

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Marcela Kučerová, DiS

Podpora samostatnosti a soběstačnosti osoby po cévní mozkové příhodě v
kontextu ADL aktivit: návrh pilotního projektu

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Podpora samostatnosti a soběstačnosti osoby po cévní mozkové příhodě v kontextu ADL aktivit: návrh pilotního projektu“ vypracovala samostatně, na základě subjektivních myšlenek a využila jsem odborných pramenů, které uvádím v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne

Bc. Kučerová Marcela, DiS

Poděkování

Ráda bych poděkovala účastníkům výzkumu za vstřícný a otevřený přístup při řešení praktické části práce, a také vedoucímu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za neuvěřitelnou vstřícnost, pochopení, lidskost, podporu, cenné rady a čas, který mi věnoval při řešení dané problematiky.

Obsah

ÚVOD	7
I. TEORETICKÝ RÁMEC	9
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	9
1.1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	9
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY	9
1.2.1 Prevence	10
1.3 EPIDEMIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ	11
1.4 MECHANISMUS VZNIKU A KLASIFIKACE CMP.....	11
1.4.1 Hemoragické cévní mozkové příhody.....	12
1.5 SYMPTOMATOLOGIE CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	13
1.6 DIAGNOSTICKÉ A LÉČEBNÉ POSTUPY	14
1.7 NÁSLEDKY PO PRODĚLANÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	16
1.7.1 Poruchy senzomotorických funkcí	16
1.7.2 Poruchy percepce a zpracování sensorických informací	19
1.7.3 Poruchy vyšších mozkových funkcí.....	21
1.7.4 Narušená komunikační schopnost.....	22
1.7.5 Poruchy polykání.....	24
1.7.6 Psychologické důsledky po prodělání CMP.....	25
1.7.7 Prognóza onemocnění	25
2 REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	28
2.1 REHABILITAČNÍ PROCES.....	28
2.2 SPECIFIKA REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	29
2.3 LÉČEBNÁ REHABILITACE.....	30
2.3.1 Fyzioterapie a ergoterapie	31
2.4 ERGOTERAPIE	31
2.5 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA A JEJICH HODNOCENÍ.....	32
2.5.1 Kritéria výběru hodnocení.....	33
2.5.2 Princip hodnocení ADL	33
2.5.3 Index Barthelové	34
2.6 REHABILITAČNÍ METODY, POSTUPY, PŘÍSTUPY, FORMY A TERAPIE PO CMP	35
2.6.1 Kinestetická mobilizace	37

2.6.2	Bobath koncept.....	39
2.6.3	Mirror terapie	41
2.6.4	Logopedická intervence	41
2.6.5	Preterapie.....	42
2.6.6	Alternativní a augmentativní komunikace	43
2.6.7	Intervence zrakového terapeuta.....	44
2.6.8	Nácvik PADL.....	45
3	OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU.....	47
3.1	DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ	47
3.2	STÁRNUTÍ A JEHO TEORIE.....	48
3.2.1	Involuční změny.....	48
3.3	STÁŘÍ.....	49
3.3.1	Periodizace stáří	51
3.4	GERIATRICKÉ SYNDROMY	52
3.4.1	Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti.....	53
3.5	DLOUHODOBÁ PÉČE O KŘEHKÉ A ZÁVISLÉ SENIORY.....	54
3.5.1	Domov Hrubá Voda	55
3.6	FUNKČNÍ STAV V KONTEXTU DIAGNÓZY	56
3.6.1	Evaluace funkčního stavu.....	57
II.	EMPIRICKÝ RÁMEC	61
	PODPORA SAMOSTATNOSTI A SOBĚSTAČNOSTI OSOBY PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V KONTEXTU ADL AKTIVIT: NÁVRH PILOTNÍHO PROJEKTU	61
4	CÍLE PILOTNÍHO PROJEKTU	63
5	METODOLOGIE	64
5.1	METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA NÁVRHU PROJEKTU	64
	Osobní případová studie.....	64
	Příkladová případová studie	65
	Systematická kazuistika	65
5.2	METODY SBĚRU DAT	65
5.2.1	Pozorování.....	65
5.2.2	Dokumenty	66

5.3	PROCEDURY SBĚRU DAT.....	66
5.4	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	72
5.4.1	Aplikované přístupy k analýze a interpretaci dat	73
5.4.2	Průběh analýzy a interpretace dat celého rehabilitačního procesu u vybraného případu v rámci interdisciplinární spolupráce	73
5.4.3	Triangulace.....	74
5.5	VOLBA A ZDŮVODNĚNÍ VYBRANÉHO PŘÍPADU	75
5.5.1	Představení případu	76
5.5.2	Etické aspekty návrhu pilotního projektu.....	77
6	SOUHRN POZOROVÁNÍ PO PRVNÍ CMP	79
6.1	SUMARIZACE 1. POZOROVÁNÍ PO 1. CMP	79
6.1.1	Pozice ergoterapeuta	79
6.1.2	Pozice klinického logopeda.....	89
6.2	SUMARIZACE 2. POZOROVÁNÍ PO 1. CMP	90
6.2.1	Pozice ergoterapeuta	90
6.2.2	Pozice klinického logopeda.....	92
6.3	SUMARIZACE 3. POZOROVÁNÍ PO 1. CMP	92
6.3.1	Pozice ergoterapeuta	93
6.3.2	Pozice klinického logopeda.....	94
6.4	SUMARIZACE 4. POZOROVÁNÍ PO 1. CMP	95
6.4.1	Pozice ergoterapeuta	95
6.4.2	Pozice klinického logopeda.....	97
6.5	SUMARIZACE 5. POZOROVÁNÍ PO 1. CMP	98
6.5.1	Pozice ergoterapeuta	99
6.5.2	Pozice klinického logopeda.....	100
6.6	SUMARIZACE 6. POZOROVÁNÍ PO 2. CMP	101
6.6.1	Pozice ergoterapeuta	101
6.6.2	Pozice klinického logopeda.....	106
6.7	SUMARIZACE 7. POZOROVÁNÍ PO 2. CMP	108
6.7.1	Pozice ergoterapeuta	108
6.7.2	Pozice klinického logopeda.....	109
6.8	SUMARIZACE 8. POZOROVÁNÍ PO 2. CMP	110

6.8.1	Pozice zrakového terapeuta (výpis ze zprávy)	110
6.8.2	Pozice klinického logopeda.....	112
6.9	SUMARIZACE 9. POZOROVÁNÍ PO 2. CMP	113
6.9.1	Pozice ergoterapeuta	113
6.9.2	Pozice klinického logopeda (čerpáno z dokumentace)	115
6.10	SUMARIZACE POZOROVÁNÍ Č. 10, 11 A 12 PO 2. CMP Z POZICE ERGOTERAPEUTA A KLINICKÉHO LOGOPEDA	116
6.10.1	Pozice ergoterapeuta.....	116
6.10.2	Pozice klinického logopeda (sloučené 10., 11. a 12. pozorování).....	118
6.11	SUMARIZACE POZOROVÁNÍ Č. 11, 12, 13 A 14 PO 2. CMP Z POZICE ERGOTERAPEUTA A ZRAKOVÉHO TERAPEUTA.....	120
6.11.1	Pozice zrakového terapeuta (výpis ze zprávy)	121
6.11.2	Pozice ergoterapeuta.....	122
7	DISKUZE.....	128
7.1	LIMITY STUDIE.....	130
	ZÁVĚR	132
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	134
	ODBORNÉ ČASOPISY	154
	INTERNETOVÉ ZDROJE	155
	SEZNAM ZKRATEK A POJMŮ	159
	SEZNAM OBRÁZKŮ	160
	SEZNAM TABULEK	161
	SEZNAM PŘÍLOH	162

ÚVOD

V současné době je ve světě cévní mozková příhoda (dále jen CMP) hodnocena jako druhá nejčastější příčina úmrtí. Prvenství náleží onemocnění srdce (ischemická choroba srdeční včetně akutního infarktu myokardu). Dle uváděných statistik, postihne během života každého šestého člověka a celosvětově jí někdo podlehe každých 6 vteřin. Jen v rámci České republiky se jedná cca o 30 až 40 tisíc osob ročně. Výrazně se také podílí na snížení soběstačnosti zejména osob seniorského věku (Thrift, 2014; Urbánková, 2013; Zvolský, 2012; Neumann, 2011). CMP (mozková mrtvice, ktus či mozkový infarkt) je způsobena přerušением průtoku krve do mozku čímž dojde k jeho nedostatečnému prokrvení. Tento stav má řadu příznaků odvíjejících se od místa lokalizace jejího vzniku (Herzig, 2014; Hutyra, 2011). V mnoha případech dochází k současnému narušení fyzických, kognitivních, behaviorálních či komunikačních schopností. I přes stále se zlepšující možnosti zdravotní péče, přetrvávají u těchto osob významné dlouhodobé funkční a psychosociální problémy omezující je v jejich každodenním životě (Khan, 2017). Včasná, komplexní a dobře koordinovaná rehabilitace může však zpomalit progres zmiňovaných důsledků onemocnění, urychlit návrat do původního stavu či kompenzovat ztrátu funkčních schopností. V rámci české zdravotnické péče zodpovídá za individuálně nastavenou rehabilitaci multiprofesní tým (Švestková, 2017). V zařízení sociálních služeb, jako jsou Domovy pro seniory, je tento tým složen z lékařských i nelékařských profesí, z nichž některé působí pouze externě. Z pohledu Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (v novelizovaném znění) nejsou ukotveny některé nelékařské profese. Problém nastává například u pozice speciálního pedagoga a ergoterapeuta, které tvoří významné články multidisciplinárního týmu v procesu rehabilitace osob po CMP, a to zejména v oblasti všedních denních aktivit (z anglického: „*Activity of Daily Living*“, dále jen ADL), jejich hodnocení a testování. K získání podkladů pro správné nastavení komplexní rehabilitační péče v oblasti ADL slouží celá řada standardizovaných či nestandardizovaných hodnocení, testů, postupů a zkoušek. Většina standardizovaných testů však není k dispozici v českém jazyce nebo není hrazena v zařízeních tohoto typu ze strany českých zdravotních pojišťoven. V domovech pro seniory se běžně pracuje s hodnocením dle testu Barthelové (Mahoney a Barthel, 1965) nebo s modifikovaným hodnocením ADL. Tyto testy mívají většinou formu strukturovaného dotazníku a výsledná hodnocení odrážejí stupeň

samostatnosti/nezávislosti nebo typ a míru poskytované asistence (Krivošíková, 2011). Předložená diplomová práce je v této souvislosti koncipována jako návrh pilotního projektu, zaměřený na analýzu a evaluaci procesů podpory u vybrané osoby seniorského věku po CMP v kontextu ADL v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. a má charakter systematické případové studie. Jejím hlavním cílem je konstrukce záznamového archu pro monitorování a hodnocení poskytované péče v rámci intervence klinického logopeda, ergoterapeuta a zrakového terapeuta a návrh postupu využitelného pro rozvoj soběstačnosti u vybraného uživatele po CMP vycházejícího z interdisciplinárního přístupu. Dále by práce měla také poukázat na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti.

I. TEORETICKÝ RÁMEC

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkové příhody jsou považovány za jedno z nejzávažnějších cévních onemocnění mozku zejména ve vyšším věku. Kalita (2006) uvádí, že u žen nad 45 let a obou pohlaví nad 60 let jsou hlavní příčinou snížení, omezení či ztráty funkčních schopností. Vzhledem k variabilitě následků představují závažný medicínský, ekonomický a sociální problém (Kolář, 2009; Lippertová-Grünerová, 2015). V poslední době, se snaha lékařů zaměřuje hlavně na předcházení CMP a na co největší využití nových poznatků a výsledků rozsáhlých celosvětových studií. Výhodou dnešní doby je možnost poměrně rychlé diagnostiky CMP a dostupnosti kvalitní péče, nejlépe v iktových jednotkách, což zvyšuje i úspěšnost následné nefarmakologické léčby. Tato kapitola má za cíl poskytnout ucelený vhled do této problematiky, představit možná rizika, diagnostická a léčebná východiska, následky a prognózu onemocnění. Pozornost je zde také věnována prevenci, kterou lze účinně předcházet, ale i významně snižovat v rámci dispenzarizace recidivu další ataky.

1.1 Uvedení do problematiky

V odborné literatuře shodně definují autoři cévní mozkovou příhodu (dále jen CMP) na základě kritérií Světové zdravotnické organizace (z anglického: „*World Health Organization*“, dále jen WHO) jako klinické známky náhle se rozvíjejícího fokálního nebo difúzního poškození mozku cévního (vaskulárního) původu s příznaky trvající déle než 24 hodin nebo v závažných případech vedoucí i ke smrti (Nevšimalová, 2002; Feigin, 2007; Kalvach, 2010; Ambler a Keller, 2011; Mikulík, 2012; Seidl, 2015). V popředí klinického obrazu se manifestují specifické neurologické symptomy odpovídající místu jejího vzniku. CMP představuje velmi závažné onemocnění, jehož dopady výrazně limitují funkční stav, soběstačnost a nezávislost zejména v oblasti ADL. Významnou roli hrají rizikové faktory, jejich ovlivnitelnost a prevence.

1.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory zapříčiňující CMP lze rozdělit z pohledu ovlivnitelnosti. Mezi neovlivnitelné zahrnuje Feigin (2007) genetické predispozice, pohlaví či věk. Lippertová-

Grünerová (2015) klade důraz na prevenci a omezení ovlivnitelných faktorů zejména: kouření, hormonální antikoncepce, konzumace alkoholu, obezity, neléčeného vysokého krevního tlaku, srdečního onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu), emoční stres, cukrovky (diabetes melitus), příliš vysoký obsah lipoproteinů v krvi a aterosklerózu. Kontrolou, regulací a eliminací ovlivnitelných rizikových faktorů můžeme zabránit až 85 % případů CMP (Feigi, 2007). V současné době je významným celosvětovým problémem stále se zvyšující incidence CMP zejména v mladších věkových kategoriích (Špinar a Vítovec, 2007). Prevence proto nabývá stále větší důležitosti.

1.2.1 Prevence

Prevence je významnou součástí boje proti vaskulárnímu poškození mozku (Herzig, 2014). Nezbytný je multidisciplinární přístup (spolupráce s obory preventivní medicíny a specialisty – kardiologem, interním lékařem, diabetologem, neurologem a dalšími odborníky), který v primární prevenci koordinuje praktický lékař a v sekundární prevenci neurolog (Alix, 2016). Primární prevence se v zásadě neodlišuje od opatření nutných k prevenci kardiovaskulárních onemocnění se zdůrazněním záchytu osob s fibrilací síní (arytmií), arteriální hypertenzí, diabetem, zvýšenou hladinou cholesterolu a onemocněním karotických artérií (Dow, Dow a Sutton, 2018). Úkolem praktického lékaře je tedy vedení ke zdravému životnímu stylu (dostatek pohybu, zdravá strava, nekouřit, udržovat váhu), zajištění diagnostiky a léčby cévních rizikových faktorů. Preventivní vyšetření poskytuje kromě praktického lékaře i většina nemocnic, která je nabízí jednou ročně zdarma v rámci Dne prevence cévní mozkové příhody. Den prevence CMP dokonce probíhá i na Hlavním nádraží v Praze. Zájemci mohou na toto vyšetření dojít bez objednání. V rámci vyšetření je zájemcům změřen krevní tlak a puls, vyšetří se hladina krevního cukru, změří se tuk a nutriční specialista se zájemci probere vhodný jídelníček. Přítomný doktor dle naměřených hodnot určí míru rizika vzniku CMP. Navíc v rámci tohoto Dne prevence je možné se seznámit s moderními trendy v léčbě a rehabilitaci po prodělání CMP. Sekundární prevence se zaměřuje na zabránění recidivy CMP prostřednictvím pravidelných kontrol v cerebrovaskulárních poradnách (Kalvach, 2010; Lippertová-Grünerová, 2015). Kromě pokračování v prevenci primární je také nutná včasná farmakoterapie ve formě léků na ředění krve tzn. antikoagulační léčba u osob s kardiogenním iktem (ischemická CMP). Součástí jsou také operační zákroky u osob se symptomatickým

zúžením (stenózou) karotidy (endarterektomie) či zavedení stentů do míst zúžených aterosklerotickým plátem (Herzig, 2014; Kaňovský a Bártková, 2019).

Pro ucelený pohled na problematiku CMP, bude v následujícím textu krátce nastíněna celosvětová situace týkající se výskytu, příčin a procentuálního funkčního dopadu onemocnění.

