*Rozsah pohybů HKK i DKK:* rozsahy odpovídají věku - nemá problémy s činnostmi ( nevyšetřovala jsem – kompetence fyzioterapeuta)

**Mobilita:**

*Vstávání:* jistění personálem, často se mu při rychlém postavení zamotá hlava

*Přesuny:* je třeba ho jistit aby neupadl z důvodu možného zatočení hlavy

*Stoj:* sám, raději se ale přidržuje nábytku nebo ruky někoho z personálu

*Chůze:* sám, když může, zavěsí se do doprovodu, pak jde jistěji, ujde i delší trasy, ale potom je unavený

**Kompenzační pomůcky:**

Klient kromě brýlí na čtení a pomůcek pro občasnou inkontinenci moči nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

**Cíl:**

- Udržet co nejdéle stávající stav paměti, aby si klient pamatoval alespoň něco
- Udržet fyzickou kondici na stejné úrovni
- Více ho zapojit do kolektivu a aktivit
- Nacvičovat častější použití WC
- Nácvik hygieny

**Silné stránky:**

- Milý, bezproblémový pacient, někdy se zapojuje do aktivit sám a s radostí
- Při pADL převážně nutná jen supervize
- Úplně v pořádku HKK a DKK
- Rád chodí na kratší procházky, ale až po vyzvání

**Slabé stránky:**

- Těžká porucha intelektu
- Dle BI částečně závislý na okolí
- Vymlouvá se na bolest hlavy, když se mu nechce nic dělat, jindy se zapojuje do aktivit sám
- Občas při vertikalizaci ze sedu ztrácí rovnováhu,
- Chůze na delší trasy pro něho nejsou příliš vhodné, ujde je, ale rychleji se unaví
- Do volnočasových odpoledních aktivit se sám většinou nezapojuje, ale je možné ho přesvědčit

- V kolektivu působí zakřiknutě
- Hodně špatná dlouhodobá i krátkodobá paměť
- Špatná rovnováha
- Vstávání s oporou o personál či pevný kus nábytku

**Ergoterapeutický plán:**

- a) Procvičování jak dlouhodobé, tak i krátkodobé paměti (pomocí různých her na paměť, vyprávění o rodině, o životě – kde pracoval atd.) – každodenní cvičení paměti v DS, samostatná práce s klientem co se týče ADL
- b) Návuk pravidelného docházení na WC (připomínání WC, naučit ho, aby na to pamatoval a na WC došel sám, umyl si po použití WC ruce)
- c) Častější zapojování do kolektivu a do aktivizačního programu
- d) Udržení fyzické kondice (mírně prodlužovat trasy vycházek a snažit se ho více zapojovat do kolektivního cvičení)

**Hodnocení:**

Klient do DS docházel 3krát týdně, aby jeho manželka měla čas vyřídit potřebné záležitosti běžného života. V současné době by byl problém ho nechat doma samotného. Kvůli své špatné paměti by si mohl ublížit nebo se ztratit. Paměť je u pacientů s AD tím největším problémem, jelikož si většinou nepamatují události nedávné a do současnosti se jim promítají vzpomínky staré několik let či desetiletí. Klient je pak zmatený a neví co počít. Je-li chvíli sám, zapomene, kde jsou jeho blízcí, a vydává se je hledat. V důsledku toho se může ztratit, je zmatený, bloudí a je problém jej najít. DS jsou na tento typ péče zařízeny, klienty vlastně hlídají, připravují pro ně denní program a snaží se s nimi procvičovat paměť i pADL. Mnoho rodin nemůže se svým blízkým trávit celé dny doma, ale nechtějí je, pokud to zvládají, dát do nějakého ústavního zařízení. Proto chodí klienti ráno do stacionáře a večer domů - jako malé děti do školky. Rodiny si „odpočinou“, zařídí, co je potřeba, a večer se sejdou všichni u večeře.

Z vyprávění vím, že klient si na stacionář zvykal delší dobu. Zpočátku tam s ním musela zůstat manželka. Teď již do DS dochází ochotně 3krát týdně. Věděl, že pro něho ráno přijede domů auto s řidičem a večer ho zas odveze zpět k rodině. Klient býval v DS od snídaně do večeře, tedy celý den. Ráno mival špatnou náladu, nic se mu nechtělo dělat a často říkal, že ho bolí hlava, chce se mu spát atd. Většinou se však personálu podařilo přimět ho k činnosti, zapojit ho do kondičního cvičení těla a pak i do cvičení paměti. Při cvičení klient nerad mluvil, nejspíš se bál, že by řekl nesmysl, a tak

raději mlčel. Všimla jsem si, že často správnou odpověď znal, ale ostýchal se promluvit, a tak ho někdo jiný předběhl.

S klientem jsem provedla MMSE, který ukázal, že klient trpí těžkým postižením intelektu, tedy jeho kognitivní funkce jsou velmi porušené. Dle BI je klient částečně závislý na okolí, vše se mu musí připomínat. Sám by nebyl schopen se o sebe postarat. V rámci terapie jsme spolu procvičovali jak dlouhodobou, tak krátkodobou paměť, nacvičovali osobní hygienu a použití WC, často jsem mu musela připomínat, aby si došel na WC a po použití WC si umyl ruce. Ztrácel základní hygienické návyky.

Za dobu mé praxe v DS jsem u klienta nepozorovala žádnou změnu k lepšímu, ale ani k horšímu. Snažila jsem se, aby jeho stav zůstal alespoň na stejné úrovni.

#### **Sebereflexe:**

Protože jsem v DS Gerontocentra byla již několikrát na praxi a práce v něm mě zaujala, zvolila jsem si jej pro svoji bakalářskou práci. S některými klienty jsem se zde již setkala při předchozí praxi, jiní byli noví. Klienta J. V. jsem z předchozí praxe neznala, ale myslím si, že si na mne poměrně rychle zvykl. Stav klientů s demencemi se postupem času zhoršuje a nastává situace, kdy klient vyžaduje nepřetržitou péči a dozor, jeho kognitivní funkce ovlivňují i fyzické dispozice a tělo i mysl chřadne. Tehdy již nemůže v DS pobývat, DS není pro klienty s těžkým stupněm demence zařízen - není tu ani ošetrovatelská péče.

S klientem si mi pracovalo dobře, ale mrzí mne, že jsem nezaznamenala žádnou pozitivní změnu jeho stavu. I tato praxe byla v tomto ohledu příliš krátká. Jak jsem již uvedla, stav klientů s demencemi se postupem času zhoršuje. Kdybych měla možnost s klientem takto intenzívně pracovat déle, podařilo by se možná postup jeho nemoci zpomalit. Měla jsem možnost porovnat MMSE z února roku 2006 se současným testem (srpen 2006), ve starším testu klient dosáhl jen o 1 bod lepšího výsledku. Zajímavější byl test hodin, který se lišil dost značně. Klient v únoru 2006 zakreslil do ciferníku vše, jak mělo být, včetně správného času. V srpnu, tedy půl roku poté, test hodin nezvládl. Podle toho můžeme sledovat, jak pomalu, ale jistě jeho kognitivní funkce upadají. Je nutná i čím dál tím větší intervence při vykonávání ADL. Ergoterapeut s klienty procvičuje zejména paměť a nacvičuje pADL. Výhodou je, že v DS je ergoterapeut s klienty v celodenním kontaktu a může je pozorovat, korigovat a nacvičovat s nimi vše potřebné během celého dne. Práce se zde nezaměřuje jen na terapeutické jednotky a na oddělené cvičení. Na rozdíl od péče v DD se v DS terapeut o klienty stará celý den, pomáhá jim s oblékáním, jídlem, pitím, hygienou atd. S tímto klientem jsem pracovala

po dobu celé své pětítýdenní praxe v DS, tedy celkem asi 15krát, a to nejen při cvičení paměti či kondičních cvičeních, ale i při celodenním trávení času. Snažila jsem se s ním pomocí slovního připomínání cvičit včasné chození na WC, opakovali jsme, co po použití WC správně dělat, snažila jsem se udržet i ostatní hygienické návyky. Klient si na mne zvykl a jak mě viděl, uvědomil si, že mu zase jdu něco připomenout. Mnohdy si dokonce i vzpomněl, co mu budu připomínat. Neměla jsem však možnost spolupracovat s rodinou, a tak myslím, že doma toto klient nevyužil. Nevím, jak se rodina k němu chová a jakým způsobem s ním komunikují, zdali doma něco procvičují či nikoliv. Mám však obavy, že za něj dělají vše, co on zvládá pomalu nebo jen částečně, čímž mu zkracují dobu jeho samostatnosti alespoň v části pADL.