1.3 Epidemiologie onemocnění

V dnešní době je CMP označením pro urgentní stav, vyžadující přesnou a včasnou diagnostiku, terapii a odborně vedenou rehabilitační a ošetrovatelskou péči. Ve vyspělých státech představuje CMP společně se srdečním a nádorovým onemocněním jednu z nejčastějších příčin úmrtí (Špinar a Vítovec, 2007; Seidl, 2015; Dow, Dow a Sutton, 2018). Ročně ve světě umírá v důsledku tohoto onemocnění kolem 5 miliónů lidí (Waberžinek, Krajíčková a Daetwyler, 2006). V rámci České republiky se odhaduje přibližně 30–40 tisíc případů ročně, z čehož třetina osob zemře okamžitě a třetina zůstává s velmi těžkým snížením funkčních schopností (Kalita, 2006; Kalina, 2008). Tyto ukazatele představují dvojnásobnou úmrtnost ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy (Kalita, 2006). Navíc se zvyšuje i incidence v mladších věkových kategoriích. Průměrný věk se však pohybuje v rozpětí 62–76 let (Jedlička a Keller, 2005; Bártlová 2010; Bruthans 2010). Výzkumy ukazují, že 40 % osob zasažených CMP trpí středně těžkou funkční poruchou a 15–30 % vážnou disabilitou¹ (Hutyra, 2011; Herzig, 2014). Závažné jsou zejména její následky způsobující v různém rozsahu pracovní neschopnost a sociální izolaci dospělých osob (Langhorne, Bernhardt a Kwakkel, 2011; Lippertová-Grünerová, 2015).

Za nejčastěji se vyskytující příčiny onemocnění považuje řada autorů cévní změny v důsledku arteriální hypertenze a cévní onemocnění mozku (ateroskleróza mozkových tepen, mozkové nádory, malformace krevních cév...) (Kalita, 2006; Kalina, 2008; Hutyra, 2011; Herzig, 2014; Švestková, 2017).

1.4 Mechanismus vzniku a klasifikace CMP

CMP, jak již bylo zmíněno výše, představuje náhle se rozvíjející klinický obraz zasažení určitého okrsku mozkové tkáně vznikající v důsledku poruchy jejího prokrvení (Feigin,

¹ Disabilita je vymezena Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) jako: „zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní)“ (Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví, 2008).

2007). Podstatu děje tvoří nejčastěji dva mechanismy: nedokrvení (ischémie) a krvácení (hemoragie) (Kalvach, 2010). V prvním případě vzniká CMP na podkladě zúžení (stenózy) artérií, jejich uzavřením trombotickým plakem (krevní sraženinou) či vmetkem (embolem), popřípadě kombinací právě zmíněného. Trombotická ischemická CMP nastává spíše v klidové fázi dne, většinou ve spánku nebo po jídle. Dá se velmi dobře a včas zachytit. Je charakterizována pozvolným rozvojem se zachovaným vědomím (Kalita, 2006; Kalina, 2008). Naproti tomu, embolická CMP má náhlý nástup a dramatičtější průběh. Může se objevit jak v klidu, tak i při námaze a bývá provázena bolestí hlavy (Kalina, 2008; Hutýra, 2011;). V druhém, méně častém případě dochází k ruptuře krevní cévy a k následnému krvácení, které je označováno termínem intracerebrální krvácení (Kalina, 2008; Lippertová-Grünerová, 2015). Co se týče procentuálního zastoupení je za nejčastější příčinu CMP považována mozková ischemie (80-85 % případů), dále pak krvácení do mozku (10–15 %) a nejméně případů (přibližně 5 %) je přisuzováno krvácení v oblasti mozkových obalů (subarachnoideální krvácení). Jen velmi vzácně se objevují intrakraniální žilní trombózy (Podlaha, 2006; Kalita, 2006; Kalina, 2008; Spence, 2008; Ambler, Bednařík a Růžička, 2010; Herzig, 2014; Lippertová-Grünerová, 2015). V kontextu praktické části práce, bude v následujícím textu uvedeno několik základních informací o hemoragické cévní mozkové příhodě, její příčinách a možné klasifikaci.

1.4.1 Hemoragické cévní mozkové příhody

Jedná se o souhrnný název pro dvě skupiny mozkových příhod: intracerebrální krvácení do okolních struktur mozkové tkáně (parenchymu) a krvácení do subarachnoidálního prostoru (mezi mozkové obaly). V obou případech dochází k ruptuře (prasknutí) mozkové cévy a následnému krvácení (Kalina, 2008; Hutýra, 2011). Nejčastější příčinou je neléčený vysoký krevní tlak (hypertenze) (Kalita, 2006). Spence (2008) zařazuje mezi další spouštěče také nádory (tumory), cévní abnormality – výdutě nebo rozšíření cév (aneuryzmata a arteriovenózní malformace), léky na ředění krve, drogy a jiné příčiny. Ambler a Keller (2011) v této souvislosti rozlišuje krvácení menšího rozsahu, v jehož důsledku není daná osoba ohrožena na životě postupným prohlubováním stavu a krvácení většího rozsahu, které má expanzivní charakter. Krvácení většího rozsahu bývá provázeno zvracením a poruchou vědomí s následnou poměrně rychlou destrukcí mozkové tkáně. Může vést až ke smrti či způsobovat závažné zdravotní následky. Uvedená fakta ovlivňují z dlouhodobého hlediska

prognózu a vývoj onemocnění (Waberžinek, 2006; Kalvach, 2010; Ambler a Keller, 2011; Palmer, Palmer a Daetwyler, 2013). Subarachnoidální krvácení je charakterizováno náhle vzniklou (během několika vteřin), různě lokalizovanou a velmi silnou bolestí hlavy provázenou zvracením a krátkodobou poruchou vědomí (Kalvach, 2010). Kalina (2008) zmiňuje, že při větším krvácení může dojít k dezorientaci, zmatenosti či různým stupňům kvantitativních poruch vědomí (Kalina, 2008). Jedlička a Keller (2005) k tomuto dodává, že část osob může také vykazovat projevy psychomotorického neklidu, neochotu spolupracovat nebo agresivitu. V popředí klinického obrazu se během desítek minut nebo několika hodin často rozvíjí meningeální syndrom provázený nemožností opozice šíje (předklonu hlavy), což někdy bývá v praxi velmi obtížně rozlišitelné od blokády krční páteře (Kalina, 2008; Ambler a Keller, 2011).

V následující podkapitole bude pozornost věnována možné prvotní symptomatologii, kterou však nelze zcela jednoznačně vymezit vzhledem k nehomogenitě onemocnění. Symptomy jsou uvedeny na základě studia mechanismu vzniku a lokací CMP.

1.5 Symptomatologie cévní mozkové příhody

Vzhledem k tomu, že CMP nepředstavují homogenní skupinu onemocnění mozku, nelze ani jednotně charakterizovat jejich symptomatologii (Kalina, 2008; Kalvach, 2010). V zásadě se příznaky odvíjejí jak od lokace a rozsahu krvácení či ischémie, tak i od existence kolaterálního cévního zásobení a rychlosti vzniku (Nevšímalová, 2002; Kolář, 2009; Švestková, 2017). Klinický obraz je vždy kombinací změn strukturálních a útlumových (Ambler a Keller, 2011; Hutýra, 2011). V případě prvních příznaků se v popředí klinického obrazu může manifestovat porucha artikulace, obtížné porozumění jednoduchým větám, slabost, brnění či ochrnutí celé poloviny těla nebo jen jedné končetiny, poruchy citlivosti, deviace hlavy a očních bulbů, pokles ústního koutku, pohledová paréza, diplopie, rozmazané vidění, výpadky zorného pole. V některých případech dochází k úplné ztrátě vidění, která není provázena změnami na oku. Je způsobena poruchou v jiné oblasti zodpovědné za zrakové vnímání. K dalším prvotním příznakům patří také prudká bolest hlavy, závratě, zvracení, epileptické záškuby. Nastat může i pád a krátkodobá ztráta vědomí (Kalita, 2006; Kalvach, 2010; Ambler a Keller, 2011; Hutýra, 2011). V návaznosti na symptomatologii budou v následujícím textu představena diagnostická a léčebná východiska.

1.6 Diagnostické a léčebné postupy

Úspěšnost léčby závisí na diferenciální diagnostice typu CMP, která je postavena v akutní fázi zejména na těchto zobrazovacích metodách:

- počítačové tomografii (z anglického „*Computer tomography*“, dále jen CT),
- magnetické rezonanci (z anglického „*Magnetic resonance imaging*“, dále jen MR),
- jednofotonové emisní počítačové tomografii (z anglického „*Single-photon emission computerized tomography*“, dále jen SPECT),
- pozitronové emisní tomografii (z anglického „*Positron emission tomography*“, dále jen PET),
- digitální subtrakční angiografii (dále jen DSA) (Kalvach, 2010; Hutýra, 2011; Orel, Procházka a Daetwyler, 2017).

Kalvach (2010) dodává, že nejčastěji je uplatňováno v rámci diagnostického procesu akutní fáze vyšetření CT a MR. Mezi první klinická neurologická vyšetření patří odběr podrobné anamnézy, rychlé posouzení výsledků základních laboratorních vyšetření krve, monitoring krevního tlaku (dále jen TK) a saturace kyslíku (Kalina, 2008). Souběžně je také prováděn rentgen srdce a plic, elektrokardiografie (dále jen EKG), ultrazvukové vyšetření magistrálních mozkových cév (Hutýra, 2011). V případě, že je možnou příčinou CMP trombóza, musí být veškerá diagnostická vyšetření hotová do 60 minut od příjezdu do nemocnice, aby mohla být zahájena včasná nitrožilní (intravenózní) trombolytická terapie (Kalvach, 2010). Lippertová-Grünerová (2015) v této souvislosti popisuje tzv. „okno příležitostí“ neboli terapeutické okno (časový úsek čtyř až šesti hodin od vzniku příhody), během kterého je zvýšená šance na zmenšení či eliminaci důsledků CMP. V subakutní fázi je možné opět opakovat CT či MR. V případě negativního nálezu na CT a vysokému podezření na subarachnoidální hemoragii je možné v rámci diferenciální diagnostiky také provést vyšetření mozkomíšního moku lumbální punkcí (Kalvach, 2010). V průběhu hospitalizace může lékař indikovat ještě další doplňující a upřesňující vyšetření za účelem objasnění etiologie CMP. Jsou jimi především speciální laboratorní a genetická vyšetření krve včetně vyšetření trombofilních stavů, interní a kardiologická vyšetření, EEG (elektroencefalografie), EMG (elektromyografie), Holterovo monitorování EKG a TK, echokardiografie, vyšetření očního pozadí a další speciální cévní vyšetření, (Kalina, 2008; Kalvach, 2010; Hutýra, 2011).

Základní zobrazovací metodou je vyšetření CT. Jeho výhodou ve srovnání s MR je rychlost. Vyšetření trvá cca 10–15 min. Kompletní CT protokol zahrnuje:

- nativní CT zobrazení mozku (dále jen CTN),
- CT perfúzi (dále jen CTP),
- CT angiografii (dále jen CTA) (Kalvach, 2010).

Při použití CTN se diagnostika zaměřuje na zobrazení případné mozkové hemoragie či jiné etiologie a rozsahu trombózy. CTP je schopno popsat průtok krve mozkem v ml/min a průchodnost krevního řečiště po jednotlivých vrstvách mozku. CTA angiografie je využívá na diagnostiku intrakraniálních cévních abnormalit či nalezení místa uzávěru některé extra- či intrakraniální mozkové tepny (Kalina, 2008). Výsledky CTN jsou k dispozici ihned, analýza a zpracování CTA a CTP může probíhat i po hospitalizaci, kde jsou zatím prováděny další nezbytná vyšetření a úkony (Hutyra, 2011). K citlivějšímu zobrazení zejména ischemických změn je vhodná MR, která je však finančně nákladnější a zdlouhavější. Kalita (2006) zmiňuje, že u tohoto vyšetření je kontraindikována přítomnost kovů a elektronických zařízení v těle (velké kloubní náhrady nebo svorky po operacích, kardiostimulátor). V případě centrální zóny infarktu a jeho okolí je v akutní fázi vhodná metoda SPECT. Orel, Procházka a Daetwyler (2017) však dodává, že SPECT je málo senzitivní pro drobné léze v oblasti bazálních ganglií (tzn. lakunární infarkty). Oproti tomu PET metoda podává téměř přesné informace o průtoku krve mozkem a jeho funkci. V současné době je využívána pouze na specializovaných pracovištích (Orel, Procházka a Daetwyler, 2017). Poslední z výčtu výše zmiňovaných zobrazovacích technik je metoda DSA, která se v diagnostice CMP používá k lokalizaci místa stenózy či uzávěru cévy (Kalina, 2008).

Léčba člověka po prodělané akutní CMP je záležitostí multidisciplinární péče. Podílejí se na ní zejména lékaři z oboru neurologie, radiodiagnostiky, neurochirurgie, psychiatrie, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotnický personál, kliničtí logopedové a psychologové (Kalita, 2006; Hutyra, 2011; Dow, Dow a Sutton, 2018). Její úspěšnost je podmíněna včasností hospitalizace na některém ze specializovaných pracovišť (Kalvach, 2010). České zdravotnictví disponuje v současné době 45 takto vysoce specializovanými centry (32 je iktových a 13 je cerebrovaskulárních) zajišťující komplexní diagnostickou, léčebnou a časnou rehabilitační péči o osoby v akutní fázi CMP. Péče je zde realizována na iktových jednotkách. Což jsou specializované jednotky intenzivní péče (dále jen JIP), případně iktová lůžka v rámci

víceoborové JIP (Lippertová-Grünerová, 2015). Herzig (2014) uvádí, že hospitalizace na těchto odděleních výrazně snižuje úmrtnost oproti umístění na standardních lůžkách.

Včasně poskytnutí pomoci, rozpoznání příznaků a diagnostika typu CMP s následnou hospitalizací na specializovaném pracovišti výrazně přispívá ke snížení následků a zvyšuje šanci na plné uzdravení. V této souvislosti se další podkapitola bude věnovat možným důsledkům a prognóze vývoje CMP.

1.7 Následky po prodělané cévní mozkové příhodě

Následky CMP jsou velmi různorodé a vyžadují koordinovanou rehabilitační péči, neboť jednotlivé obtíže jsou spolu úzce spjaty (Lippertová-Grünerová, 2015; Švestková, 2017). Z praxe je známo, že některé symptomy lze diagnostikovat již na první pohled a jiné ne. Kolář (2009) uvádí, že se jedná zejména o viditelná tělesná omezení ve formě hemiparézy/hemiplegie, poruchy polykání a jazykového systému.

V následujícím textu jsou specifikovány neuropsychologické následky, uvedena a krátce popsána pouze některá hodnocení korespondující s praktickou částí práce provedená z pozice:

- ergoterapeuta (vyšetření senzorického neglect syndromu, standardizované hodnocení Bergrovi funkční škály rovnováhy, krátká škála mentálního stavu),
- zrakového terapeuta (hodnocení vnímání kontrastu tváře tzv. Hiding Heidi Low Contrast „Face“ Test),
- klinického logopeda (GUSS test).

1.7.1 Poruchy senzomotorických funkcí

Poruchy dílčích motorických (svalové síly, rozsahu pohybu, normalizace svalového tonu, rovnováhy následkem změněného chůzového stereotypu, chůze, jemné motoriky) a současně somatosenzorických funkcí (čítí) jsou způsobeny lézí pyramidové dráhy (tractus corticospinalis), která začíná v mozkové kůře a končí postupně v míšních segmentech (Orel a Facová, 2010; Kaňovský, 2019). Herzig (2014) uvádí, že v důsledku jejího přerušení dochází k proporcionálním poruchám těchto funkcí na kontralaterální polovině těla. Motorický deficit může být ve formě částečného (parézy) nebo úplného ochrnutí (plegie) (Ambler, 2008; Kalina, 2008; Kolář, 2009; Kalvach, 2010; Rokyta, Šteiner a Klimešová, 2015; Šteflová a Bártková, 2018). Poruchy somatosenzorického systému se objevují

ve většině případů jako poruchy hlubokého cití (polohocitu, pohybecitu a vibračního cití) a neschopnosti rozpoznat tvar, materiál či předmět hmatem (stereognózie). Nejčastěji takto popisovaným obrazem senzomotorických následků CMP je typ iktu vzniklý na podkladě ischemie, který nastává v karotickém povodí a manifestuje se kontralaterální poruchou hybnosti, převážně na horní končetině a v oblasti mimického svalstva, doprovázenou často kontralaterální poruchou cití a zorného pole (homonymní hemianopsií). Typický je zde spastický vzorec, který definují autoři, jako Wernickeovo-Mannovo držení viz obrázek č. 1 v příloze č. 1. (Kalina, 2008; Kolář, 2009; Kalvach, 2010). Kolář (2009, str. 61) vymezuje spasticitu jako: „*zvýšení tonického napínacího reflexu závislého na rychlosti pasivního pohybu se zvýšenými šlachovými reflexy, které vyplývají z hyperexcitability napínacího reflexu*“. Mezi hlavní její projevy uvádí Krivošíková (2011) zmenšení svalové síly, zvýšený svalový tonus a šlachové reflexy, svalové spazmy a klonus (rytmické záškuby svalu, které se projeví při jeho prudkém protažení). Šteřlová a Bártková (2018) upozorňuje na její vliv na celkovou mobilitu (aktivní i pasivní) a její negativní dopad do oblasti funkčních činností (ADL).

Somatosenzorická porucha může být dána i lézemi v oblasti talamu či poškozením korových center citlivosti v temenním laloku (Kolář, 2009). Následně se odlišují i projevy těchto poškození. V případě talamu dochází k výpadku všech kvalit cití na kontralaterální straně těla (Janíková, Šteiner a Klimešová, 2017). Nejvíce je tak postiženo hluboké cití, posléze cití povrchové, tedy kožní. Přítomna bývá i talamická bolest nereagující na léčbu. Nepříjemné senzitivní vjemy jsou spojeny s patologicky zvýšeným prahem bolesti (hyperpatii) (Orel a Facová, 2010; Rokyta, Šteiner a Klimešová, 2015).

Poruchy rovnováhy

Krivošíková (2011, s. 204) popisuje rovnováhu jako statický a dynamický proces, jehož cílem je: „*schopnost udržet vzpřímenou posturu proti dynamicky se měnícím vlivům gravitace na jednotlivé tělní segmenty*“. V důsledku hemoragické CMP se velmi často objevuje narušení interakce zrakového, vestibulárního a somatosenzorického (povrchové a hluboké cití) systému (Kolář, 2009). Objevuje se pocit nestability stoje, sedu a změna chůzového stereotypu. Dochází k rozšíření opěrné báze dolních končetin, snížení rychlosti, přesnosti pohybů a pohybové inkoordinaci (Švestková, 2017). Hlavní příčina spočívá v poškození mozečkových drah nebo samotného mozečku krvácením. Častým symptomem takto proběhlé CMP je centrální vestibulární syndrom. V jeho klinickém obraze dominuje pocit nejistoty,

nestability, silné závratě s nauzeou, zvracením a časté pády (Kalina, 2008). Odborná veřejnost uvádí v populaci dospělých existenci výzkumů týkajících se možných příčin pádů, rizikových faktorů a prevence. Některé se týkají procentuálního zastoupení rizika vzniku pádů po CMP. Bylo prokázáno, že u 70 % osob nastává největší riziko během prvních 6 měsíců po propuštění z nemocnice. V této době probíhá adaptace na prostředí osoby s využitím zbylých funkčních schopností (Edmans, 2010). Změna schopností vyvolává obavy z pádů, zvyšuje riziko jejich opakování, sociální izolace, ztráty nezávislosti a deprese (Edmans, 2010; Winstein, Stein a Arena, 2016). V případě poškození cévního zásobení některého z okrků mozkové kůry (kortexu) zodpovědného za vykonávání pohybu dochází ke vzniku hemiparézy či hemiplegie. Poruchy rovnováhy tak mohou nastat v důsledku změněného chůzového stereotypu, ve kterém chybí odval chodidla od podložky (Kolář, 2009; Edmans, 2010; Kalvach, 2010). Hodnocení rovnováhy je součástí hodnocení senzomotorických funkcí uskutečňovaného v rámci funkčního hodnocení. V praxi lze u osob seniorského věku po CMP využít standardizovaného hodnocení Bergrova funkční škálu rovnováhy obsahující statické i dynamické hodnocení rovnováhy (Berg, 1992). Švestková a Svěčená (2013) a Reif (2011) dodávají, že lze tuto funkční škálu aplikovat i pro hodnocení rizika pádu u pacientů po CMP. Zahrnuje 14 úkolů, které jsou hodnoceny pomocí stupnice 0–4 (0 je nejhorší, 4 je nejlepší). Maximálně možný počet dosažených bodů je 56. Provedení testu je poměrně časově náročné, neboť zohledňuje více faktorů jako je sed bez opory, transfery, zvedání předmětů ze země a podobně.

Ke kvantifikaci funkčních důsledků motorických a somatosenzorických poruch se využívá například hodnocení chůze a jemné motoriky (hodnocení úchopů a manipulace s předměty, hodnocení kvality jemné motoriky a výkonu), vyšetření rovnováhy, svalové síly, svalového tonu, kloubních rozsahů, hlubokého (polohocitu; pohybocitu; vibračního cití) a povrchového cití (diskriminačního cití – dvoubodové diskriminace na horní končetině, krku a celé orofaciální oblasti; taktilní lokalizace; grafestezie; stereognózie; termického cití, algického cití, taktilního cití) (Krivošíková, 2011). Klusoňová, Oster a Klimešová (2011) dodává, že v souvislosti s poruchou hlubokého cití je také možné vyšetřovat i tělesné schéma (jak člověk vnímá polohu, umístění a vztahy mezi jednotlivými částmi těla), neboť velmi často dochází k chybějícímu poznání vlastního onemocnění a vlastních deficitů (tzv. anozognozie).

1.7.2 Poruchy percepce a zpracování sensorických informací

Výše uvedené poruchy somatosenzorických funkcí mohou u CMP souviset s percepčními poruchami, kde častým důsledkem je opomíjení končetiny v prostoru a způsobem zpracování sensorických (konkrétně zrakových) informací (Kaňovský a Bártková, 2019). Poškozením zrakové dráhy nebo chybným zpracováním zrakových podnětů může docházet k specifickému výpadku v zorných polích nebo k poškození zrakových schopností na různé úrovni (Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler, 2008; Krivošíková, 2011; Kroupová, Šteiner a Klimešová, 2016; Janíková, Šteiner a Klimešová, 2017).

Neglect syndrom (syndrom opomíjení)

Objevuje se v důsledku léze kortikálních a subkortikálních struktur nedominantní hemisféry (většinou pravé). Dochází k poruše záměrné pozornosti, vnímání a uvědomování si podnětů z poloviny prostoru kontralaterálně k cerebrální lézi (Kalvach, 2010; Lukáš a Žák, 2014; Lippertová-Grünerová, 2015). Osoba podněty „*ignoruje*“, nereaguje na ně a nepřizpůsobuje jim své chování (Heilman, Valenstein a Watson, 2000; Kalvach, 2010; Madarász, Andrásfi a Šanta, 2018). Většinou dochází k opomíjení podnětů z levé poloviny prostoru. Jen velmi výjimečně byly popsány případy, kdy se neglect syndrom manifestoval v pravé polovině prostoru (Kaňovský a Bártková, 2019). Důležité je, aby podkladem popsaného chování nebylo elementární sensorické nebo motorické postižení. Neglect syndrom můžeme dělit na několik subtypů. Nejčastější dělení vymezuje sensorický a motorický neglect syndrom (Kalina, 2008). Sensorické opomíjení je typickou poruchou selektivního uvědomování si sensorických podnětů (zrakový, sluchový nebo taktilní sensorický neglect) (Růžička, 2019). Vyšetření probíhá pomocí střídavě poskytovaných podnětů z obou stran. Každou prezentaci vyšetřující verbálně zahájí dopředu určeným pokynem (např. „*ted*“) a vyšetřovaný musí správně odpovědět, co vidí. Cíleně jsou uváděna falešná hlášení vyšetřujícího bez jakékoliv prezentace podnětů. Pokud počet chyb narůstá na kontralaterální straně, svědčí výsledek pro sensorický neglect syndrom (Kalina, 2008; Lukáš a Žák, 2014). V rámci vyšetření by se měla provést diferenciální diagnostika, aby se vyloučilo, zda se nejedná o elementární smyslovou poruchu, která by se projevovala stejným způsobem. V případě vizuální stimulace lze k odlišení využít prosté stočení pohledu na stranu léze. V případě neglect syndromu popsaný postup vyšetřovaný zvládne bez obtíží, neboť opomíjení běžně postihuje spíše polovinu prostoru než polovinu zorného pole (Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler, 2008; Růžička, 2019).

Hemianopsie

Tato porucha vzniká v důsledku poškození zrakové dráhy. Janíková, Šteiner a Klimešová (2017) uvádí, že se jedná o specifický výpadek zorného pole ve vertikální ose, který postihuje buď pravou, nebo levou polovinu zorného pole. Růžička (2019) rozlišuje hemianopsii homonymní (s výpadkem v zorném poli na stejné straně obou očí) a heteronymní (s výpadkem na protilehlých stranách obou očí). Kalvach (2010) dodává, že u heteronymní hemianopsie lze ještě rozlišit situaci, kdy vypadnou obě vnitřní poloviny zorného pole (obě směrem ke kořeni nosu), nebo obě zevní poloviny (obě směrem k ušním boltcům).

Kortikální poškození zraku (Cortical Visual Impairment)

Centrální poruchy zraku souvisejí s neurologickým poškozením mozku, nikoli s postižením samotného zrakového orgánu. Narušeno je vedení a zpracování zrakové informace v mozku. Obecně řečeno je poškozená komunikace mezi okem a mozkiem. Lokace léze rozhoduje o tom, zda dojde k poškození zrakových schopností a konkrétně které jejich části. Kortikální poškození zraku (Cortical Vision Impairment, dále jen CVI) může být dočasné i trvalé, navíc jsou běžné výkyvy stavu. Rozsah se může pohybovat až k těžkému zrakovému postižení či celkové slepotě. Symptomatologie může být různá – jedinec např. sahá po určitém předmětu, nezaregistruje přítom jiný, výraznější podnět, nedokáže rozpoznat viděný objekt. Viděný obraz je popisován jako kaleidoskopický. Stupeň postižení závisí na věku, závažnosti poškození a lokalizaci v průběhu zrakové dráhy (Kroupová, Šteiner a Klimešová, 2016). Při studii dané problematiky bylo jisté, že v podmínkách České republiky neexistuje relevantní literatura na toto téma a stejně tak i pro CVI u dospělých osob, potažmo seniorů po CMP ani v rámci diferenciální diagnostiky.

V praktické části byl zrakovou terapeutkou využit k hodnocení zrakové funkce, tj. vnímání kontrastu tváře tzv. Hiding Heidi Low Contrast „Face“ Test (standardní testovací sada, volně dostupná na trhu, výrobce: GOOD-LITE®). Tento test zjišťuje, zda člověk dokáže vnímat nízký kontrast tváře při běžné komunikační vzdálenosti. Využívá karet, na nichž je výraz tváře zprostředkován slabými stíny a změnami obrysů očí a úst viz příloha č. 1 obrázek č. 2. S každou kartou se kontrast linek oproti běžnému pozadí snižuje. Test je možné použít u všech věkových kategorií. Je vhodné, aby testování probíhalo ve dne a při maximální bdělosti testovaného.

1.7.3 Poruchy vyšších mozkových funkcí

Poznávání (kognice) probíhající na úrovni vědomí, je podmíněno správnou funkcí senzomotorického systému a zahrnuje proces vnímání, organizace a začleňování (Kalvach, 2010). Výsledkem je zpracování informace mozkiem (Powell a Hosáková, 2010). Válková (2015) dodává, že díky tomuto ději jsme schopni učit se novému, naučené generalizovat a provádět cílenou činnost. Krivošíková (2011) popisuje v této souvislosti jednotlivá patra kognitivních funkcí, v jejichž středu se nacházejí vyšší kognitivní funkce. Vymezuje je jako: „*výsledek komplexních a dynamických interakcí mezi strukturami mozku, které tvoří funkční systém*“ (Krivošíková, 2011, s. 217). Válková (2015) pod tímto pojmem charakterizuje následující jednotlivé kategorie: myšlení a exekutivní funkce. Poukazuje také na jejich reciproční působení. Lečbych a Hosáková (2014) doplňuje navíc utváření konceptu a řešení problému. Klusoňová, Oster a Klimešová (2011) upozorňuje na jejich hierarchii a vzájemnou provázanost.

První patro je tvořeno základními kognitivními funkcemi (např. jazyk, paměť, pozornost, vnímání a orientace). Jejich neporušenost je podmínkou správného fungování středového patra – vyšších kognitivních funkcí, které poté ovlivňují poslední patro – metakognitivní schopnosti, na jejichž základě dochází k tzv. „*vnitřní řeči*“ uvědomování si vlastních myšlenkových pochodů a zároveň i kognitivních procesů (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Krivošíková, 2011). Poruchy kognitivních funkcí vzniklé v důsledku CMP způsobují člověku značné obtíže ve vykonávání všedních denních aktivit a omezují jeho participaci ve všech aspektech života. Mezi nejčastější uvádí Kalina (2008) poruchy vizuálně prostorové, fatických funkcí (exprese a percepce), koncentrace, krátkodobé a dlouhodobé paměti, pozornosti a apraxie.² Klusoňová, Oster a Klimešová (2011) a Krivošíková (2011) v jejich hodnocení zdůrazňují význam citlivosti neuropsychologických protokolů, které upřesňují či doplňují jiné testové metody a často odhalují i skryté poruchy. Jedná se zejména o přímé pozorování funkce – spojení hodnocení funkční činnosti s vyšetřením kognitivních funkcí. Cílem je hodnotit vliv neurobehaviorálních poruch na výkon ADL. Tato hodnocení mohou být standardizovaná (využívaná pouze v zahraničí k ergoterapeutickým účelům) a estandardizovaná. Švestková a Svěčená (2013) v rámci tvorby nestandardizovaných forem

² Kolář (2009) ji vymezuje jako poruchu již získaných a naučených pohybových dovedností vyznačující se ztrátou schopnosti vykonávat složitější a účelné pohyby jako například obléknout se, odemknout dveře, načesat se.... Vlastní hybnost končetiny přitom není porušena.

hodnocení doporučují zaznamenávat výsledky prostřednictvím dvou dichotomických stupnic: stupnice funkční nezávislosti a stupnice neurobehaviorální poruchy. Obě stupnice využívají pětibodové škály, z nichž první zmiňovaná měří výkon osoby v ADL a druhá hodnotí počet a druh kognitivních poruch, které zasahují do jeho funkčního výkonu. Krivošíková (2011) specifikuje hodnocení kognitivních funkcí v kontextu členění funkčního hodnocení. Uvádí jednotlivé typy hodnocení v rámci tradičních vyšetřovacích metod zaměřující se na následující oblasti: paměť (krátkodobou, verbální, zrakovou, zrakově-prostorovou, auditivní a prospektivní), pozornost, orientaci, praxi, organizaci a posloupnost úkolů, verbální fluenci, porozumění, jazyk, zrakově prostorové schopnosti, percepční schopnosti, zručnost, zrakově konstrukční zručnost, opakování slov, početní operace, povědomí o silných či slabých stránkách, řešení daného problému, posouzení bezpečnosti a motorickou perseveraci...). Švestková a Svěčená (2013) uvádějí vyšetření mentálního stavu, konkrétně krátkou škálu mentálního stavu (z anglického „*Mini Mental State Examination*“, dále jen MMSE). Toto vyšetření lze také využít u osob seniorského věku po CMP k sledování změn kognitivních funkcí v rámci probíhajících intervencí. Principem je kladení standardních otázek zaměřených na paměť, pozornost, orientaci, schopnost pojmenovat objekty a pochopit či provést psané i verbální příkazy. Maximálně dosažený bodový skóre je 30. Hraniční skóre je určováno na základě věku a dosaženého vzdělání. Norma pro osoby nad 75 let je hodnocena v pásmu 28–27 bodů. Za patologii je považován bodový rozsah 23–24 bodů. Pro osoby nad 80 let a osoby se základním vzděláním je patologická hodnota MMSE 22 bodů (Krivošíková, 2011; Příbyl, 2015; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). Klevetová (2017) dodává, že někteří autoři k záchytu mírné demence doporučují pro zvýšení citlivosti bodové hodnocení 24–25. Délka trvání jednoho hodnocení je vypočtena na cca 20 minut. Krivošíková (2011) toto vyšetření zařazuje do tradičních vyšetřovacích metod kognitivních funkcí, ale dodává, že subtesty těchto škál poskytují často falešně negativní výsledky, protože se většinou zaměřují pouze na verbální schopnosti.

1.7.4 Narušená komunikační schopnost

Poruchy vyšších mozkových funkcí se velmi často projevují u osob po cévní mozkové příhodě narušenou komunikační schopností (dále jen NKS) (Cséfalvay, Lechta a Klimešová, 2013). V kontextu praktické části práce se jedná konkrétně o afázii, která patří mezi získaný typ NKS a spadá do kategorie poruch individuálního jazykového systému. Narušení může být

úplné nebo částečné, přechodné či trvalé. NKS může být v klinickém obraze dominantní nebo symptomatická (Neubauer, 2018).