#### 4.2.4. Kazuistika č. 4

**Klientka** M. O.

**Nar.:** 1923

**Bydliště:** Praha 8

**SA:** žije s dcerou a její rodinou, do DS dochází 4krát v týdnu od 8/2004

**Dřívější zaměstnání:** vyučená švadlena, potom chemické závody u Mostu, potom Kovodílo Praha

**Rodina:**

- Vdova
- Dcera s rodinou
- Má dva bratry a jednu sestru

**NA:**

- DG – Alzheimerova choroba,
- Hypertenzní nemoc

**Vlastní šetření:**

**Kognitivní funkce:**

- Nejvíce porušená paměť (dlouhodobá i krátkodobá) => zasahuje do všech činností, které klientka provádí, občas zaměňuje osoby, většinou zapomíná, kdy pro ni dcera do DS přichází, a začíná se obávat, že ji tam zapomněli
- Nepamatuje si datum, ale ví, kde si to zjistí
- Spíše si pamatuje, co se stalo před lety

- Když něco neví, neostýchá se zeptat, ale na jednu věc se mnohdy táže několikrát za sebou
- Vyšetření pomocí MMSE z 8/2006 – celkem 12 bodů z maxima 30 – což znamená poruchu intelektu těžkého stupně. Klientka ztratila body v orientaci, krátkodobé paměti, pojmenovala jen tužku, ale hodinky už ne, číslo 7 odečetla od 100 pouze dvakrát za sebou, zopakovala větu, vykonala třístupňový příkaz i další příkaz, který byl napsaný na papíře, napsala smysluplnou větu, ale neobkreslila správně geometrický útvar (viz příloha č. 13)
- Test hodin- klientka do ciferníku nakreslila na správná místa pouze číslice 12 a 6, nevěděla jak dál (viz příloha č. 14)

**Osobnost:**

- Tichá, velmi čilá
- Zapojuje se do skupiny, ráda dělá domácí práce (myje a utírá nádobí atd.)
- Když neví, raději mlčí, než aby řekla nesmysl
- Otázky, na které nezná odpověď, nemá ráda, vyhýbá se odpovědi
- Je hodně činorodá, ráda se zapojuje do kreativních aktivit
- Ráda si čte časopisy a krátké články o dění ve světě

**pADL**

*Osobní hygiena, použití WC, oblékání, sebesycení:* zvládá samostatně, jen po WC nutná supervize a slovní doprovod co se týče hygieny, občas je nutné připomenout, že si má dojit na WC

Používá pomůcky pro občasnou inkontinenci (vločky pro ženy)

Bartel Index - klientka dosáhla 90 bodů z možných 100 - problémy však nejsou motorického, ale kognitivního charakteru. Vykoná vše sama, ale je třeba jí napovědět. Jinak dlouho přemýšlí, nakonec však činnost většinou provede. Problém má někdy s oblékáním, samostatným koupáním, osobní hygieně a kontinence moči (viz příloha č. 15)

**Motorika:**

*Rozsah pohybů HKK i DKK:* rozsahy odpovídají věku - nemá problémy s činnostmi (nevyšetřovala jsem – kompetence fyzioterapeuta)

**Mobilita:**

S žádnými pohyby nemá problémy, po motorické stránce je naprosto v pořádku

**Kompenzační pomůcky:**

Klientka používá pouze vložky pro ženy pro občasnou inkontinenci moči.

**Cíl:**

- Udržet co nejdéle stávající stav paměti, aby si klientka pamatovala co nejvíce
- Udržet fyzickou kondici na stejné úrovni
- Nácvik správných hygienických návyků
- Častější chování na WC

**Silné stránky:**

- Milá bezproblémová klientka, velice společenská, s radostí pomáhá v DS při úklidu po jídle a mytí nádobí
- Když zapomene datum nebo čas, ví, kam se jít podívat
- V DS si zvykla dobře a líbí se jí tam
- Při pADL převážně není nutná supervize
- Úplně v pořádku HKK a DKK
- Často a ráda chodí na procházky dlouhé i několik kilometrů
- Do volnočasových aktivit se zapojuje ráda, pokaždé a velmi ochotně

**Slabé stránky:**

- Často jí od umývání či utírání nádobí nelze odtrhnout
- Hodně špatná dlouhodobá i krátkodobá paměť - nepamatuje si, kdy pro ni má dcera přijít, a bojí se, aby na ni nezapomněla
- Nutné připomínat chování na WC a po použití WC je potřeba jí připomenout hygienické návyky

**Ergoterapeutický plán:**

- a) Procvičování jak dlouhodobé, tak i krátkodobé paměti (pomocí různých her na paměť, povídání o rodině, o životě – kde pracovala atd.) – každodenní cvičení paměti v DS
- b) Nacvičit pravidelné chování na WC
- c) Nácvik hygieny po použití WC
- d) Udržení fyzické kondice na stejné úrovni po co nejdelší dobu

**Hodnocení:**

Klientka je v DS spokojená, zapojovala se do všech činností, ráda se zúčastňovala soutěží, odpoledních aktivit, chodila na procházky a pomáhala personálu s chodem DS,

např. umývání nádobí. Mnohdy to bylo na škodu, nemohly jsme ji od toho odtrhnout. Ostatní klienty rušila zavíráním a otvíráním skříněk při uklízení nádobí a budila je tím při poledním klidu. Klientka na mne působila příjemně, někdy trochu uspěchaně až zbrkle. Když se na nějakou činnost soustředila, ztrácela časovou orientaci a pak se najednou divila, že už pro ni nepřišla dcera. Museli jsme jí potom vysvětlit, kdy dcera přijde, a uklidnit ji, že na ni nezapomněla. Toho se ona nejvíce obávala.

Při každodenním cvičení paměti klientka měla svůj malý úkol, říci nám kolikátého je dnes a kdo má svátek. Klientka si tuto informaci sice na dlouho nezapamatovala, ale věděla, kde si to přečte. Na závěr cvičení jsme si vždy říkali, na co dobrého se můžeme těšit k obědu, i o to se starala. Při cvičení paměti se zapojovala jen když si byla opravdu jistá, většinou to byly věci z jejího okolí či z minulosti. Krátkodobá paměť či myšlení v souvislostech se jí nedařilo. Věděla, kde se narodila, kde bydlí, že má dceru s rodinou, že měla manžela a kde pracovala. Nepodařilo se nám klientce vštípit, že každý den stejnou dobu odchází domů s dcerou a že ji zde určitě nezapomenou. S klientkou jsem navrhovala použití WC a činnosti s tím související. Občas si došla na WC sama, bez našeho připomenutí, poté však bylo nutné ji zkontrolovat, zdali si umyla ruce. To často zapomínala. Někdy si na WC nevzpomněla vůbec, bylo nutno jí to připomenout.