Aktuálně existuje několik klasifikací afázií (Bostonská, Olomoucká, Hrbkova, Lurijova...). Praktická část staví na Bostonské klasifikaci, která hodnotí především čtyři základní kritéria: porozumění řeči, plynulost projevu, pojmenování a opakování (Cséfalvay, Klimešová a Košťálová, 2003; Obereignerů, Šteiner a Klimešová, 2013; Vitásková, 2017; Neubauer, 2018). U osob seniorského věku v důsledku polymorbidity nebývají tyto znaky tak zcela jednoznačně rozpoznatelné (Schuler, Oster a Klimešová, 2010; Neubauer 2018). V rámci této klasifikace je pozornost věnována pouze Brocově motorické afázii a transkortikálně smíšené afázii. U prvního jmenovaného typu dominuje v popředí klinického obrazu nonfluentnost projevu, objevuje se různá míra obtíží v expresivní složce řeči, narušena je schopnost opakovat (Cséfalvay, Lechta a Klimešová, 2013). Verbální projev je bradylalický, obtížně utvářený, vyskytují se četné parafráze (opisování významu slova) a agramatismy (neschopnost správně tvořit slova). Dále bývá přítomna alexie, agrafie a velmi často je přítomna paréza až plegie horní nebo dolní končetiny. Prognóza se odvíjí od povahy, lokalizace a rozsahu poškození mozkové tkáně. Nejdéle přetrvává pomalé tempo řeči a mnestické obtíže. Brocova afázie často přechází do transkortikálního typu afázie, kondukční nebo anomické afázie (Neubauer, 1997; Kejklíčková, Oster a Klimešová, 2011). Transkortikální smíšená afázie je jeden ze zřídka se vyskytujících typů. Klinický obraz je přirovnáván ke globální afázii s výjimkou schopnosti reprodukovat slova a vysoce automatizované složky řeči (Cséfalvay, Klimešová a Košťálová, 2003). Transkortikální smíšená afázie je také nazývána syndromem izolace řečových zón (Cséfalvay, Lechta a Klimešová, 2007). V řeči se často objevují perserverace, výrazný echolalický ráz. Celkový projev je nonfluentní. Lidem se velmi zřídka podaří nalézt adekvátní slovo, spíše užívají některé stereotypy. Současně se objevuje i porucha porozumění. Prognóza se rovněž odvíjí od rozsahu poškození mozku, motivace, vůli, ochotě člověka samotného i jeho blízkých aktivně na terapeutickém působení participovat (Cséfalvay, Lechta a Klimešová, 2007; Kejklíčková, 2011).

Logopedická intervence, by se měla zahájit co nejdříve po zabezpečení základních životních funkcí. Ideální je, pokud postižená osoba aktivně spolupracuje. Rozsah a intenzita poskytované péče klinickým logopedem je individuální a cílem je maximálně možná podpora a budování optimální formy komunikace (Obereignerů, Šteiner a Klimešová, 2013).

1.7.5 Poruchy polykání

Porucha polykání (dysfagie) se často vyskytuje u osob seniorského věku a u osob s neurologickým onemocněním. Dysfagie se projevuje jako následek poruchy koordinace svalstva orgánů podílejících se na procesu polykání. Součástí je oslabení, zpoždění, případně vymizení polykacího, dávivého a kašlacího reflexu. Cílem terapie dysfagie je prevence aspirace (zejména tzv. tiché aspirace) a obnovení standartního příjmu potravin a tekutin (eliminace rizika dehydratace a malnutrice) (Lukáš, 2010; Lasotová a Solná, 2014).

Klinicky se rozlišují 2 typy dysfagie: orofaryngeální a esofageální. V odborné literatuře se setkáváme i s rozlišením na dysfagie horního typu – orofaryngeální dysfagie a dysfagie dolního typu – esofageální dysfagie. Terapie dysfagie horního typu spadá do kompetence klinického logopeda (Prosiegel a Weber, 2013).

Projevy dysfagie lze zaznamenat během několika hodin po vzniku CMP. U většiny pacientů dochází ke spontánní úpravě polykání do 2–3 týdnů. Pokud dysfagie přetrvává, je nezbytně nutné zahájit intervenci. Přetrvávání poruchy polykání s sebou nese negativní nutriční i psychické vlivy (Mandysová, 2014).

Hodnocení dysfagie

V ČR neexistuje jednotný postup screeningu dysfagie u osob po akutní cévní mozkové příhodě (Lasotová a Solná, 2014). V roce 2014 byl utvořen návrh jednotného postupu (inspirovaný zahraniční literaturou) v péči o osoby s dysfagií na iktových jednotkách v ČR, kde je první screenig dysfagie plně v kompetenci všeobecné sestry a je o něm veden záznam v dokumentaci (Solná, 2014). V rámci rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) – konkrétně v pobytových sociálních službách – není provádění screeningu běžné (není hrazen ze zdravotního pojištění a není jasné, kdo je kompetentní screening provádět). V praktické části práce byl proveden test *GUSS (The Gugging Swallowing Screen)*. Jedná se o objektivní screeningový nástroj, který je určený pro osoby po CMP v akutní fázi u lůžka. Test provedl externí klinický logoped a cílem bylo zhodnocení polykání. Trapl (2007) zmiňuje, že nástroj má 100% specifitu a 50 – 69% senzitivitu. Týž autor také uvádí jeho dělení na dvě části:

- předtestové vyšetření (nepřímý test polykání): hodnotí se bdělost, kašel a polykání slin,
- přímé testování: hodnotí se polykání tekutiny, polykání zahuštěné tekutiny a pevné stravy – u polykání se dále hodnotí kašel, slintání, změna hlasu.

Každá položka je bodována. Po sečtení bodů dochází k vyhodnocení. Tento screening je rychlý a dostatečně spolehlivý.

1.7.6 Psychologické důsledky po proděláním CMP

Osoby po prodělané CMP velmi těžko ovládají své vlastní emoce. Dle názorů odborné veřejnosti dochází u těchto osob k absenci citové reakce nebo naopak k přecitlivělosti a nečekaným emočním výbuchům, které mohou vyústit až v pláč, křik, smích či vulgarismy (Kalita, 2006; Feigin, 2007; Edmans, 2010; Kalvach, 2010). Hodnocení emoční regulace tvoří nedílnou součást hodnocení psychosociálních funkcí prováděného v rámci funkčního hodnocení (Kalita, 2006; Krivošíková, 2011; Palmer, Palmer a Daetwyler, 2011). Krivošíková (2011) popisuje jejich zařazení do dvou kategorií: dovednosti výkonu činnosti a vzorce chování. Do první kategorie zařazuje již zmiňovanou schopnost člověka regulovat emoce (jejich délku trvání, kontrolu, projevy...) a v druhé kategorii jsou obsaženy vzorce chování (návyky, role, zvyky). Edmans (2010) uvádí ještě další možné psychické komplikace jako deprese, úzkost či panický stav, které však nejsou předmětem funkčního hodnocení, lze je však hodnotit v rámci jiných oborů. Švestková a Svěčená (2013) v této souvislosti dodává, že u osob seniorského věku po CMP lze využít Geriatrickou škálu deprese, ale pouze v přímém vztahu k výkonu činnosti.

V této části podkapitoly je shrnuto v kontextu praktické části spektrum následků provázejících toto onemocnění a limitující ADL. Zároveň také tento souhrn koresponduje s již výše zmiňovanou skutečností nehomogenního obrazu CMP. V souvislosti s uvedenými fakty nelze zcela jednoznačně predikovat prognózu tohoto onemocnění. Následující text zohledňuje možné faktory ovlivňující vývoji onemocnění.

1.7.7 Prognóza onemocnění

Prognóza CMP je ve většině případů nejasná. Odvíjí se zejména od věku, typu, rozsahu, lokace, včasnosti poskytnuté péče a přidružených onemocnění (Kalvach, 2010). Jiný náhled poskytuje Lippertová-Grünerová (2015), která zmiňuje následující faktory určující prognózu onemocnění: následky, úmrtnost, doba přežití a frekvence. Madarász, András a Šanta (2018) v kontextu uvádí výsledky starších studií, kde byla úmrtnost osob po prodělané CMP do jednoho roku 30 % a dalších 40 % osob bylo shledáno závislými na péči druhé osoby v důsledku svého funkčního limitu v oblasti ADL. Růžička (2019) dodává, že v současné

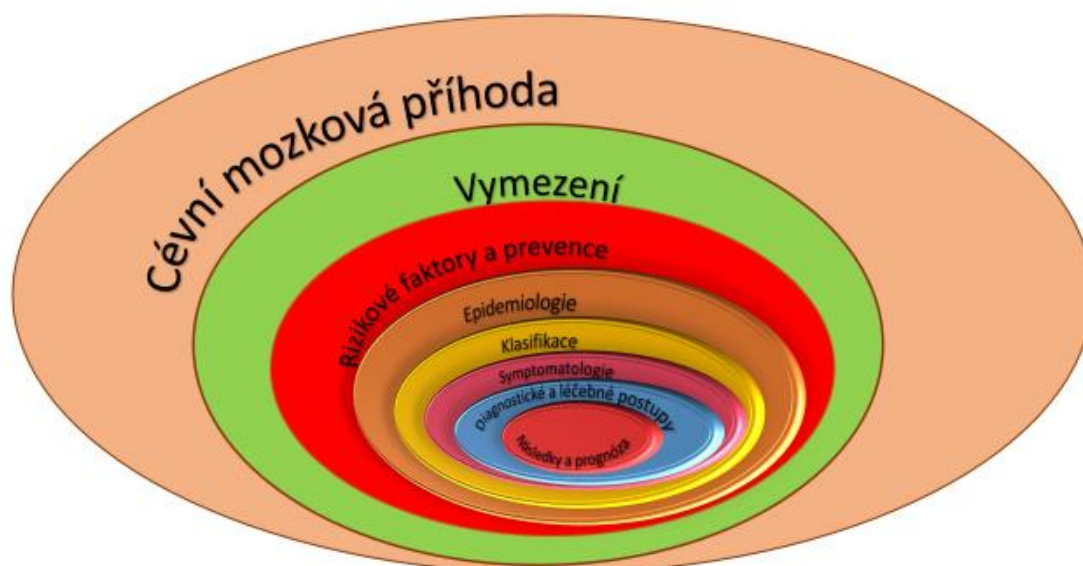
době umírá na následky tohoto onemocnění cca 25 % osob. Na druhé straně Alix (2016) popisuje, že u 70 % osob se stav po ischemické CMP buď úplně, nebo výrazně upravil a jsou schopny fungovat bez přímé závislosti na péči okolí. Děje se tak na základě pokroku v oblasti léčby, diagnostiky, stále se zlepšující péče a prevence (Seidl, 2015). Příznivý vývoj lze očekávat, pokud se do jednoho měsíce od prodělání CMP dostaví známky postupného zlepšování a úpravy stavu (Hutyra, 2011). Naopak negativní prognózu lze predikovat v případě, že porucha vědomí trvá delší dobu nebo se v prvních hodinách po CMP objeví výrazná fatická porucha, neglect syndrom, senzitivní porucha, výrazná deprese, hemiplegie nebo těžká hemiparéza, inkontinence moči i stolice trvající déle než dva týdny (Kalvach, 2010; Lippertová-Grünerová, 2015). Špatný vývoj stavu lze také předpokládat i u osob ve vyšším věku, které trpí již před vznikem onemocnění syndromem demence, silnou depresí či srdečním onemocněním nebo se jedná o opakující se ataku (Kalvach, 2010; Tyrliková, 2012). Švestková a Svěčená (2013) shledává horší prognózu také u osob bez podpory rodinných příslušníků a se špatným socio-ekonomickým zázemím. Kaňovský a Bártková (2019) konstatuje, že v každém případě platí, že čím dříve je osoba s CMP ošetřena, tím větší naděje je na úpravu stavu. V tomto ohledu lze považovat za výstižné tvrzení *“The Time is Brain“* = čas je mozek (Kalina, 2008).

Tato kapitola shrnula základní informace o cévní mozkové příhodě. Blíže specifikovala její vymezení, upozornila na rizikové faktory a důležitost prevence, které nabývá stále většího významu ve smyslu zdravého životního stylu a včasné detekce srdečních onemocnění. Uvedena zde byla také epidemiologie, etiologie, klasifikace a symptomatologie onemocnění. Nemalá pozornost se také soustředila na diagnostická a léčebná východiska. Navazující podkapitola, věnující se následkům CMP, byla vzhledem k širokému spektru důsledků CMP koncipována pouze pro účely praktické části této práce. Zabíhá do problematiky neuropsychologických poruch (senzomotorických funkcí, percepce a zpracování sensorických informací, vyšších kognitivních funkcí, jazykového systému, polykání a psychických poruch) a jejich hodnocení. Její součástí je i prognóza onemocnění, která není, jak bylo uvedeno, jistá. Posuzována je celá řada faktorů jako například:

- včasnost, dostupnost a kvalita péče,
- lokace, rozsah a mechanismus vzniku cévního poškození,
- věk,
- přidružená onemocnění,

- podpora rodinných příslušníků a socio-ekonomické zázemí.

V souhrnu by tedy kapitola měla poskytnout ucelený blok informací o cévní mozkové příhodě (Obrázek 1).



Obrázek 1: Shrnuje graficky kapitolu 1

2 REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Vzhledem k širokému spektru symptomů a velké variabilitě tohoto onemocnění, nelze zcela jednoduše definovat zcela konkrétní rehabilitační postup. Rehabilitace se odvíjí od určitých faktorů – provedené diagnostiky, celkového stavu daného jedince, jeho motivační úrovně a možností interdisciplinární péče (Štefllová a Bártková, 2018). V této kapitole bude představen nejprve rehabilitační proces v obecné rovině. Důraz bude kladen na složky léčebné rehabilitace především ergoterapii, její oblast výkonu zaměstnávání – všední denní aktivity a jejich možná hodnocení. V závěru budou charakterizovány konkrétní rehabilitační metody, postupy, přístupy, formy a terapie po CMP v kontextu následků CMP uvedených v případové studii v praktické části práce.

2.1 Rehabilitační proces

V úvodu této podkapitoly je žádoucí objasnit termín rehabilitace. Vytejková (2011) vysvětluje, že pojem rehabilitace pochází z latinského výrazu *habitalis*, který je překládán jako *schopný*, předpona *re* znamená *obnovu*. Rehabilitace je procesem, který cílí na obnovu stávajících funkcí se záměrem zvýšit možnosti začlenění jedince do společenského života a tím i zvýšit kvalitu jeho života (Švestková, 2017).

V případě CMP, ale i jiných závažnějších chorob či úrazů, které mají za následek výraznější omezení funkčního stavu jedince, je nezbytné zahájit co nejdříve komplexní a koordinovanou rehabilitaci. Rehabilitační péče by měla primárně probíhat ve zdravotnických zařízeních. Před zahájením rehabilitačního procesu dochází ke zhodnocení poruchy či možných omezení jedince, míry jeho aktivity a faktorů prostředí s cílem snížení případné restriktce v dílčích oblastech života na minimum (Švestková a Svěčená, 2013; Štefllová a Bártková, 2018). Z tohoto důvodu je také nutné zahrnout do rehabilitačního procesu odborníky z širokého spektra oborů (ergoterapeuty, speciální pedagogy, fyzioterapeuty, psychology, sociální pracovníky...), jejichž začlenění do rehabilitačního týmu vychází obecně ze zaměření rehabilitace (léčebná, pedagogická, sociální, pracovní). Využívány jsou všechny reálně dostupné prostředky rehabilitace. Vycházeno je z rehabilitačního plánu, v němž je zapotřebí věnovat dostatečnou pozornost návaznosti jednotlivých úkonů. Důraz je kladen na dobrou součinnost všech klíčových aktérů rehabilitace, včetně orgánů státní samosprávy a místní samosprávy, které se na rehabilitaci podílejí (srov. Kalvach, 2011; Pokorná, 2013; Švestková

a Svěcená, 2013; Klevetová, 2017). V současnosti je v rámci rehabilitace také patrné přesunutí odpovědnosti i na člověka samotného a jeho sociální okolí (Trojan, 2005; Krivošíková, 2011). Kromě změny přístupu k rehabilitaci se lze setkat v jejích jednotlivých složkách i s rozšiřováním okruhu pomoci ze strany relevantních odborníků (Kolář, 2009). V tomto ohledu stojí za pozornost názor Valenty (2013) na roli speciálních pedagogů v rámci rehabilitace. Dle autora dnes již nepostačí zaměření pouze na edukaci klientely. Akcent je kladen na terapii v širším slova smyslu, v níž je tato edukace jen jednou, byť velmi významnou součástí. Speciální pedagog může nabízet různé formy terapie (dramaterapie, biblioterapie...). Působnost speciálního pedagoga, ale i většiny dalších odborníků, je pak nejen terapeutická, ale též preventivní, kdy se jedná zejména o prevenci sociálních a psychických obtíží jedince.

Úspěšnost rehabilitace se neodvíjí pouze od působnosti odborníků, ale také od aktivity jedince samotného, který do procesu rehabilitace vstupuje a jeho blízkých. Pozitivní efekt závisí na jejich motivaci a podpoře. Dle WHO (2004) je zapotřebí také zohlednit specifika nemocného neboť u osob seniorského věku probíhá často rehabilitace pomaleji.

2.2 Specifika rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Jak již bylo výše v textu zmíněno, komplexní rehabilitační péče by měla být zahájena co nejdříve, dle stavu dané osoby. WHO (2004) uvádí ideálně v průběhu prvních 7 dní po CMP. Dále by měla být zajištěna její kontinuita a dostatečná délka (WHO, 2004; Krivošíková, 2011; Lippertová-Grünerová, 2015). Po detailním zhodnocení stavu je sestaven rehabilitační plán, jehož hlavním cílem je dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti v prostředí, v němž se daná osoba běžně pohybuje. Rehabilitace by tudíž měla zohledňovat všechny dílčí aspekty denního života, zejména aktivní pohyb. Jednotlivé aktivity lze v rámci rehabilitace rozfázovat na jednotlivé pohybové složky. Každá složka se provádí jako jeden cvik, přičemž později je procvičována činnost jako celek (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Rehabilitace po CMP závisí na lokaci ischemie nebo krvácení a na rozsahu postižení. Nejčastěji bývá důsledkem CMP hemiparéza na kontralaterální straně těla, přičemž více bývají postiženy horní končetiny než dolní. V akutní fázi CMP se může postižení ještě zhoršit nebo naopak stabilizovat. V průběhu prvních 3 dnů, často i déle, je paréza chabá, užíván je termín pseudochabá. Přibližně kolem 4. dne se mohou objevit známky zvýšeného napětí, a to ve svalech, které provádějí na horních končetinách ohyb (flexi), na dolních končetinách

natažení (extenzi). Během několika dalších dní nebo i týdnů se rozvíjí zvýšené napětí svalů (spasticita), se zvýšením napínacích (myotatických reflexů) na straně parézy či se vznikem rytmických, opakujících se kontrakcí a relaxací určitého svalu, vyvolávající záškuby (klony). Dochází ale také k návratu volní hybnosti, zde je však značná interindividuální variabilita. Velký vliv na tento průběh má právě léčebná rehabilitace (Trojan, 2005; Šteflová a Bártková, 2018; Brauner a Bartošovič, 2019).

2.3 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace se zpočátku soustředí zejména na dýchání, terapeutické polohování, pohyb v lůžku v horizontále, posléze je důraz kladen na pohyb ve vertikále – včasnou vertikalizaci jedince (zprvu se jedná o sed, později stoj a chůzi) a jeho mobilizaci, s nácvikem transferu. Následují první cvičení funkční obnovy nervové kontroly svalu (reinervace) nejprve prostřednictvím pasivních pohybů a senzomotorické stimulace, poté je přistupováno k pohybům asistovaným a aktivním. V časně fázi léčebně rehabilitačního procesu je žádoucí interdisciplinární péče ve formě propojení se speciální pedagogikou. Speciální pedagog – somatoped či klinický logoped se ve spolupráci s ergoterapeutem a fyzioterapeutem soustředí na senzibilitu, vnímání hranic vlastního těla či narušenou komunikační schopnost. Jádro práce však následně spočívá v nácviku ADL. Součástí rehabilitace po CMP bývá také kognitivní trénink, míčková facilitace, v pozdější fázi terapie pomocí zrcadla a protitoková terapie (Klusoňová, Oster a Klimešová, 2011; Švestková, 2017; Šteflová a Bártková, 2018; Zrubáková a Bartošovič, 2019). Pokud nenastane zlepšení stavu jedince během prvních třech týdnů po proběhlé CMP, prognóza bohužel nebývá dobrá. Existuje však řada případů, kdy se zlepšení dostavilo i po několika měsících, aniž by bylo lékaři očekáváno. Z tohoto důvodu je tedy prioritní pro návrat do běžného života, aby rehabilitační proces probíhal kontinuálně, jedinec dobře spolupracoval a dosaženými výsledky byl výrazně motivován ke změně. Nicméně je také prokázáno, že největších pokroků je dosahováno v prvních týdnech rehabilitace, již po jednom měsíci je progres výrazně nižší. Od celkového stavu nemocného se aké odvíjí forma rehabilitace a mezioborová spolupráce. V závažnějších případech na počátku probíhá rehabilitace zejména institucionální formou, později již mimo zdravotnické zařízení, respektive v domácím prostředí jedince. Přibližně třetina osob po CPM se zotaví plně. Je však předpokládáno, že při vhodně koncipované léčbě a včasné a efektivní

rehabilitaci by toto číslo mohlo být mnohem vyšší (Feigin, 2007; Klusoňová a Pitnerová, 2014; Šteflová a Bártková, 2018).

2.3.1 Fyzioterapie a ergoterapie

V důsledku zasažení jemné a hrubé motoriky má v rámci léčebné rehabilitace významné postavení zejména fyzioterapie a ergoterapie. Krivošíková (2011) charakterizuje rozdílnost těchto a vzájemnou součinnost těchto složek. Fyzioterapie je pojímána jako pohybová léčba a léčba fyzikálními prostředky (elektroléčba, vodoléčba, masáže apod.). Ergoterapií se rozumí pohybová a psychologická léčba prostřednictvím smysluplné činnosti (cvičení, všední denní aktivity, edukace a dílčí terapeutické činnosti), která navazuje na fyzioterapii a vhodně ji doplňuje. Využívá obnovených a zlepšených funkcí nebo možností kompenzace k dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti v pracovním i osobním životě daného člověka. V kontextu praktické části bude v následujícím textu věnována pozornost pouze ergoterapii, která je v současné době vnímána jako poměrně rovnocenný partner fyzioterapie a má přesah do pracovní či sociální rehabilitace (Krivošíková, 2011; Klusoňová a Pitnerová, 2014; Müller a Bareš, 2014; Zrubáková a Bartošovič, 2019).

2.4 Ergoterapie

Souhrnný přehled činností ergoterapeuta³ s odbornou způsobilostí definuje Zákon o nelékařských povoláních č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který byl novelizován Zákonem 201/2017 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Poslední úprava textu nabývá účinnost od 1. 9. 2017. Na základě praktických zkušeností je z pohledu speciální pedagogiky v zařízení sociálních služeb přínosná zejména spolupráce s ergoterapeuty v otázkách poradenských služeb (instruktáž v otázkách: soběstačnosti, samostatnosti, prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních seniorů, kompenzačních pomůcek a zacházení s nimi, interdisciplinární péče a spolupráce s rodinnými příslušníky), v oblasti analýzy a hodnocení ADL, senzomotorických funkcí, orientačního vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze ADL a jeho nácviku.

³ Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vymezuje Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, § 6 ergoterapeut.

Intervenční strategie zaměřené na nácvik ADL v ergoterapii, jejichž prvky může využít i speciální pedagog – somatoped, lze v obecnější rovině rozdělit do tří kategorií (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009):

- edukace/nácvik,
- kompenzace/adaptace,
- obnova/navrácení původních schopností.

V praktické části práce je v rámci nácviku soběstačnosti v oblasti ADL nahlíženo na intervenční strategie komplexně ze všech tří uvedených pozic. Vedení k soběstačnosti a nezávislosti tvoří základní pilíř ergoterapie (Krivošíková, 2011). Holmerová, Hartlová a Zikmundová (2014, s. 78) vymezuje soběstačnost jako: „*schopnost žít normálně v běžném prostředí a vyrovnat se s jeho nástrahami vlastními silami bez pomoci druhých*“. Pokorná (2013) v této souvislosti dodává, že soběstačnost se odvíjí od zvládnutí ADL. V následujícím textu bude úžeji specifikováno ADL a jeho hodnocení.

2.5 Aktivity denního života a jejich hodnocení

Müller (2014) uvádí, že ADL je chápáno jako průsečík ergoterapie a speciální pedagogiky. Ergoterapeuti pod tímto pojmem rozumí soubor pravidelně či každodenně pravidelně prováděných aktivit, které jsou pro člověka běžné (Krivošíková, 2011). Krivošíková (2011) popisuje dělení těchto aktivit na personální (bazální, základní) běžné denní činnosti (z anglického: „*Personal Activities of Daily Living*“, dále jen PADL) a instrumentální (komunitní, domácí) aktivity denního života (z anglického: „*Instrumental Activities of Daily Living*“, dále jen IADL) označované také jako aktivity širší soběstačnosti.

PADL jsou definovány jako osobní až intimní činnosti, realizované především v domácím prostředí jako je například oblékání, užívání toalety, koupání, sprchování, intimní a osobní hygiena či péče o osobní pomůcky (Švestková a Svěcená, 2013). Ergoterapeut by měl u každé osoby zhodnotit míru poskytované asistence v průběhu těchto aktivit, jejich samotné provedení, stanovit náhradní kompenzační mechanismy a navrhnout vhodné kompenzační pomůcky (Kondziolková, 2014; Müller, 2014). Role speciálního pedagoga je zde podílet se na realizaci a hodnocení všech zmíněných aktivit (Müller (2014). Vlastní praxe ergoterapeuta se zaměřuje hlavně na sběr pokladů k analýze hodnocení ADL, jeho nácvik nebo poradenské aktivity související s kompenzačními pomůckami.

IADL obnáší behaviorální a sociální aktivity běžného života související s vedením domácnosti jako jsou například nakupování, vaření, provádění domácích prací, hospodaření s financemi, telefonování, užívání hromadné dopravy, jízda autem, péče o vlastní zdraví či obsluha PC (Krivošíková, 2011).

Aby mohla být zvolena vhodná forma a postup rehabilitace, je třeba nejprve provést důslednou diagnostiku, která se soustředí hlavně na postižení možných limitací zejména v oblasti soběstačnosti. Využívány jsou různé diagnostické nástroje, které mapují obě složky ADL. V následujícím textu budou zmíněna kritéria výběru a princip hodnocení. Úžeji bude v kontextu praktické části také specifikován Index Barthelové.

2.5.1 Kritéria výběru hodnocení

V souvislosti s uvedenými informacemi upozorňuje Kuckir (2016) na níže uvedená fakta, která by měla být zohledněna při výběru vhodného hodnocení ADL:

- konkrétní cílová skupina,
- klinická využitelnost zvoleného hodnocení (délka administrace, náročnost provedení, bodový skór, obsah a cíl hodnocení, způsob získávání údajů, aplikovatelnost ve stávajících podmínkách...),
- psychometrické parametry (standardizace, reliabilita, validita, citlivost, bodová škála hodnocení),
- přínos pro klinické rozhodování.

2.5.2 Princip hodnocení ADL

Základní myšlenka spočívá v systematickém přímém (pozorování, rozhovor s danou osobou) i nepřímém (zprostředkovaném) získávání dat (Schuler a Oster, 2010). Většina těchto hodnocení vzniká na specializovaných pracovištích ve spolupráci s ergoterapeuty, fyzioterapeuty, zdravotnickými pracovníky, speciálními pedagogy, sociálními pracovníky a má formu strukturovaného dotazníku (Kuckir, 2016). U osob seniorského věku je posouzení ADL součástí komplexního geriatrického hodnocení (z anglického: „*Comprehensive Geriatric Assessment*“, dále jen CGA) (Příbyl, 2015). CGA kromě hodnocení zdravotního stavu pracuje i s psychosociálními problémy a celkovými funkčními schopnostmi. Uvedené pojetí umožňuje vnímat osobu seniorského věku jako biopsychosociální jednotku (Topinková, 2005). Výsledky hodnocení ADL poté určují stupeň závislosti, rozsah (minimální, střední,

maximální) a typ (slovní vedení, fyzická asistence, dohled) poskytované asistence (Krivošíková, 2011). Zikl (2014) také zmiňuje, že v závěru hodnocení ADL by měla být zhodnocena míra rizika a bezpečnost daných aktivit a případné použití kompenzačních pomůcek. V kontextu praktické části práce (cílové skupiny) je níže v textu uveden nejznámější standardizovaný diagnostický nástroj hodnocení personálních ADL často užívaný v českých sociálních službách tzv. Barthel Index.

2.5.3 Index Barthelové

Základní test posuzuje formou záznamu na podkladě hodnocení PADL aktuální funkční omezení ve 3 stupních (viz příloha č. 2, tabulka č. 1) v poměrně krátkém časovém úseku. Podstatný je výkon za posledních 24 až 48 hodin a v některých případech je relevantní i delší období (Lippert-Grüner, 2005). Je znám svou nenáročností při použití v klinické praxi (Krivošíková, 2011). Poskytuje poměrně citlivé hodnocení, které je součástí zdravotní dokumentace a je standardně hrazeno všemi zdravotními pojišťovnami České republiky (Krivošíková, 2011; Zikl, 2014; Gaeloto, 2019). Je prováděno při vstupu, průběhu a eventuálně ukončení intervence. Hlavním cílem je stanovit stupeň nezávislosti na jakékoliv pomoci (fyzické nebo slovním vedení), v jakémkoliv rozsahu a nezávisle na důvodu poskytnutí. Výkon posuzované osoby by měl být stanoven pomocí relevantních dostupných informačních zdrojů (pomocí dotazování se nemocného, zdravotnického personálu, přátel nebo příbuzných, ale také i pomocí přímého pozorování a zdravého rozumového úsudku). Bodový zisk mohou ovlivnit aktuální podmínky okolního prostředí. Například pokud vchod není dostatečně široký pro snadný přístup mechanického nebo elektrického vozíku může být skóre nižší. Přímé testování však není potřeba a použití pomůcek neznamena omezení nezávislosti (srov. Kolář, 2009; Klusoňová, 2011; Krivošíková, 2011; Maršálek, 2014; Zikl, 2014). V průběhu času prošel BI test několika úpravami. Úprava z roku 1989 (viz příloha č. 2, tabulka č. 2) obsahuje odlišnější interpretaci a využívá pětibodové škály k hodnocení schopnosti provádět danou aktivitu v kontextu osobní asistence (schopen, neschopen, velká dopomoc, střední dopomoc, malá dopomoc). Uvádí také počet jejích hodin (Maršálek, 2014; Krivošíková, 2011). V praxi je velmi často doplňován například funkční mírou nezávislosti (z anglického: „*Functional Independence Measure*“, dále jen FIM), který není hrazen ze strany pojišťoven. Jeho pořízení a využívání je závislé na zakoupení licence FIM (Krivošíková, 2011). Oba testy mají výbornou validitu, reliabilitu a uspokojivou senzitivitu

(Švestková, 2013; Krivošíková, 2011). Pro využití v neurorehabilitaci mají však své limity. Téměř nereflktují kognitivních a psychické aspekty, které jsou u osob s neurologickým onemocněním často zásadní (srov. Kolář 2009; Vaňásková, 2004). BI tyto aspekty v minimální míře zohledňuje ve své rozšířené verzi (z anglického: „*Extended Barthel Index*“, dále jen EBI) prostřednictvím dalších 6 položek (příloha č. 2, tabulka č. 3). FIM obsahuje 5 kognitivních položek, které však poskytují jen hrubé hodnocení kognitivních a psychosociálních funkcí (Vaňásková, 2004; Krivošíková, 2011). Neobsahuje klíčové oblasti jako čtení, psaní, emoce, vztahy nebo volnočasové aktivity (Kristníková, 2011). Informace pro provedení hodnocení je možné rovněž získat z rozhovoru s danou osobou, dále z dokumentace a pozorování. Délka administrace je ve srovnání s BI delší cca o 30 minut a bodování o 10 minut. Na jeho hodnocení se podílí členové interprofesního týmu: ergoterapeut, klinický logoped, klinický psycholog, fyzioterapeut a lékař (Klusoňová, 2011; Krivošíková, 2011). I přes tyto nedostatky BI i FIM široce korelují s potřebami péče v časných fázích rehabilitace nejen v zařízení sociálních služeb. Pro potřeby a zaměření práce bylo využito pouze testu BI jeho základní i rozšířené verze, které byly doplněny o přílohu, ve které jsou rozšířeny a upraveny některé položky nebo přidány na základě studia předchozích verzí a interdisciplinární spolupráce se speciálními pedagogy.