Dcera klientky i celá její rodina chodila do zaměstnání, proto klientka docházela do DS. Její úroveň kognitivních funkcí byla již tak špatná, že rodina měla obavu nechávat ji doma samotnou. V DS jsme se nemuseli obávat, že by sama odešla, nebo se zranila. Doma by zapomínala základní věci jako jídlo, WC a další, byla by samotná nešťastná. Při nějaké činnosti by se mohla zarazit a zůstat pak v nečinnosti celý den. Často se jí v DS stávalo, že najednou nevěděla co a jak, pak jen stačilo slovně napovědět co dělat dál, ona si vzpomněla a úspěšně činnost dokončila.

Klientka si na DS zvykla ještě v době, kdy byla zdravá a nepotřebovala dohled. Chodila sem pro naplnění volného času. V té době byla už sice diagnostikována AD, ale zapomínala jen minimálně. Teď svoji docházku do DS považuje za samozřejmost, jen občas se u ní projeví obavy, že pro ni nepřiđe rodina včas, že ji tam zapomenou.

#### **Sebereflexe:**

S touto klientkou se mi podařilo navázat příjemný vztah, věřila mi a pamatovala si mě jako člena personálu, i když beze jména. I já jsem s ní pracovala ráda, přesto, že její obliba mytí nádobí nám někdy komplikovala život. Praxe mě naučila být trpělivější, protože mnohdy bylo těžké klientku přesvědčit, že není nutné nádobí uklízet hned po obědě, že ostatní klienty může při polední siestě rušit. Jiným klientům zas byl problém



vysvětlit, že to klientka vůči nim nedělala schválně. Nacvičovala jsem s ní včasné chození na WC a po něm mytí rukou, na které klientka ráda zapomínala. Minimálně jednou za den jsem klientce připomínala jaký, je den v týdnu a datum. Bohužel si to klientka nezapamatovala ani chvilku, jen věděla, kde to v DS najde napsané. Měla jsem možnost nahlédnout od dříve prováděných MMSE a testů hodin, z nichž plyne, že její stav výrazně kolísá. Mezi jednotlivými testy je rozdíl několik bodů jak k horšímu, tak k lepšímu. V testu hodin je naopak stav stejný, klientka již 2 roky neumí do ciferníku nic zakreslit. Ráda se zapojovala do kolektivních aktivit, chodila na dlouhé vycházky a vždy ochotně pomáhala při činnostech.

V tomto případě ergoterapeut na klientku pouze dohlížel a napovídal jí, na co při činnosti zapomněla. Nevím, zda se o to samé snažila i rodina doma, či spíše klientce více říkali, co má dělat, případně za ní některé činnosti sami vykonávali. Pokud ano, jejich práci to do budoucna určitě neušetří, právě naopak, a klientčiny schopnosti budou rychleji upadat. V DS bylo také potřeba klientku často uklidňovat, že ji zde nikdo nezapomněl.

### 4.3. Porovnání z mé praxe – pro které klienty je DD, pro které je DS?

Tuto otázku si kladu již několik let a dospěla jsem k závěru, že na ni neexistuje jednoznačná odpověď. Problematika je to individuální a mnohdy velmi intimní. Nelze obecně říci, že pro klienty s AD je vhodnější DD než DS, nebo naopak. U každého klienta zvlášť je třeba posuzovat nejen jeho aktuální zdravotní stav, postižení kognitivních funkcí atd., ale též sociální i rodinné zázemí. Dle mého názoru je DS vhodný pro klienty s dobrým rodinným zázemím, ovšem pouze do určité fáze onemocnění. Klienti by sem měli začít docházet již hned od počátku onemocnění, třeba jen na 2 dny v týdnu. Postupem času pak frekvenci docházky zvyšovat. Lépe si tak na nové prostředí zvykají a netrápí se, když později v DS již pobývají celý den. Většinou jsou pak spokojeni, že nejsou sami, a navštěvují DS docela rádi. Přitom stále neztrácejí úzký kontakt se svojí rodinou. Není dobrá situace, když člen rodiny již nemůže být sám doma bez dozoru a rodina se ze dne na den rozhodne vozit ho denně do stacionáře. Takový klient si na nové prostředí a lidi okolo sebe zvyká dlouho a těžko a většinou to vede ke zhoršení jeho psychického stavu. DS však není zařízený na celodenní soustavou péči o klienty, kteří potřebují i ošetrovatelskou péči, jsou inkontinentní, popř. imobilní. Pro tyto pacienty je dle mého názoru vhodnější domov důchodců, který soustavou péči na této úrovni poskytuje. Ovšem při přechodu z DS do DD je klient opět vystaven negativním pocitům z neznámého prostředí, nových tváří atp., objevuje se další velký problém, kterým je oddělení klienta od rodiny a jeho známého zázemí.

Závěrem tedy musím připomenout, že žádné zařízení nenahradí nemocnému péči v rodině. Ideální je, když může pacient zůstat po celou dobu onemocnění se svými blízkými a může s nimi v poklidu dožít. Pro rodinu je to však velká psychická i materiální zátěž po řadu let, kdy onemocnění postupně progreduje. Jen málokdo však může zůstat doma ze zaměstnání a starat se o svého blízkého, málokdo může své zaměstnání vykonávat doma. Také ne každý tuto situaci psychicky zvládne. Proto jsou zřizována různá denní centra, domovy pro seniory a komunity. Stárnutí populace však znamená stále větší problém. Současná kapacita zařízení pro seniory je nedostačující, čekací doba na umístění je mnohdy i několik let. Tuto problematiku však moje práce neřeší, já mohu jen situaci sledovat a doufat, že se časem zlepší, že budou budována nová centra pro pomoc seniorům a budou vzbuzovat větší důvěru než dosud. Je potěšující, že již nyní existují různé instituce, které pomáhají rodinám pečujícím o své

blízké. Přední místo mezi nimi zaujímá Česká Alzheimerovská společnost, do jejíž působnosti spadá i DS, kde jsem vykonávala svoji praxi.

## 5. DISKUZE

### 5.1. Role ergoterapeuta v DD a v DS v souvislosti s pADL

V domově důchodců, resp. v jakémkoli ústavním zařízení bývá zaměstnán jeden ergoterapeut. Ten za klienty na terapie dochází, nebo klienti přicházejí za ním. Na rozdíl od DS má na starosti velké množství nejrůznějších klientů, tím pádem má na jednotlivce mnohem méně času, tráví s ním jen určitý vymezený časový úsek. V DS se ergoterapeut podílí na celodenní péči o klienty, vidí, jak reagují, jak tráví volný čas, co mají rádi, co odmítají, jak zvládají sebeobsluhu, jídlo, jak komunikují s okolím. Zjednodušeně řečeno, mnohem podrobněji vidí, jak lidé žijí, má možnost je lépe poznat. Ergoterapeut v DS vede terapie, cvičení paměti, nácviky soběstačnosti a částečně zastává vlastně i roli ošetřujícího personálu a tím je i klientům blízký. V DD tráví ergoterapeut s klienty mnohem méně společného času. Ve vymezené době vede cvičení paměti, terapie, volnočasové aktivity, ale po celý zbytek dne jsou klienti sami, popř. s ošetřujícím personálem. Ergoterapeut neví, jak se chovají ve volném čase, jak reagují, komunikují, nemá možnost je v klidu pozorovat a myslím, že se do klientových problémů, pocitů a nálad nemůže tak dobře vcítit. A ani klienti ho vlastně moc dobře neznají, a proto bývají i nedůvěřiví. Jsou to klienti s nejrůznějšími diagnózami, většinou odlišnými než v DS. Mnozí jsou trvale upoutaní na lůžko a terapie probíhá u nich v pokoji, nebo pokud mohou sedět na vozíku a chtějí se zúčastnit, jsou dopravováni na různé aktivity do prostorů k tomu určených. Někteří však zatvrzele odmítají opouštět pokoje, jiní celé dny prospí a nechtějí být vyrušováni. Ergoterapeut má v DD v péči mnohem více klientů než v DS a nemůže se proto ani při nejlepší vůli všem věnovat tolik, jak by potřebovali, či jak on sám by chtěl. Nedostává se mu času. V DS je péče ergoterapeuta individuálnější, může lépe reagovat na potřeby a zájmy klienta, může se více věnovat opakování nácviku jednotlivých činností, ergoterapeut má i více času na "pouhý" rozhovor, který však hraje důležitou roli v psychickém stavu pacienta (má uklidňující pocit, že se o něj někdo zajímá). Podle mého názoru by se situace podstatně zlepšila, kdyby v DD mohlo působit větší množství ergoterapeutů a tím se otevřela cesta pro rozšíření nejrůznějších skupinových aktivit i pro zkvalitnění individuální práce s klientem.

## 6. ZÁVĚR

Když jsem si vybírala téma pro napsání bakalářské práce, chtěla jsem – jak jsem se již zmínila v úvodu - psát o seniorech s Alzheimerovou demencí. Protože jsem již absolvovala několik praxí v DS i v DD, poznala jsem, že se práce ergoterapeuta v obou těchto zařízeních značně liší. Porovnáváním zkušeností z mé práce v obou typech zařízení jsem došla k dosti překvapivým závěrům.

DS, ve kterém jsem praxi absolvovala, je specializován na problematiku onemocnění AD, zatímco žádný DD u nás v ČR takto úzce zaměřený nemá. Myslím si, že v budoucnu bude nutné tento problém řešit, neboť pacientů s AD neustále přibývá. Stačí, aby třeba jen část DD byla pro obyvatele s AD přizpůsobena, aby zde pracoval personál zaměřený na problematiku AD. Jinak se totiž stává, že pro nedostatek času či trpělivosti personál, který není dobře s touto problematikou obeznámen, dělá raději vše za klienta sám. Ten v důsledku nečinnosti však mnohem dříve ztrácí schopnost se o sebe postarat a jeho onemocnění se rychle zhoršuje. Prostory určené pro takto postižené obyvatele by měly být přizpůsobeny vzhledem i zařízením. Místnosti by měly být barevně odlišené, názorně označené, místo nápisů na dveřích obrázky, šipky co se kde nachází atd. Prostředí pro lidi s AD má být příjemné, bezpečné, přehledné a hlavně neměnné, aby klienti zbytečně nebloudili a nebyli zmatení. Musí být též zajištěné tak, aby je nedopatřením nemohli opustit, ztratit se, zabloudit. Klienti by v tomto prostředí měli být v bezpečí. Měly by být odstraněny koberečky, rohožky, kabely či jiné předměty, o které by klient mohl klopýtnout, ostré rohy nábytku by měly být zabezpečené krytkami, nebezpečné předměty, jako například nože, nůžky, jehlice, by měl personál ukládat do uzamykatelných skříněk. Všechny zbytečnosti, o které by se nemocný mohl zranit, by měly být odstraněny. Aby se klienti v novém prostředí cítili co nejlépe, měli by mít možnost obklopit se svými známými předměty, které mají rádi a na které jsou z domova zvyklí. Vždy je však nutno citlivě posoudit, nejsou-li jim nebezpečné. Prostředí má být bezbariérové. Všechny denní aktivity by měly mít pevný a neměnný časový rozvrh. Ideální by bylo, kdyby se personál staral stále o stejnou „svoji“ skupinu klientů (možnost vzniku osobnějších vazeb). Pokud by to situace dovolila, měli by mít rodinní příslušníci možnost alespoň občas se některých společných aktivit účastnit. Doufám, že se časem takové DD budou zřizovat a přibudou též další DS, aby klienti s AD měli větší možnost volby, aby zbavení stresu mohli trávit své dny v příjemném a bezpečném prostředí, vhodném pro jejich onemocnění.

Během své praxe jsem zjistila, že práce ergoterapeuta v DD a DS se opravdu podstatně liší. Je to způsobeno zejména odlišností klientely obou zařízení. Zatímco do DS přicházejí lidé převážně s lehčím postižením, v DD je složení obyvatel různorodé – od nejlehčí formy AD až po tu nejtěžší, jsou zde však i klienti s různými jinými diagnózami, nejen s demencemi, ale i lidé po cévní mozkové příhodě, s nemocným srdcem, s postižením končetin atd., a nebo „jen“ staří. V DS je práce s klienty mnohem snazší – nikoliv však jen díky stupni jejich postižení, ale zejména díky času, který s nimi ergoterapeut tráví. Přestože v DS jsou klienti jen přes den a večery a noci tráví doma, ergoterapeut je mnohem více zná, dovede i mnohem lépe předem odhadnout jejich nálady a reakce. Je to paradox. V DD klienti žijí, a přesto je ergoterapeut vlastně nezná. Vidí je mnohem kratší dobu, nemá možnost ani příležitost je sledovat při jejich běžných činnostech, lépe poznat jejich povahu, návyky. Současný systém práce to bohužel neumožňuje. Proto je podle mého názoru práce ergoterapeuta v DD mnohem obtížnější a její výsledky nejsou vždy takové, jak by bylo žádoucí. Na druhou stranu jsem ale přesvědčena, že ROLE ergoterapeuta se v obou zařízeních lišit nesmí: nenásilnou a pro klienta přijatelnou formou musí i v různých podmínkách plnit úkoly, které jsou mu svěřeny, a to zejména usnadňovat život svěřeným klientům, diagnostikovat je, podporovat jejich návyky získané při nácviku ADL, vést individuální i skupinové terapie a v konečném důsledku tak pomáhat co nejdéle udržovat jejich samostatnost a soběstačnost. Musí dohlížet na prevenci, vést dokumentaci o klientech, dobře spolupracovat s celým multidisciplinárním týmem a svědomitým přístupem ke svěřeným úkolům propagovat svoji profesi.

Ergoterapeut přitom musí mít vždy na paměti, že pracuje s lidskými bytostmi, které si zasluhují ohleduplnost a úctu, mají právo na své nálady, vrtochy a rozmary. Musí být chápající a trpělivý a ani na chvíli by neměl zapomenout, že vlídným slovem i gestem lze zejména u seniorů či pacientů s AD docílit mnohem více než autoritativním a nevlídným jednáním.

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) Buijsen, H.: Demence. 1. vyd. Praha, Portál 2006
- 2) Faktorová, M.: Uplatnění ergoterapie, vyšetřovací metody a komunitní péče pro seniory. Praha, Domov důchodců Charlese Jordana 2000
- 3) Hrdlička, M. - Hrdličková, D.: Demence a poruchy paměti. 1. vyd. Praha, Grada 1999
- 4) Jelínková, J.: Úloha ergoterapeuta v řešení problémů při příjmu jídla. Diagnóza v ošetřovatelství, 8, 2006, s. 305
- 5) Jelínková, J.: Ergoterapie v geriatrii. Přednášky, letní semestr 2004
- 6) Jiráček, R. - Koukolík, F.: Demence – neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Praha, Galén 2004
- 7) Koukolík, F. - Jiráček, R.: Alzheimerova nemoc a další demence. 1. vyd. Praha, Grada 1998
- 8) Pacovský, V.: Geriatrie – geriatrická diagnostika. 1. vyd. Praha, Scientia Medica 1994
- 9) Štílec, M.: Pohybově relaxační programy pro starší občany. 1. vyd. Praha, Karolinum 2003
- 10) Topinková, E.: Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha, Galén 2005
- 11) Teorie ergoterapie. Přednášky, letní semestr 2003
- 12) Zgola, J. M.: Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha, Grada 2003
- 13) [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) (5.10.2006)
- 14) [www.stari.cz](http://www.stari.cz) (9.10.2006)
- 15) [www.ddmalesice.cz](http://www.ddmalesice.cz) (9.10. 2006)
- 16) [www.gerontocentrum.cz](http://www.gerontocentrum.cz) (9.10.2006)

## **8. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh:**

- č. 1: MMSE A.R.**
- č. 2: Test hodin A.R.**
- č. 3: Bartel Index A.R**
- č. 4: Informovaný souhlas A.R.**
- č. 5: MMSE E.K.**
- č. 6: Test hodin E.K.**
- č. 7: Bartel Index E.K.**
- č. 8: Informovaný souhlas E.K.**
- č. 9: MMSE J.V.**
- č. 10: Test hodin J.V.**
- č. 11: Bartel Index J.V.**
- č. 12: Informovaný souhlas J.V.**
- č. 13: MMSE M.O.**
- č. 14: Test hodin M.O.**
- č. 15: Bartel Index M.O.**
- č. 16: Informovaný souhlas M.O.**



## Příloha č. 1

## Mini - Mental State Examination ( MMSE )

Jméno: A. D.