2.6 Rehabilitační metody, postupy, přístupy, formy a terapie po CMP

Lippertová – Grünerová (2015) v návaznosti na předchozí zmiňované informace uvádí, že diagnostiku funkčního omezení na podkladě ADL lze provádět již v rámci dílčích rehabilitačních metod a postupů, což se týká např. metody manželů Bobathových. Tato metoda byla původně navržena pro děti po dětské mozkové obrně, ovšem rozšířila se i na dospělé po CMP. Metoda je založena na vyšetření člověka v základních polohách a zjišťovány jsou patologické polohové reflexy a pohybové vzorce (Herzig, 2014).

Kolář (2009) po prodělání CMP klade velký význam na neurorehabilitaci cílenou na stimulaci centrálního nervového systému. Prováděn může být i trénink senzitivity. U osob s hemiplegií bývá užívána pohybová rehabilitace podle Brunströmové, která pracuje s tzv. přidruženým pohybem. Pohyb je vykonáván zdravou částí a stimuluje postiženou část, ve které se může objevit pohyb nebo napětí příslušných svalů. Důležitou roli má klinická logopedie. Kliničtí logopedové ve spolupráci s fyzioterapeuty, popřípadě ergoterapeuty provádějí orofaciální stimulaci. U paréz dolních končetin bývá využívána senzomotorická

stimulace, kdy jsou využívány různé balanční pomůcky. Užívána je také fyzikální terapie, např. s využitím tepla (srov. Kolář, 2009; Lippertová - Grünerová, 2009; Cséfalvay, Košťálová a Klimešová, 2003; Trachtová, 2018).

Rehabilitační a kompenzační pomůcky užívá i zrakový terapeut, který realizuje soubor cvičení a metod podpory pro zlepšení stávajícího zraku. Jedná se o dlouhodobý proces, ovšem velmi důležitý, neboť umožňuje udržet a rozvinout zrakový potenciál, což je důležité jak pro orientaci jedince v prostředí, tak i pro jeho celkovou autonomii a soběstačnost (Kroupová, 2016). Zrakový terapeut provádí funkční vyšetření zrakového vnímání. Diagnostikuje zrakové funkce a na základě zjištěného navrhuje intervenci a možnou spolupráci s ostatními odborníky, která má vést ke zvýšení funkčního zrakového potenciálu. Navrhuje také vhodné rehabilitační pomůcky, provádí edukaci a nácvik zrakových schopností (Beneš, 2019; Růžičková, 2015).

Každá z forem terapie má své specifické zaměření a vhodně doplňuje ostatní. Rehabilitace po CMP by měla být co nejvíce komplexní. Kolář (2009) v tomto ohledu zdůrazňuje význam již zmiňované léčebné rehabilitace a jejích dvou hlavních složek fyzioterapie a ergoterapie. Cílem první uvedené složky je reciproční zesílení nervové aktivity (facilitace) inhibovaných neuronů a tlumení spasticity. K nejvýznamnějším zde využívaným terapeutickým metodám a konceptům u osob s hemiparézou/hemiplegií patří propioceptivní neuromuskulární facilitace, Vojtova metoda a koncept manželů Bobathových. Odlišné postupy jsou voleny v akutním stádiu, tj. v prvních dvou týdnech po CMP, jiné v subakutním stadiu (v horizontu jednoho týdne až dvou měsíců od proběhlé CMP) a v chronickém stádiu (stav, kdy se hybnost již nezlepšuje a zafixovány jsou již špatné posturální stereotypy) (srov. Kolář, 2009; Švestková, 2017; Šteflová, 2018; Brauner, 2019). V případě druhé složky se jedná o smysluplné zaměstnávání a zachování běžných denních, pracovních, ale i zájmových aktivit. Pozornost je cílena zejména na zlepšení hybnosti ruky. Prováděn je nácvik jak statického, tak i dynamického úchopu, bimanuálních a pracovních činností, ADL s kompenzačními pomůckami i bez, s asistencí či vedením. Pokud funkční stav zasažené horní končetiny uvedené možnosti neumožňuje, je přístupováno k nácviku funkční jednorukosti. Společně s ergoterapeutem a speciálním pedagogem – somatopedem se učí zacházet s různými kompenzačními pomůckami, jakými jsou např. vycházková hůl, chodítka, mechanický vozík na ovládání zdravou horní končetinou, vozík elektrický, jehož ovládání je umístěno na zdravé straně těla. Indikace tohoto typu vozíku však podléhá velmi přísným

schvalovacím kritériím ze strany zdravotních pojišťoven. Mnohdy je také zapotřebí vybavit domácnost kompenzačními pomůckami nebo provést různé větší úpravy, např. pro zajištění bezbariérovosti (Pavlů, 2003; Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009; Kolář, 2009; Kristníková, 2011; Krivošíková, 2011).

Co se týče průběhu rehabilitace a využívání jejích forem u seniorů po CMP, začátky probíhají již na neurologickém nebo interním oddělení dle výše zmíněných metod a postupů. Problematický je ale následně nedostatek volných lůžek na rehabilitačních lůžkových odděleních. Mnohdy dochází k přemístění na lůžko následné péče bez potřebné rehabilitace. V lepším případě do rehabilitační ústavu nebo léčebny, v nichž je uplatňován princip komplexní rehabilitace. Kromě fyzioterapeutů a ergoterapeutů zde poskytují v součinnosti s ostatními odborníky svou péči také kliničtí logopedové a psychologové (Lippertová – Grünerová, 2015; Švestková, 2017).

Následujícím text je zaměřen v kontextu praktické části diplomové práce na popis postupů, metod, principů a konceptů uplatňovaných v zařízení Domov Hrubá Voda v rámci komplexní rehabilitační péče o osoby seniorského věku po CMP.

2.6.1 Kinestetická mobilizace

Rehabilitace se soustředí u osob seniorského věku po CMP především na obnovu nebo kompenzaci pohybových schopností. U plně či částečně imobilizovaných seniorů je nezbytnou součástí komplexní péče polohování, které představuje významnou prevenci proleženin (dekubitů), krevních sraženin (trombů), zápalu plic (pneumonie), bolestí ramen a svalových kontraktur v oblasti malých i velkých kloubů (Kolář, 2009; Macháčová, 2019). Ke změnám polohy by mělo docházet v intervalu 2 až 3 hodin. Zasažené končetiny musí být jednou až dvakrát denně stimulovány a facilitovány. Není-li hybnost zcela omezena, začíná se s posazováním na lůžku, později se vstáváním z lůžka a pohybem po okolí v rámci nácviku PADL. Posloupnost je daná: začíná se pohybem na lůžku, pokračuje sezením na lůžku, sezením na lůžku se spuštěnými dolními končetinami z lůžka, stáním u lůžka, pohybem k židli, sezením na židli a poté dochází i k chůzi po rovném povrchu. Jsou-li aktivity dobře snášeny po dobu jedné minuty, lze se posunout na další úroveň. U osob seniorského věku je snižená schopnost tolerance gradace zátěže (Pavlů, 2003; Feigin, 2007; Lippertová – Grünerová, 2015).

Nedělková a Halmo (2008) konstatují, že velký význam v těchto případech má kinestetická mobilizace, jejíž součástí je i výše zmíněné polohování. Slovo „*kinesis*“ označuje pohyb a „*aisthesis*“ vjem. Halmo (2002) uvádí, že prostředky a způsoby běžně užívané za účelem změny polohy seniora (tahání, zvedání, sunutí) nestimulují jedince k aktivnímu pohybu, což je naopak záměrem kinestetické mobilizace, která významným způsobem předchází projevům imobilizačního syndromu. Filatová (2014) charakterizuje tento koncept jako komunikačně pohybový, jehož základem je aktivní a vyvážený tělesný pohyb, umožňující bezbolestnou a bezpečnou mobilizaci seniora v lůžku i mimo něj. Dle Bauder Mißbach (2010) je prioritou porozumění dění v pohybovém procesu. Kinestetická mobilizace poskytuje speciálnímu pedagogovi (nejen somatopedovi) možnost speciálněpedagogické intervence v oblasti pohybové a kognitivní terapie podporující nácvik ADL a směřující k prevenci imobilizačního syndromu (Nedělková a Halmo, 2008; Švestková, 2017).

Samotné realizaci kinestetické mobilizace předchází pohybová diagnostika, kdy je sestaven plán pro mobilizaci, užívána je i fotodokumentace. Tento pohybový a komunikační koncept nemá přesně stanovený postup, důležitá je i kreativita odborníka, který ovšem musí dobře znát problematiku vedení pohybu, specifika polohování seniorů po CMP a podobně. Využívány jsou pohybové rezervy či zdroje samotného seniora. Tento koncept vede k jeho aktivizaci a optimalizaci pohybových strategií. Prováděna je preventivní a rehabilitační podpora pohybu, nácvik a zdokonalení pohybové interakce. Metoda byla vytvořena v 80. letech minulého století v Německu americkými profesionály Frankem Hatchemem a Lenny Maiettou z USA, kteří začali nabízet kinestetické kurzy pro tanečnický a děti s jejich rodiči. Do oblasti rehabilitační a ošetrovatelské péče ji posunula po delší spolupráci s autory Heidy Bauder Missbach, která v roce 1998 založila pohybovou školu Viv – Arte, zaměřenou na podporu pohybu osob s disabilitou (Nedělková a Halmo, 2008; Maieta, Resch-Kröll, 2009; Filatová, 2014).

Princip realizace

Pozornost je věnována specifickému, individuálně prováděnému pohybu (transferu) pečujícího se seniorem v lůžku i mimo něj, který je základním stavebním kamenem k následnému vybudování plánu s vhodnou pohybovou strategií a s optimálním využitím jeho zdrojů a ochranou zdraví (zad apod.) pečujícího (Nedělková a Halmo, 2008; Mißbach, 2010). Bauder Missbach, (2010) vychází z aspektu kybernetiky a jejího pohledu na člověka jako na sebe-kontrolující systém se zpětnou vazbou. Prostřednictvím smyslových systémů

(sluchu, zraku, chuti, hmatu...) získáváme nezbytné informace o svém okolí, o sobě samém a o dopadu svého jednání. Dochází k propojení vnitřního světa s vnějším.

Opatřilová a Zámečnicková (2008) dodává, že u seniorů se změnou kvalitativní složkou vědomí je výměna informací dotykem často jedinou možností, jak podpořit jejich mobilitu a tělesné schéma v rámci nácviku soběstačnosti. Benešová (2014) v tomto ohledu upozorňuje na stále aktuálnější problém v zařízení sociálních služeb, v našem případě v domovech pro seniory a tím je ztráta soběstačnosti, pocit obtěžování okolí, pasivita, prohloubení celkového strádání a sociální izolace. Nedělková a Halmo (2008); Veteška (2017) uvádí, že čím dál více odborníků se ztotožňuje s názorem, že vhodně zvolená a jednotně využívaná koncepce manipulačních dovedností pečujících vedoucích k podpoře žádoucí obnovy pohybových schopností seniorů s omezením hybnosti a program aktivizace, edukace a animace jsou jedním z hlavních cílů komplexní rehabilitační péče, která mnohdy v zařízeních tohoto typu chybí. Udržení funkčního stavu hraje velkou roli také v prevenci vzniku nežádoucích sekundárních změn v oblasti pohybového aparátu, kůže a dalších tělesných systémů. Zásadní je zde také sociálně edukační poradenství a edukačně cílená sociální pomoc.

Výukový koncept kinestetické mobilizace zahrnuje 4 moduly. Praktická část se zaměřuje na první z nich a to preventivní mobilizaci, uplatnění jejích principů s následným ovlivněním ADL, zejména PADL viz obrázkový materiál č. 3, 4, 5, 6, 7 v příloze č. 2.

2.6.2 Bobath koncept

Autory tohoto konceptu jsou Berta a Karel Bobathovi, kteří zdůrazňovali myšlenku, že lidské tělo funguje jako celek (Bobath, 1980). Kolář (2009) tento koncept zařazuje mezi neurovývojové terapie, které jsou aplikovány v léčbě mnohých neurologickým onemocnění jak v dětství, tak i v dospělosti zejména v problematice stavů po CMP. Lippertová – Grünerová (2015) klade důraz na jeho kontinuální využití během 24 hodin denně a provázanost se všemi členy multidisciplinárního týmu, včetně rodinných příslušníků. Chmelová (2011) proto v této souvislosti upozorňuje na neustálý vývoj tohoto konceptu. Jeho zdokonalení se věnovala např. P. Davies, jejíž přínos tkví především v detailním propracování některých pohybů (ruky, školy chůze, abnormálních pohybových vzorů) či návodů, které se týkají prevence a ovlivnění sekundárních komplikací a změn. S realizací je možné započít ihned, jakmile je to jen možné (Bobath, 1980; Krivošíková, 2011; Klusoňová a Pitnerová,

2014). Pavlů (2003) zmiňuje, že Davies považuje za prioritní zaměřit se především na oblast trupu, i když původně stála v popředí konceptu rehabilitace končetin.

Princip realizace

Pozornost je věnována tlumení abnormálního svalového tonu, podpoře fyziologického držení těla, znovuoobnovení běžného pohybu a koordinovaných pohybových vzorů pomocí polohování a specifického cvičení, které osobám po CMP napomáhá opětovnému a plnohodnotnému zapojení se do běžných denních aktivit (Krivošíková, 2011). Chmelová (2011) a Kolář (2009) uvádí, že prostřednictvím těchto cviků dochází k potlačení chybné pohybové reakce vzniklé při poškození centrální nervové soustavy (CNS) a k navození nové, kvalitnější pohybové strategie zaměřené na podporu stabilnější chůze, pevnějšího úchopu a ostatních každodenně vykonávaných pohybů, nad kterými se úplně zdravý člověk nezamýšlí a provádí je automaticky. Pavlů (2003) dodává, že díky tomuto cvičení dochází k postupnému zlepšení ovládnutí trupu a jeho stability, což je podmínkou jisté chůze, vedení končetiny v prostoru, úchopů, vertikalizace z lůžka a tak dále. Začít je možné ihned po odeznění akutní fáze CMP. Klíčová je zde volní kontrola pohybů a mírně stabilní stoj bez pomoci druhé osoby.

Praktická část předložené diplomové práce se na základě pravidelných návštěv a konzultací zaměřuje na níže zmíněné cviky, jejichž realizaci a výsledky se promítly také do oblasti PADL jako možná doporučení pro praxi.

- *Cvik v pozici tzv. mostku* – umožňuje plné zapojení a zpevnění horního trupu.
- *Cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran* – zlepšuje koordinaci horních končetin a horní části trupu.
- *Cvik přenášení váhy v daných polohách* – napomáhá zlepšit koordinaci, rytmizaci chůze a vnímání plného zatížení opěrné dolní končetiny. Procítění opory vede k uvědomění a cílené kontrole chůze. V daných polohách dochází ke změnám opěrné báze a přenášení těžiště.
- *Cvik chůze s přenosem váhy na zdravou stranu* – cílem je znovunabytí jistoty, zlepšení koordinace, rytmizace chůze, což vede k posílení motivační složky k dalšímu cvičení.

2.6.3 Mirror terapie

U osob nacházejících se již v chronickém stádiu po prodělané CMP nebo jich prodělali několik za sebou v různém časovém odstupu lze zvolit tento druh terapie, nazývaný také v překladu jako zrcadlová terapie (Lippertová – Grünerová, 2015). Vyvinul ji americký profesor

V. S. Ramachandram a v České republice je relativně novou metodou (Šteflová, 2018). Původně byla tato terapie určena k léčbě fantomových bolestí po amputaci končetin (Jančíková, Konečný a Horák, 2018).

Princip realizace

Její základní mechanismus spočívá ve využívání zpětné vazby při prováděném pohybu zdravou horní končetinou, kterou poskytuje zrcadlo. Zrcadlo odráží pohyb zdravé končetiny, postiženou končetinu naopak zakrývá. Sledováním pohybu končetiny v zrcadle, jsou aktivovány poškozené části mozku, které dávají pocit známosti pohybu, jež následně může být realizován končetinou postiženou (Šteflová, 2018).

2.6.4 Logopedická intervence

Narušená komunikační schopnost ve smyslu afázie patří mezi časté symptomy objevující se po CMP (Brauner, 2019; Šteflová, 2018). Afázie je přítomna přibližně u 30 až 40 % osob po CMP (Konečný, 2017; Cséfalvay, Košťálová a Klimešová, 2002).

Kejklíčková (2011) popisuje tři oblasti logopedické intervence:

- restituci,
- kompenzaci,
- adaptaci.

Pod pojmem restituce se rozumí úplná nebo částečná obnova narušené funkce v důsledku proběhlé CMP. Cílem je zachovat schopnost komunikace. Funkční kompenzace je chápána jako náhrada neobnovitelné části komunikačních schopností, a to jiným způsobem (jedná se např. o modifikované způsoby dorozumívání, slovo je nahrazeno např. opisem). Funkční adaptace znamená přizpůsobení sociálního prostředí jedince jeho potřebám a omezením (dochází k instruování blízkých, jak s ním mají komunikovat) (Neubauer, 2018).