DG: AD

## 1/ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Které je roční období?  
 Který máme nyní rok?  
 Kolikátého je dnes?  
 Který den v týdnu je dnes?  
 Který je měsíc?  
 Ve kterém jsme městě?  
 Ve kterém jsme okrese ( kraji )?  
 V jaké jsme zemi?  
 Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?  
 V kolikátém jsme poschodí?

## 2/ ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“  
 Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

## 3/ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:  
 „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“  
 Dejte vždy bod za každé správné písmeno,  
 např. M - R - K - O - P = 5

## 4/ VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“  
 Za každou správnou odpověď přisluší jeden bod.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

## 5/ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (ukažte hodinky)  
 „Co je to?“ (ukažte tužku)

## 6/ OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidělte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

- Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

## 7/ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:  
 „Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pravice  
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň - položení papíru na zem

## 8/ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

- „Přečtěte co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

## 9/ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- „Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

## 10/ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani rozřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.

Dosažené skóre

28

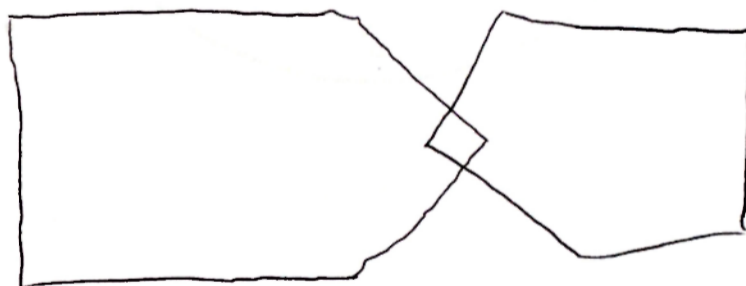
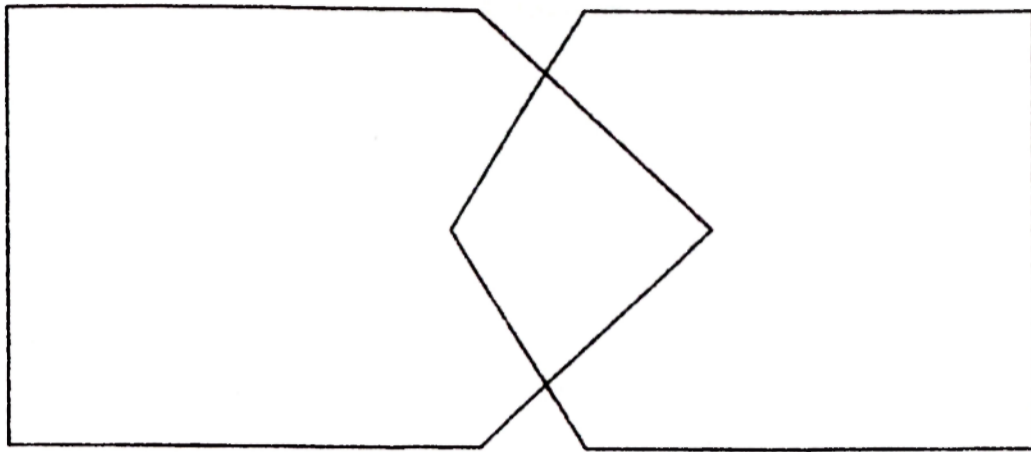
## HODNOCENÍ

Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraničivý nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně.

## ZAVŘETE OČI

*Práche žiji na světě!*

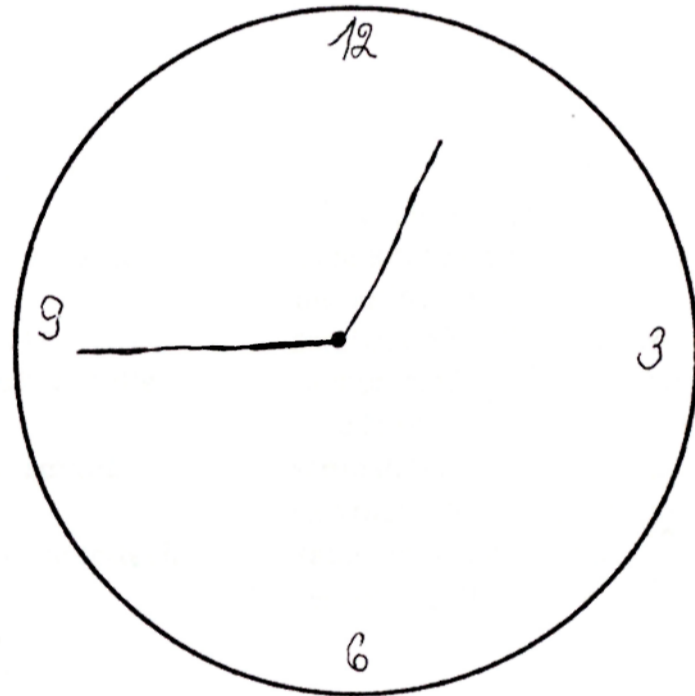


Příloha č. 2

**TEST HODIN**

A.2.

ČAS 12:45



**příloha č. 3**

Barthel Index  
(pro hodnocení personálních ADL)

Jméno : *A. P.*

Dg. : *AD*

POLOŽKAHODNOCENÍ. POČET BODŮ

1. Najedení, napití	samostatně <u>10b.</u> s pomocí 5b. neprovede 0b.
2. Oblékání	samostatně <u>10b.</u> s pomocí 5b. neprovede 0b.
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí <u>5b.</u> neprovede 0b.
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí <u>5b.</u> neprovede 0b.
5. Kontinence moči	plně kontinentní <u>10b.</u> občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
6. Kontinence stolice	plně kontinentní <u>10b.</u> občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
7. Použití WC	samostatně <u>10b.</u> s pomocí 5b. neprovede 0b.
8. Přesun lůžko-židle	samostatně <u>15b.</u> s malou pomocí 10b. vydrží sedět 5b. neprovede 0b.
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m <u>15b.</u> s pomocí 50m 10b. na vozíku 50 m 5b. neprovede 0b.
10. Chůze po schodech	samostatně <u>bez pomoci</u> <u>10b.</u> s pomocí 5b. neprovede 0b.

Hodnocení :

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech  
41 - 60 bodů závislost středního stupně  
61 - 95 bodů závislost lehčího stupně  
100 bodů nezávislý

Test vyhotovil : *Ph. D. Dvořák*  
Dne : *24. 6. 06*  
Pracoviště : .....

## Příloha č. 4


**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
I. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2  
**Klinika rehabilitačního lékařství**  
 Albertov 7, 128 00 Praha 2  
 tel. 22496 8479, tel/fax 22491 7898  
 e-mail: blanka.oulicka@lf1.cuni.cz

Vážený pane, paní,

jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze bakalářského studia specializace ve zdravotnictví oboru Ergoterapie.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Porovnání role ergoterapeuta v personálních ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí v denním stacionáři a ústavním zařízení.*

Cílem této mojí práce je zjistit, v čem se - při práci se seniory s tímto postižením - role ergoterapeuta v ústavním zařízení odlišuje od jeho role v denním stacionáři - zvláště pak v pADL, tedy v základních běžných denních činnostech sebeobsluhy. (To je zejména při oblékání, jídle, pití, koupání, osobní hygieně, při používání WC a chůzi.)

*Z tohoto důvodu Vás prosím o svolení nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Zároveň Vám zaručuji, že veškeré údaje o Vás, které ve své práci použiji, budou anonymní a budou sloužit pouze ke studijním účelům.*

Velmi Vám děkuji

*Romana Plunderová*  
 Romana Plunderová  
 3. ročník ergoterapie

Klient:

Rok narození :

Datum:

Podpis:

*J.P. nar 1923*

*19.7.2006*

*A.P.*

## Příloha č. 5

## Mini - Mental State Examination ( MMSE )

Jméno: E. K.

DG: A. D.

## 1/ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Které je roční období?  
 Který máme nyní rok?  
 Kolikátého je dnes?  
 Který den v týdnu je dnes?  
 Který je měsíc?  
 Ve kterém jsme městě?  
 Ve kterém jsme okrese ( kraji )?  
 V jaké jsme zemi?  
 Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?  
 V kolikátém jsme poschodí?

## 2/ ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

- LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

## 3/ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

- 93 - 86 - 79 - 72 - 65
- 

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“ Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M - R - K - O - P = 5

- 

## 4/ VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“ Za každou správnou odpověď přičkají jeden bod.

- LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

## 5/ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (uкажите hodinky)  
 „Co je to?“ (uкажите tužku)

## 6/ OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přičkají pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

- Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

## 7/ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pravice  
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň - položení papíru na zem

## 8/ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

- „Přečtěte co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

## 9/ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- „Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

## 10/ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani rozřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre



## HODNOCENÍ

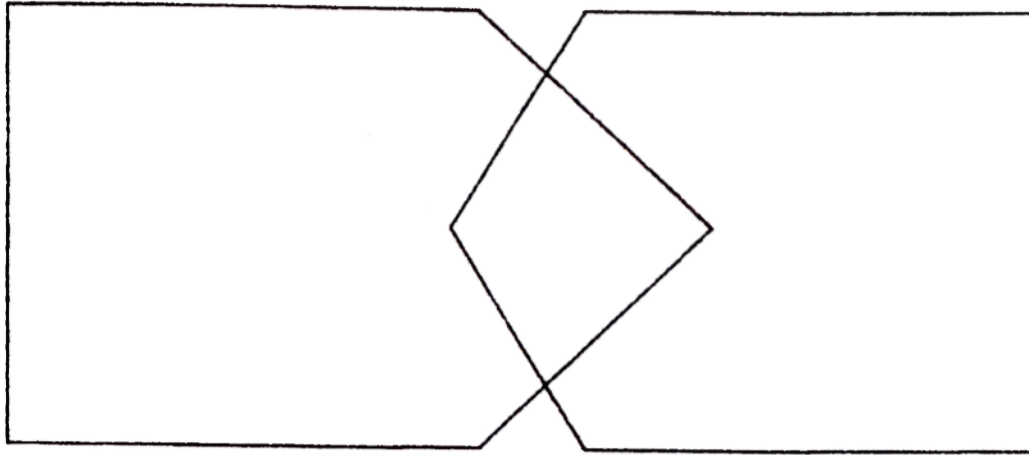
Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	<u>patologický nález</u>
	<u>demence mírného až středně těžkého stupně</u>
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně.

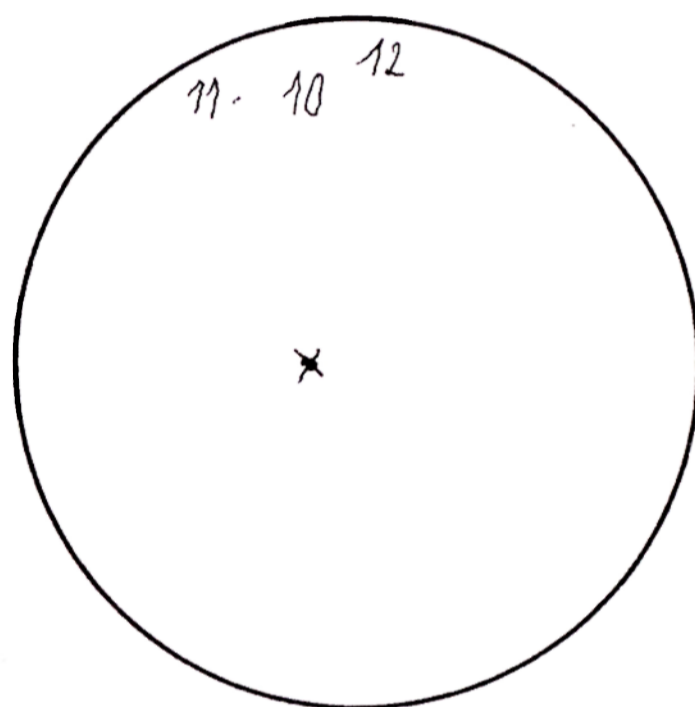
## ZAVŘETE OČI

*Moje největší síla je v tichu*





příloha č. 6

**TEST. HODIN**

## Příloha č. 7

Barthel Index  
(pro hodnocení personálních ADL)

Jméno : E . K .

Dg. : AD

POLOŽKAHODNOCENÍ. POČET BODŮ

1. Najedení, napití	samostatně (10b) s pomocí 5b. neprovede 0b.
2. Oblékání	samostatně 10b. s pomocí (5b) neprovede 0b.
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí 5b. neprovede (0b)
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí (5b) neprovede 0b.
5. Kontinence moči	plně kontinentní 10b. občas inkontinentní (5b) inkontinentní (0b)
6. Kontinence stolice	plně kontinentní 10b. občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
7. Použití WC	samostatně 10b. s pomocí (5b) neprovede 0b.
8. Přesun lůžko-židle	samostatně 15b. s malou pomocí (10b) vydrží sedět 5b. neprovede 0b.
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m 15b. s pomocí 50m (10b) na vozíku 50 m 5b. neprovede 0b
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci 10b. s pomocí 5b. neprovede (0b)

Hodnocení :

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech  
41 - 60 bodů závislost středního stupně  
 61 - 95 bodů závislost lehčího stupně  
 100 bodů nezávislý

Test vyhotovil : PL. UNDEDOVÁ

Dne : .....

Pracoviště : .....

## Příloha č. 8


**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2  
**Klinika rehabilitačního lékařství**  
 Albertov 7, 128 00 Praha 2  
 tel. 22496 8479, tel/fax 22491 7898  
 e-mail: blanka.oulicka@lf1.cuni.cz

Vážený pane, paní,

jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze bakalářského studia specializace ve zdravotnictví oboru Ergoterapie.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma **Porovnání role ergoterapeuta v personálních ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí v denním stacionáři a ústavním zařízení.**

Cílem této mojí práce je zjistit, v čem se - při práci se seniory s tímto postižením - role ergoterapeuta v ústavním zařízení odlišuje od jeho role v denním stacionáři - zvláště pak v pADL, tedy v základních běžných denních činnostech sebeobsluhy. /To je zejména při oblékání, jídle, pití, koupání, osobní hygieně, při používání WC a chůzi./

**Z tohoto důvodu Vás prosím o svolení nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Zároveň Vám zaručuji, že veškeré údaje o Vás, které ve své práci použiji, budou anonymní a budou sloužit pouze ke studijním účelům.**

Velmi Vám děkuji

Romana Plunderová  
3. ročník ergoterapie

Klient:

Rok narození :

Datum:

Podpis:

E.K.