Princip realizace

Pro potřeby předložené diplomové práce v rámci resortu MPSV poskytuje logopedickou intervenci v zařízení Domov Hrubá Voda klinický logoped, který provádí individuální terapii

osobám po CMP (nejčastěji ve spolupráci s neurologem). Na základě komplexního vyšetření je stanovena logopedická diagnóza a posléze je navržen terapeutický plán (ve spolupráci s dalšími odborníky – foniatr, praktický lékař, ergoterapeut, speciální pedagog – andragog, zrakový terapeut). V rámci afázie jde zejména o stimulaci vyšších kognitivních funkcí jako je paměť, pozornost, lexie, grafie, kalkule, seriality, intermodality, všech složek motoriky, auditivní a vizuální percepce, exekutivních funkcí, o podporu sociálních dovedností případně nácvik AAK (Kejklíčková, 2011; Cséfalvay, 2013; Vitásková a Mlčáková, 2014). Součástí terapie afázie (i jako prevence aspirace) jsou oromotorická cvičení. Konečný (2017) zdůrazňuje multidisciplinární přístup a ve spolupráci s ostatními autory vyvinuli vlastní orofaciální terapii. Tvoří ji tři základní fáze: ošetření myofasciálních struktur obličeje (*fascie* je obal orgánů, tedy např. i svalů, *myo* znamená sval), dolní čelisti, jazyky, měkkých struktur krční páteře. V druhém kroku je prováděna cílená dechová rehabilitace, důraz je kladen na brániční dýchání a prodloužení výdechu. V třetí fázi je prováděna reflexní facilitace orofaciálních funkcí. Nejprve je prováděno modelování, kdy dochází k uvolnění tváře a ústního dna. Teprve poté je přecházeno ke konkrétním cvikům, které jsou voleny dle záměru ovlivnění určité funkce. Užívá se dotyk, tlak, hlazení, tah, vibrace. K často voleným orofaciálním terapiím patří dle autorů terapie dle Castilla Moralese, myofunkční terapie dle Anny Kittel či orofaciální rehabilitace podle D. C. Gangaleové nebo Terapie orální pozice dle Sara Rosenfeld-Johnson.

2.6.5 Preterapie

„*Preterapie*“ je specifickou metodou nalézající stále větší uplatnění i u seniorů po CMP. Autor konceptu, Garry Prouty, ji charakterizuje jako prostředek k navázání kontaktu s osobami, jež jsou v důsledku psychického onemocnění, dlouhotrvající hospitalizace či mentálního postižení uvězněni sami v sobě a jejichž způsob komunikace je zvláštní a nesrozumitelný (Prouty, Werde a Pörtner, 2005). Dle Proutyho nemají tyto osoby dostatečný či reálný kontakt s vnějším světem a cílem tedy je vybudování pomyslného mostu do jejich světa pomocí kontaktních reflexí (situační, tělové, obličejové, slovní, zopakované), které umožňují ukotvení v realitě, uvedení do vztahu s vlastní osobou a s ostatními (Prouty, Werde a Pörtner, 2005; Pörtner, 2009).

Princip realizace

Podstatu tvoří postoj zaměřený na osobu, empatické vnímání terapeuta, jeho trpělivost, naslouchání a dobré pozorovací schopnosti. Princip je reprodukce slov a pocitů klienta terapeutem či reflektování jeho tělesného pohybu. Tímto dochází k prohlubování vztahu mezi oběma aktéry komunikace. Klient zároveň v kontextu situace vnímá zájem terapeuta, prohlubuje se jeho zájem o vlastní osobu, dostává se do většího sepejetí s realitou a sebou samým. Postupně se zlepšuje jeho komunikace, posiluje se motivační složka a funkční kapacita klienta ve všech oblastech ADL (Pörtner, 2009). V praktické části této práce jsme tuto metodu užívali jako podpůrnou navazující na logopedickou intervenci.

2.6.6 Alternativní a augmentativní komunikace

V nejtěžších případech je nutno užít alternativní a augmentativní komunikaci, a to po určité době nebo trvale. Tyto systémy komunikace nahrazují či doplňují mluvenou řeč. V zásadě jsou dle Bendové (2011) užívány dva typy systémů: statický a dynamický. Ke statickým patří např. užívání různých předmětů, fotografií, obrázků, piktogramů, jedná se též o Braillovo písmo či systém VOKS. K systémům dynamickým patří např. znakový jazyk, znak do řeči nebo Makaton.

Makaton

Šáchová (In Kraus, 2004) uvádí, že se jedná se o komunikační systém, který užívá znaky gesta doplněná mluvenou řečí a symboly. Zapojena je i hrubá motorika. Systém byl vytvořen původně pro osoby s mentálním postižením a narušením sluchu. V anglické verzi má více než 450 slov, nicméně systém byl přenesen do více než 40 zemí, česká verze disponuje přibližně 350 slovy. Ta jsou uspořádána do 8 stupňů, devátý tvoří přídatný slovník. Postupně narůstá s dalšími stupni abstrakce slov. Ferris – Taylor (2007) dodává, že systém je možné modifikovat dle specifik jedince. Přídatný slovník obsahuje další, větší množství slov, které jsou rozčleněny do různých oblastí – např. emoce a vztahy, sexualita.

VOKS (Výměnný komunikační systém)

Bendová (2011) zmiňuje, že tento systém vychází z amerického systému PECS (The Picture Exchange Communication System). Housarová (2011) dodává, že úpravu pro české poměry provedla M. Knapcová. Systém tvoří též několik lekcí. Postupně je člověk schopen pomocí obrázků tvořit celé věty. VOKS byl původně vytvořen pro děti s poruchami autistického

spektra a hlavním principem je výměna obrázků (jejich donesení druhé komunikující osobě) za určitý předmět – v první lekci u dětí např. za čokoládu. První lekce je tak motivační (Knapcová, 2018). Bendová (2011) doplňuje, že tímto způsobem dochází k rozvoji funkční komunikace, slovní zásoby, ale i soběstačnosti a samostatnosti jedince.

Funkcionální komunikace

Cséfalvai (2007) uvádí, že ji lze aplikovat jako vhodný doplněk. V praxi existuje Dotazník funkcionální komunikace, který slouží k mapování pragmatické jazykové roviny pouze u dospělých osob. Posuzují se čtyři oblasti: bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní, orientace a čísla v životě. Získané informace umožní kvantifikaci, která je srozumitelná nejen pro osobu s afázií, ale i jeho rodinné příslušníky.

2.6.7 Intervence zrakového terapeuta

V kontextu praktické části práce je také důležité představit intervenci a profesi zrakového terapeuta. Moravcová (2004, s. 14) udává, že „*termín zraková terapie je ekvivalentem termínu „Low vision therapy“, se kterým se setkáme u autorů, publikujících nejen v angličtině. „Low vision therapy“ představuje soubor cvičení, speciálních metod a podpory využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro zlepšení využití stávajícího zrakového potenciálu*“. Zrakový terapeut zde působí jako profesionál, který propojuje úkoly speciálního pedagoga s úkoly oftalmologa (Růžičková, Kramosilová in Růžičková, Kroupová a Kramosilová, 2016). V případě tohoto povolání se nejedná ani o ortoptistu a ani optometristu, ale o člověka, jehož hlavní náplň práce spočívá v diagnostice, funkčním vyšetření zraku, návrhu kompenzace, pedagogickém vedení i psychologické podpoře osoby se zrakovým postižením. Z praxe je nám známo, že zrakoví terapeuti v České republice působí jak v rámci oftalmologických ordinací, tak také v tyfloservisech či ve střediscích rané péče. Z pozice nezdravotnického personálu ve zdravotnictví poté mohou sami na sebe (samozřejmě po uplynutí pětileté lhůty) kódovat úkony pro zdravotní pojišťovny.

V rámci práce s jedincem po CMP poté zrakový terapeut může působit jak na poli diagnostickém, tak především reedukačním a kompenzačním. Může kontrolovat stávající funkční stav jedince, ale také s jedincem pracovat tak, aby došlo ke zlepšení jeho stávajícího zrakového potenciálu, či k využití daného potenciálu do maxima.

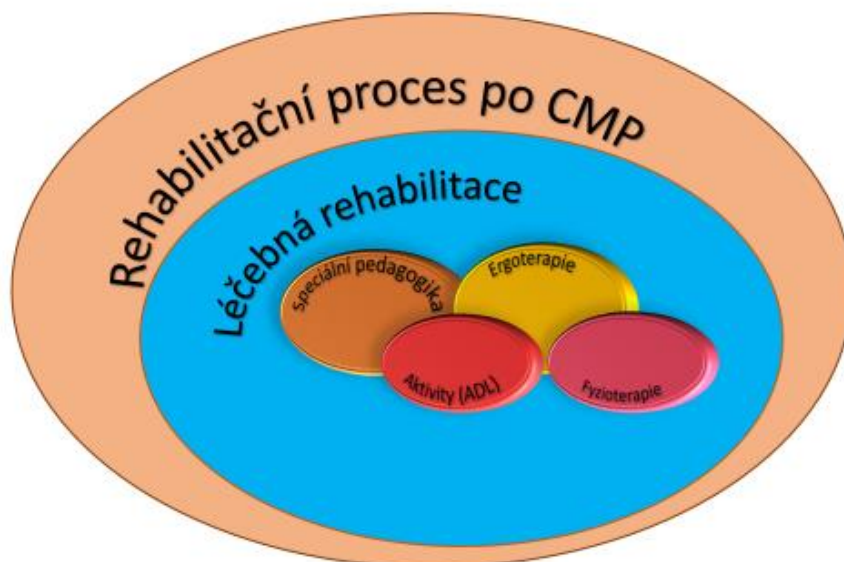
2.6.8 Nácvik PADL

Speciální pedagogové (somatopedického zaměření) či ergoterapeuté se při hodnocení a intervenci seniorů po CMP orientují na jejich funkční schopnosti zvládat běžné denní činnosti, neboť jsou významným ukazatelem jejich úrovně participace ve společnosti (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Každodenní činnosti jsou v ergoterapii nejčastěji označovány jako běžné, popřípadě všední denní činnosti (ADL) viz podkapitola 2.5. Krivošíková (2011) je uvádí jako součást základních oblastí výkonu zaměstnávání, avšak jejich definice není stále jednotná. Pro účely naší práce se ztotožňujeme s pojetím Jelínkové, Krivošíkové a Šajtarové (2009), které je chápou jako zastřešující termín pro popis aktivit, které provádíme automaticky, samostatně a pravidelně za účelem zajištění každodenní péče o sebe samého. Za zmínku zde stojí také studie prováděné u osob po CMP v rámci kognitivní rehabilitace. Principem je plnění úkolů virtuální reality, které zobrazují činnosti každodenního života. Výsledky cvičení ukazují prokazatelná zlepšení kognitivních funkcí, zejména exekutivních a mohou se stát užitečným přístupem kognitivní rehabilitace (Langhorne, Bernhardt a Kwakkel, 2011).

V zařízení Domov Hrubá Voda byla pozornost zaměřena na oblast PADL, neboť tyto aktivity jsou součástí našeho každodenního života od ranního vstávání až po večerní usínání. Nácvik PADL a s ním i poskytování poradenských služeb probíhá v tomto zařízení ve spolupráci speciálního pedagoga (somatopeda), ergoterapeuta, externě klinického logopeda a zrakového terapeuta, aktivizačních pracovníků, pečujících a zdravotnických pracovníků na podkladě vhodně zvolených rehabilitačních metod, konceptů a postupů.

Následky cévní mozkové příhody jsou velmi různorodé. Vyžadují intenzivní, komplexní rehabilitační péči, naplňující požadavek multidisciplinarity a interdisciplinarity v součinnosti s poskytováním poradenských služeb a intervencí z oblasti speciální pedagogiky. V rámci rehabilitace po CMP existuje široké spektrum různých terapeutických konceptů. Pro potřeby praktické části byl nejprve shrnut v obecné rovině rehabilitační proces (viz obrázek č. 2) a jeho průběh s důrazem na léčebnou rehabilitaci a její složky zejména ergoterapii. Pozornost se zaměřila na oblasti výkonu zaměstnávání, konkrétně ADL a jeho hodnocení, kde byl úžeji specifikován Barthelové index. V závěru kapitoly byl zmíněn výčet a popis již konkrétních konceptů, metod, přístupů, postupů a poradenských aktivit, které byly užity v případové studii v praktické části práce. Z uvedených poznatků a jejich aplikace vplynuly také určité zákonitosti, které byla zohledněny v doporučeních pro praxi. Patří mezi ně zejména včasné

započetí terapie, vysoká počáteční intenzita a frekvence nácviku PADL s ohledem na aktuální stav, dále individuální přístup a interprofesní spolupráce.



Obrázek 2: Shrnuje graficky informace o rehabilitačním procesu po CMP.

3 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU

Pro potřeby praktické části práce bude v úvodu této kapitoly žádoucí nejprve vymezit cílovou skupinu osob, ve které je výskyt CMP stále považován za nejčastější. Terminologie, která označuje osobu prožívající závěrečnou etapu svého života, je v odborné psychologické i gerontologické literatuře různá. Odborná veřejnost poskytuje následující pojmenování: důchodce, starý člověk, geront, stařec a stařena, senescent, senior, osoba seniorského věku (Kalvach a Onderková, 2006; Dienstbier, 2009; Hartl a Hartlová, 2010; Haškovcová, 2010; Macháčová, 2019). V současné době jsou nejvíce pro svou univerzálnost a emoční neutralitu používány pojmy senior a osoba seniorského věku. Ostatní zmíněné pojmy jsou buď již zastaralé a nevyužívají se nebo působí pejorativně. Stárnutí a stáří sebou přináší určitá negativa, mezi která patří zejména změna funkčního stavu způsobená nejen involučními změnami. V podkapitole věnující se konkrétně funkčnímu stavu v kontextu diagnózy bude předložen fakt, že dvě osoby se stejnou nemocí nemusí mít stejné funkční schopnosti a podobně dvě osoby se stejnou výkonností mohou mít zcela odlišné zdravotní problémy. Je také všeobecně známo, že průběh onemocnění u této cílové skupiny osob je atypický a pracovat pouze s lékařskou diagnózou je v této souvislosti zcela nedostačující, mnohdy navíc i zavádějící. V závěru kapitoly bude vzhledem k demografickému vývoji charakterizován rozvíjející se koncept komplexní týmové dlouhodobé péče. Zmíněny budou také jeho složky a pozornost bude v rámci ústavní složky věnována zařízení Domov Hrubá Voda.

3.1 Demografický vývoj

Počátek 3. tisíciletí je charakterizován určitými sociálními fenomény, které determinují chod naší společnosti. Mezi tyto aspekty náleží i problematika dlouhověkosti, stárnutí a stáří. Stárnutí populace je celosvětovým tématem a nabývá stále aktuálnějšího významu s čím dál více se snižující porodností. Špatenková (2013) uvádí, že nejrychleji se kvůli snižující porodnosti posouvá demografická křivka v Evropě a demografický vývoj České republiky (dále jen ČR) není výjimkou. V současné době přibližně 60 % všech osob nad 60 let tvoří ženy a ve věku nad 80 let je to až 70 % (Špatenková a Smékalová, 2015). Očekává se, že podíl osob starších 60 let se v roce 2050 zvýší na celých 35 %. Dle projekce obyvatelstva ČR budou senioři tvořit v roce 2050 asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Procentuálně

se jedná o 9,6 % osob. Každý desátý obyvatel bude v ČR v polovině století ve věku nad 80 let a v této kategorii se také zdvojnásobí i počet žen (Český statistický úřad, 2003). Většina vyspělých států klade důraz na aktivní politiku stáří (např. kvalitní sociální služby – počet, zaměření, personální obsazení a složení, kapacita; boj proti ageismu; boj proti tzv. sociální smrti...), kvalitu a dostupnost zdravotnických služeb pro seniory. Výše zmíněné aspekty posouvají dobu odchodu do důchodu a podporují maximálně možnou míru soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016; Macháčová, 2019).