1948

20. 7. 2016

il

## Příloha č. 9

## Mini - Mental State Examination ( MMSE )

Jméno: J. V.

DG: A. D.

## 1/ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Které je roční období?  
 Který máme nyní rok?  
 Kolikátého je dnes?  
 Který den v týdnu je dnes?  
 Který je měsíc?  
 Ve kterém jsme městě?  
 Ve kterém jsme okrese ( kraji )?  
 V jaké jsme zemi?  
 Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení kde jsme?  
 V kolikátém jsme poschodí?

## 2/ ZAPAMATOVÁNÍ

„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“  
 Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

## 3/ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:  
 „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“  
 Dejte vždy bod za každé správné písmeno,  
 např. M - R - K - O - P = 5

## 4/ VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“  
 Za každou správnou odpověď přisuzí jeden bod.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

## 5/ POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (uкажите hodinky)  
 „Co je to?“ (uкажите tužku)

## 6/ OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

Opakujte!: „První pražská paroplavba.“

## 7/ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:

„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pravice  
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň - položení papíru na zem

## 8/ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

„Přečtete co je tady napsáno a udělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

## 9/ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

## 10/ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani rozřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.

Dosažené skóre

14

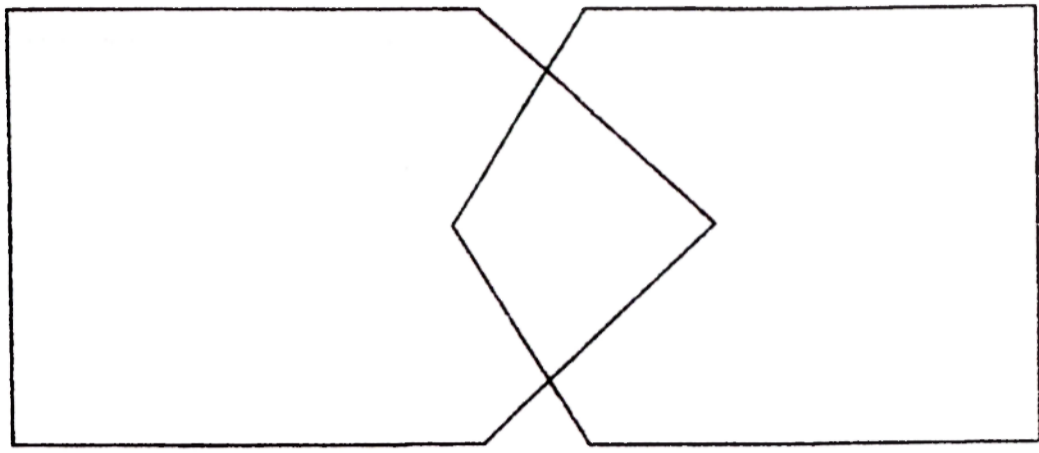
## HODNOCENÍ

Maximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález,
	demence mírného až středně těžkého stupně
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně.

## ZAVŘETE OČI

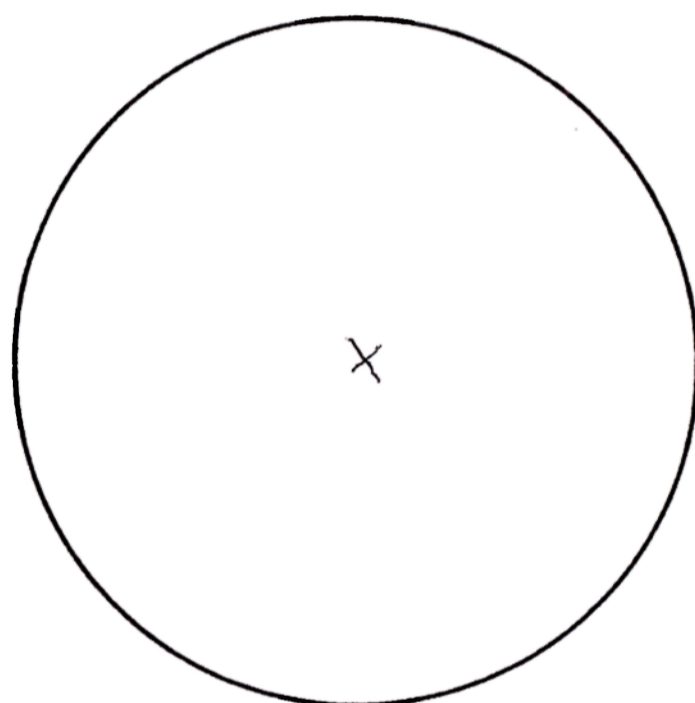
*Keďže slunce svieti.*



**příloha č. 10**

**TEST. HODIN**

*J.V.*





## Příloha č. 11

Barthel Index  
(pro hodnocení personálních ADL)

Jméno : J. V.  
Dg. : A.D.

POLOŽKAHODNOCENÍ. POČET BODŮ

1. Najedení, napití	samostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b.
2. Oblékání	samostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b.
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí 5b. neprovede 0b.
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí 5b. neprovede 0b.
5. Kontinence moči	plně kontinentní 10b. občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
6. Kontinence stolice	plně kontinentní 10b. občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
7. Použití WC	samostatně 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b.
8. Přesun lůžko-židle	samostatně 15b. s malou pomocí 10b. vydrží sedět 5b. neprovede 0b.
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m 15b. s pomocí 50m 10b. na vozíku 50 m 5b. neprovede 0b
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci 10b. s pomocí 5b. neprovede 0b,

Hodnocení :

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech  
41 - 60 bodů závislost středního stupně  
61 - 95 bodů závislost lehčího stupně  
100 bodů nezávislý

Test vyhotovil : PLUMEDOVA  
Dne : 8/2006  
Pracoviště :

## Příloha č. 12


**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

**Klinika rehabilitačního lékařství**

Albertov 7, 128 00 Praha 2

tel. 22496 8479, tel/fax 22491 7898

e-mail: blanka.oulicka@lf1.cuni.cz

Vážený pane, paní,

jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze bakalářského studia specializace ve zdravotnictví oboru Ergoterapie.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Porovnání role ergoterapeuta v personálních ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí v denním stacionáři a ústavním zařízení.*

Cílem této mojí práce je zjistit, v čem se - při práci se seniory s tímto postižením - role ergoterapeuta v ústavním zařízení odlišuje od jeho role v denním stacionáři - zvláště pak v pADL, tedy v základních běžných denních činnostech sebeobsluhy. /To je zejména při oblékání, jídle, pití, koupání, osobní hygieně, při používání WC a chůzi./

*Z tohoto důvodu Vás prosím o svolení nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Zároveň Vám zaručuji, že veškeré údaje o Vás, které ve své práci použiji, budou anonymní a budou sloužit pouze ke studijním účelům.*

Velmi Vám děkuji

Romana Plunderová  
3. ročník ergoterapie

Klient:

Rok narození :

Datum:

Podpis:

J.V.

1922

20.9.2006

V

říloha č. 13

## Mini - Mental State Examination ( MMSE )

Jméno:

M. O.

DG:

AD

### 1./ ORIENTACE - odpověď do 10s

- Která je vaší ruka?   
 Který měsíc nyní rok?   
 Kolikátým je dnes?   
 Který den v týdnu je dnes?   
 Který je měsíc?   
 Ve kterém jste městě?   
 Ve kterém jste okresu ( kraj )?   
 V jaké jste zemi?   
 Jak se jmenuje tato zdravotní zařízení kde jste?   
 V kolikátém jste poschodí?

### 2./ ZAPAMATOVÁNÍ

„Mně vyjmenuji tři věci. Až je všechny vypomenáš, ledu chci, aby jste je zapamatoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se Vás na tyto představy znovu zeptám.“  
 Musíte říci za každou svou odpověď. Počítá se libovolně. Pokud pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje, minimálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

„A nyní prosím tato slova opakujte.“

### 3./ POZORNOST A POČÍTÁNÍ

„Mně odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skamčete.“ Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítá se pouze tato chyba.

93 - 86 - 79 - 72 - 65

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej:

„Náskakuje pozpátku slovo POKRÁK.“  
 Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M - k - K - O - P = 5

### 4./ VYBAVOVÁNÍ

„A teď, prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí řekl.“  
 Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA     ŠÁTEK     VÁZA

### 5./ POJEMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- „Co je to?“ (ukáže hodinky)  
 „Co je to?“ (ukáže tužku)

### 6./ OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidělte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

Opakujte: „První pražská paroplavba.“

### 7./ STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol:

„Mně vezměte: dá prvé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem.“

1. stupeň - uchopení papíru do pramce  
 2. stupeň - přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň - položení papíru na zem

### 8./ ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zaveďte ho vyzvěte:

„Přečtěte co je tedy napsáno a odělejte to!“

Jeden bod přidělte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy.

### 9./ PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

„Napište libovolnou větu.“

Věta může obsahovat praprávní chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

### 10./ OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílý papír a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval něže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jediné minuty. Mělo by zůstat ani rozřezanost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.

Dosažené skóre

12

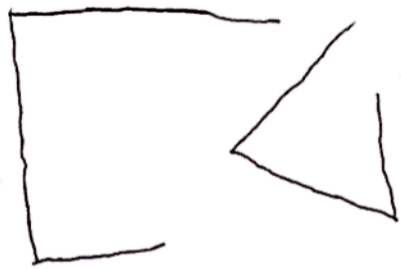
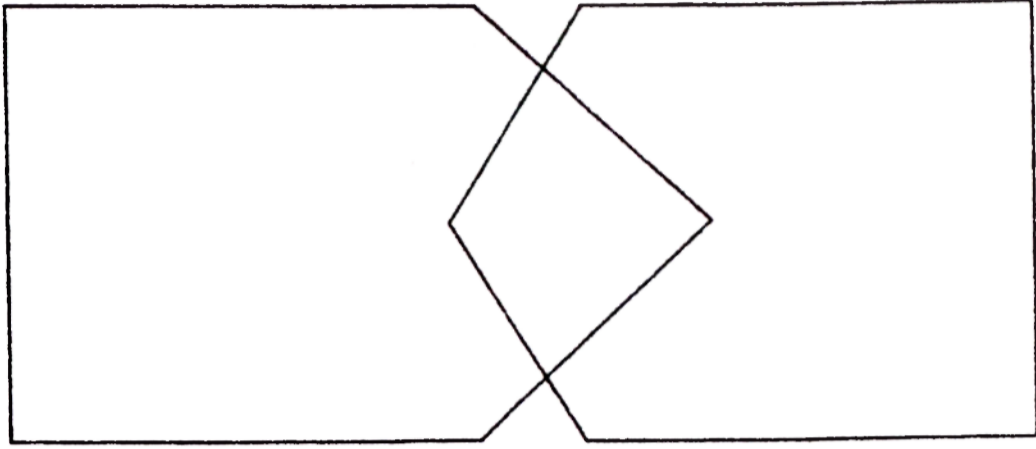
### HOOCENÍ

Máximální počet - 30 bodů

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nálezy, možná demence
10 - 24 bodů	patologický nálezy
6 - 9 bodů	demence mírného až středně těžkého stupně
6 a méně bodů	demence středního až těžkého stupně

## ZAVŘETE OČI

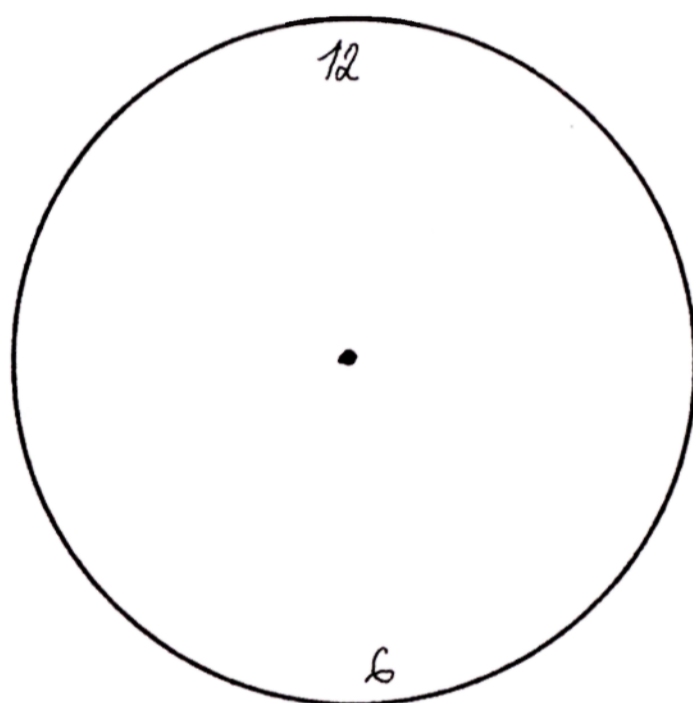
*Dnes je velmi teplo*



## Příloha č. 14

**TEST HODIN**

H. O.



## Příloha č. 15

Barthel Index  
(pro hodnocení personálních ADL)

Jméno : M O.

Dg. : AD

POLOŽKAHODNOCENÍ. POČET BODŮ

1. Najedení, napití	samostatně (10b) s pomocí 5b. neprovede 0b.
2. Oblékání	samostatně 10b. s pomocí (5b) neprovede 0b.
3. Koupání	samostatně nebo s pomocí (5b) neprovede 0b.
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí (5b) neprovede 0b.
5. Kontinence moči	plně kontinentní 10b. občas inkontinentní (5b). inkontinentní 0b.
6. Kontinence stolice	plně kontinentní (10b). občas inkontinentní 5b. inkontinentní 0b.
7. Použití WC	samostatně (10b) s pomocí 5b. neprovede 0b.
8. Přesun lůžko-židle	samostatně (15b) s malou pomocí 10b. vydrží sedět 5b. neprovede 0b.
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m (15b) s pomocí 50m 10b. na vozíku 50 m 5b. neprovede 0b.
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci (10b) s pomocí 5b. neprovede 0b.

Hodnocení :

0 - 40 bodů	vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
41 - 60 bodů	závislost středního stupně
61 - 95 bodů	<u>závislost lehčího stupně</u>
100 bodů	nezávislý

Test vyhotovil : PLUMBEROVÁ  
Dne : 8/2006  
Pracoviště :

## Příloha č. 16


**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

**Klinika rehabilitačního lékařství**

Albertov 7, 128 00 Praha 2

tel. 22496 8479, tel/fax 22491 7898

e-mail: blanka.oulicka@lf1.cuni.cz

Vážený pane, paní,

jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze bakalářského studia specializace ve zdravotnictví oboru Ergoterapie.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Porovnání role ergoterapeuta v personálních ADL u seniorů s Alzheimerovou demencí v denním stacionáři a ústavním zařízení.*

Cílem této mojí práce je zjistit, v čem se - při práci se seniory s tímto postižením - role ergoterapeuta v ústavním zařízení odlišuje od jeho role v denním stacionáři - zvláště pak v pADL, tedy v základních běžných denních činnostech sebeobsluhy. /To je zejména při oblékání, jídle, pití, koupání, osobní hygieně, při používání WC a chůzi./

*Z tohoto důvodu Vás prosím o svolení nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace. Zároveň Vám zaručuji, že veškeré údaje o Vás, které ve své práci použiji, budou anonymní a budou sloužit pouze ke studijním účelům.*

Velmi Vám děkuji

Romana Plunderová  
3. ročník ergoterapie

Klient:

Rok narození :

Datum:

Podpis:

M. O.

1923

17.9.2006