3.2 Stárnutí a jeho teorie

Pojem stárnutí je velmi široký a jeho vymezení není zcela tak jednoduché. Hegyi a Krajčák (2010) zmiňují existenci až tří set teorií stárnutí. Většina autorů ho však definuje jako specifický, nezvratný biologický proces, který je již předurčen a neopakuje se. Jeho průběh je vysoce individuální a podléhá formálním vlivům prostředí. Rozvoj je řízen druhově určitým časovým zákonem a nástup probíhajících změn je asynchronní (srov. Mühlpachr, 2004; Topinková, 2005; Langmeier a Krejčířová 2006; Příbyl 2015). V současné době se objevují tzv. neuroendokrinní teorie. Jejich podstatou je hypotéza, že rozhodující mechanismus, který řídí stárnutí, je součástí endokrinního systému (Holmerová, 2007; Červený a Topinková, 2014; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). Kalvach (2008, s. 39) v tomto ohledu uvádí: „*Stárnutí je podle různých teorií výsledkem programovaných pochodů v organismu nebo důsledkem náhodných dějů na úrovni opotřebování molekul a součástí buňky, je vždy provázeno i významnými změnami řídicích soustav: endokrinní, nervové a imunitní*“. Topinková (2005) poukazuje na nápadně se měnící hladiny hormonů, které humorálně ovlivňují téměř všechny tělesné funkce a hrají v celém ději stárnutí významnou roli. V jejich důsledku dochází k orgánovým a funkčním změnám, tzn. involuci.

3.2.1 Involuční změny

Macháčová (2019) zahrnuje pod pojem involuční změny sestupné vývojové změny, které začínají ukončením dospělosti⁴ a projevují se úbytkem tělesných a duševních funkcí. Dienstbier (2009) vymezuje tělesnou involuci jako dlouhodobý a proměnlivý proces, v jehož důsledku dochází k anatomickým i fyziologickým změnám.

⁴ Špaténková a Petřková (2013) charakterizují dospělost jako životní prostor, navazující na mládí a vedoucí ke smrti.

Mezi nejvíce manifestující se projevy patří zejména:

- snižování tělesné výšky, změna tvaru hrudníku, pokles hmotnosti kostry a vnitřních orgánů, změna postoje i chůze, úbytek aktivní svalové hmoty, svalové síly o 25–30 % a kostní hmoty, omezení kloubního rozsahu,
- pokles celkového množství tělesné vody o 40–50 %, ztráta pružnosti vaziva a kůže, hyperpigmentace kůže (stařecké skvrny),
- změny smyslového vnímání (akomodace čočky, percepce vysokých tónů, pokles čichu a chuti) a centrální nervové soustavy (porucha volných cílených pohybů, citlivosti, rovnováhy),
- pokles vitální kapacity plic, hypofunkce močového měchýře (srov. Krahulcová, 2002; Kristiníková, 2011; Matějovská, 2011; Červený a Topinková, 2014; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

S přibývajícím věkem dochází také ke změně osobnosti. Zvýrazňují se její negativní rysy a vlastnosti. Říčan (2004) chápe psychickou involuci jako pozvolnou spořádaně probíhající demontáž osobnosti. Venglářová (2007) v této souvislosti dodává, že psychické změny v kombinaci se sociálními změnami komplikují osobám seniorského věku adaptaci na nové prostředí. Což může být problematické především v případě dlouhodobější hospitalizace nebo umístění seniora do pobytového zařízení sociálních služeb typu Domov pro seniory. Nové prostředí může vyvolávat nejistotu, úzkost a strach. V konečném důsledku může vést i k neochotě podílet se na všedních denních činnostech, spolupracovat při rehabilitaci nebo jiných volnočasových aktivitách. V těchto případech je nezbytné odlišit výše popsané problematické chování od patologických tělesných či psychických procesů (Zavázalová, 2001; Tošnerová, 2002; Venglářová, 2007; Thorová, 2015).

3.3 Stáří

V odborné literatuře nalezneme celou řadu definic vymezujících toto období. Pro potřeby této práce jsou použity následující dva pohledy charakterizující stáří. První z nich poskytuje obecné označení pro pozdní fázi ontogeneze, ve které se výrazně manifestují důsledky a projevy geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (způsobem života, chorobami a životními podmínkami) (Kozáková a Müller, 2006; Kalvach a Onderková, 2006). Druhý představuje náhled na stáří v kontextu speciálněpedagogické

gerontagogiky. Valenta (2013) ji vymezuje jako součást speciální pedagogiky. Předmětem je osoba seniorského věku, vyžadující různou míru podpory vzhledem k poklesu jejích funkčních schopností v oblasti všedních denních aktivit. Adekvátní míra podpory je poskytována za účelem participace ve společnosti, udržení či obnovení žádoucího společenského postavení a zabránění osamocení. Mezi nejdůležitější témata dnešní speciálněpedagogické gerontagogiky s multidisciplinárním přesahem do celé řady oborů patří zejména:

- koncepce celoživotního učení respektující princip individuální volby, rozvoje celého lidského potenciálu, propojenosti a celistvosti,
- ucelená rehabilitace (komplexní rehabilitační péče) (Valenta, 2013; Špatenková, 2013; Müller, 2014).

Macháčová (2019) a Vostrý (2019) v této souvislosti kladou důraz i na témata propedeutická z oblasti gerontagogiky, gerontologie⁵ a geriatrie⁶:

- prevence izolace a osamocení,
- kvalita a dostupnost péče,
- diagnostika a terapie,
- informovanost,
- příprava na stáří a přijetí role seniora,
- personální obsazení poskytovaných služeb odborníky,
- psychologická intervence,
- paliativní péče,
- seberealizace,
- edukace,
- zájmové a aktivizační činnosti,
- sociálně právní ochrana a prevence chudoby.

Veteška (2017, s. 91) dodává, že: „*V současné době patří gerontagogika mezi andragogické disciplíny. Jejím hlavním zaměřením je výchovná a vzdělávací (edukační) práce s dospělými*

⁵ Gerontologie je definována jako vědní disciplína, která v sobě nese souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě v tomto období (Matějovská Kubešová, 2011; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016)

⁶ Geriatrie je řazena mezi medicínské obory a zaměřuje se na kvalitu života osob seniorského věku v kontextu zdraví (Maršálek, 2014).

a seniory. Podstatou je výchova a vzdělávání ke stáří, tj. jak samotná příprava na stáří a stárnutí, tak především intencionální učení se ve stáří s důrazem na funkcionální působení prostřednictvím aktivizace, animace a vzdělávání (edukace). Špaténková a Smékalová (2015) chápou animaci jako tzv. oduševňování, vztahující se k:

- enkulturaci,
- socializaci,
- resocializaci,
- edukaci.

V posledních několika letech dochází v důsledku systematického rozvinutí (empiricky, metodologicky a teoreticky) problematiky animace, aktivizace, terapie, sociálního začlenění seniorů do společnosti a jejich participace na okolním dění, sociální soudržnosti, autonomie ve stáří a kvality života k posílení tlaku na vymanění se z andragogických disciplín (Špaténková a Smékalová, 2015; srov. Tomczyk, 2015; Benešová, 2014; Valenta, 2013).

3.3.1 Periodizace stáří

Periodizace stáří stejně jako jeho vymezení není v odborné literatuře zcela jednotná. Obvykle však panuje shoda v rozlišení stáří na kalendářní, biologické a sociální (srov. Hrozenská a Dvořáčková, 2013; Příbyl, 2015; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016; Klevetová, 2017).

Mühlpachr (2017) uvádí, že *kalendářní stáří* je jednoznačně vymezitelné a nevypovídá nic o interindividuálních rozdílech. Jeho význam však spočívá v poskytnutí dat pro již zmíněné demografické a statistické účely. Za všeobecně uznávanou je považována periodizace dle WHO, která lidský věk člení do časových úseků vždy po patnácti letech:

- rané stáří, senescence (60-74 let),
- vlastní stáří, senium (75-89 let),
- dlouhověkost, patriarchium (90 a více let) (Topinková, 2005; Kalvach, 2008).

Na základě komparace odborné literatury zmiňuje řada autorů v souvislosti se zlepšujícím se funkčním a zdravotním stavem stárnoucí populace novější periodizaci:

- mladí senioři (65-74 let) – young-old,
- staří senioři (75-84 let) – old-old,

- velmi staří senioři (85 a více let) – oldes-old, very old-old (Červený a Topinková, 2014; Příbyl, 2015; Rokyta, 2015; Janiš a Skopalová, 2016).

Biologické stáří má zcela individuální průběh. Příbyl (2015, s. 11) ho definuje „*jako míru involučních změn*“, jehož charakter je podmíněn geneticky – programem biologického stárnutí, vlivy zevního prostředí, způsobem života, nerovnoměrným poklesem funkcí jednotlivých orgánů, popřípadě přítomností patologického procesu. Pacovský a Heřmanová (1981) vymezuje v obecné rovině tři typy změn:

- výrazné snížení buněčných rezerv, objevující se zejména v zátěžových situacích,
- snížení funkční výkonnosti,
- úbytek funkcí na molekulární, orgánové, tkáňové a systémové úrovni.

Vnější obrazem biologického stáří je fenotyp stáří, označovaný jako: „*představa osoby seniorského věku*“ (Mühlpachr, 2008; Valenta, 2013; Maršálek, 2014).

Sociální stáří je determinováno sociálním statutem, sociálními zkušenostmi a generační příslušností (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). Mühlpachr (2017) poukazuje na proměnu potřeb i sociálních rolí, doprovázející toto období (odchod do penze, ovdovění/ vdovectví, stažení se z aktivit středního věku...).

3.4 Geriatrické syndromy

Hrozenská a Dvořáčková (2013) vymezují geriatrické syndromy jako závažný symptom nebo soubor symptomů či problémů multifaktoriální etiologie, které jsou logicky provázané, souvisí se stářím a mají chronický průběh. Kalvach (2008) uvádí, že těmito syndromy lze často vystihnout klinickou problematiku křehkosti⁷ osob seniorského věku. Maršálek (2014) doplňuje, že velmi často se jedná o začarovaný kruh, který je kauzálně neřešitelný a vede k poklesu nezávislosti člověka. Léčba vyžaduje především komplexní přístup (Kalvach a Onderková, 2006). Odborná veřejnost zmiňuje přehled následujících geriatrických syndromů:

- syndrom hypomobility, dekonidice a svalové slabosti,
- syndrom duálního kombinovaného senzorického deficitu (zrak a sluch),

⁷ Kolář (2009, s. 602) vymezuje geriatrickou křehkost (frailty) jako: „*klinicky významný, multikauzálně podmíněný úbytek funkční zdatnosti na nízké úrovni potenciálu zdraví (nízká zdatnost, odolnost i adaptabilita)*“.

- syndrom anorexie a malnutrice,
- syndrom dehydratace s následným projevem akutního renálního selhání,
- syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka,
- syndrom terminální geriatrické deteriorace,
- syndrom geriatrické maladaptace na změnu prostředí,
- syndrom z poruchy termoregulace (Kalvach, 2008; Maršálek, 2014).

V kontextu praktické části práce je v následujícím textu krátce charakterizován první z uvedených syndromů, jehož příčinou může být i CMP.

3.4.1 Syndrom hypomobility, de kondice a svalové slabosti

Předpokladem vzniku je vzájemně podmíněné omezování pohybových aktivit, v jehož důsledku dochází k sarkopenii⁸, k poklesu maximální aerobní kapacity plic, výraznému snížení tělesné kondice a vytrvalosti (Kalvach, 2008; Máček, 2011). Pokud dojde k úplné ztrátě mobility, vzniká riziko ulcerací, dekubitů, inkontinence... (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). Příčiny snížené schopnosti pohybu mohou být následující:

- neurologické (stav po CMP),
- psychologické (anxieta, deprese, strach z pádu, ztráta motivace),
- somatické (dušnost, únava, pocení, křeče v lýtkách, poruchy výživy, muskuloskeletální bolest),
- vliv prostředí (nevhodné bydlení – v patře bez výtahu, špatná obuv...) (Kalvach a Onderková, 2006; Maršálek, 2014).

Mezi nejčastější chronická onemocnění vedoucí v seniorském věku k tomuto syndromu patří:

- kardiovaskulární a respirační onemocnění (ischemická choroba srdeční, tromboembolická nemoc, arteriální hypertenze, astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc),
- chronické zánětlivé procesy či jejich rezidua (infekce močových cest, pneumonie),
- onemocnění pohybového systému (DNA, revmatoidní artritida, osteoartróza, osteoporóza),

⁸ Svalová atrofie a slabost projevující se úbytkem svalové hmoty, poklesem rychlosti a síly stahu (Kalvach a Onderková, 2006)

- poruchy a onemocnění trávicího ústrojí (dyspepsie, dysfagie, reflexní choroba jícnu),
- metabolická a endokrinní onemocnění (onemocnění štítné žlázy, diabetes mellitus),
- psychiatrická onemocnění (syndrom demence, deprese, delirium),
- neurologická onemocnění (CMP, Parkinsonova choroba, epilepsie, poruchy spánku) (Kalvach, 1997; Holmerová, 2007; Hermanová, Prokop a Ondráčková, 2008; Hegyi a Krájčík, 2010).

Nezbytným předpokladem terapie je medikamentózní léčba, pravidelné pohybové aktivity, rekondiční programy, motivace seniora ke zlepšování pohybových dovedností, správně nastavená nutriční strava, dostupnost a nabídka sociálních a zdravotních služeb (Příbyl, 2015). V návaznosti na zmíněná onemocnění nelze opomenout koncept komplexní týmové dlouhodobé péče.

3.5 Dlouhodobá péče o křehké a závislé seniory

Vzhledem k zmiňovaným demografickým ukazatelům nabývá na důležitosti stále více rozvíjející se koncept komplexní týmové dlouhodobé péče (*long-term care*, dále jen LTC) o osoby seniorského věku s geriatrickými syndromy a v různém stupni závislosti (Kalvach a Onderková, 2006). Colombo (2011) vymezuje LTC v souladu s OECD⁹ jako souhrn služeb poskytovaných seniorům se syndromem křehkosti (*frailty*), sníženou nebo ztracenou soběstačností, trvale nebo dlouhodobě závislých na pomoci v oblasti ADL (koupání, stravování se, oblékání, přesuny v lůžku i mimo lůžko a zpět, mobilita, používání toalety, vedení domácnosti, nakupování, příprava stravy, hospodaření s penězi...). Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) uvádí, že pomoc a podpora sebeobsluhy je zde často poskytována v kombinaci se základními zdravotními úkony (úleva od bolesti, podávání léků, převazování ran, prevence, rehabilitace, paliativní péče, sledování zdravotního stavu...), vyžaduje proto dobrou koordinaci, kontinuitu a aktivní přístup. Zahrnuje jak složku terénní (podpora pečujících rodin, osobní asistence, komunitní centra, pečovatelská služba, domácí péče – *home care*...), tak ústavní (domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných...). Příbyl (2015) v této souvislosti zmiňuje označení pro tento typ péče v České republice, které uvádí pod termínem následná péče. Macháčová (2019) dodává, že zde stále přetrvává nízká

⁹ Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, dále jen OECD)

propojenost zdravotních a sociálních služeb a důraz je kladen na péči ústavní v rozporu se zájmy seniora. V následujících letech bude rozvoj LTC soustředěn především na oblast komunitních služeb, domácího prostředí, komplexnost a v neposlední řadě také na zkvalitnění poskytovaných ústavních služeb s akcentem na multidisciplinární a interdisciplinární péči, zapojení dobrovolníků k zcivilnění ústavní péče a animaci (oživení) života v nich (Ondrušová, 2019). V následujícím textu bude krátce popsáno zařízení Domov Hrubá Voda a jeho možnosti animace v kontextu ADL.

3.5.1 Domov Hrubá Voda

Domova Hrubá Voda, příspěvkové organizace Olomouckého kraje poskytuje pobytové služby dospělým osobám nejen seniorského věku. Aktivní stáří je zde zajištěno na základě adekvátní míry pomoci a podpory, kterou určuje úroveň funkčního stavu posuzované osoby. Cílem je vést kvalitní, plnohodnotný život, udržet zbytkový pohybový potenciál, vlastní kompetence a chuť k životu. Zařízení zprostředkovává včetně ubytování také úklid, praní, celodenní stravu, ošetrovatelskou a zdravotní péči, rehabilitaci, aktivizaci a různé kulturní a společenské akce. Areál Domova tvoří tři hlavní objekty:

- Hlavní budova.
- Budova B.
- Domeček.

Celkový počet uživatelů je 95. Výzkumné šetření probíhalo na hlavní budově, kde je program animace a aktivizace součástí denní nabídky služeb od pondělí až do pátku (viz tabulka č. 4 v příloze č. 3) pod vedením zkušené ergoterapeutky, která je zároveň i speciálním pedagogem se somatopedickým zaměřením. Své intervenční strategie realizuje na základě interdisciplinární spolupráce s klinickým logopedem, zrakovým terapeutem, dramaterapeutem, protetickým technikem, supervizorem a externími lékaři (ortopedickým lékařem, neurologem a psychiatrem). Využívány jsou léčebné prvky expresivních terapií¹⁰

¹⁰ Müller (2014) chápe expresivní terapii jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků (literárních, hudebních, dramatických a výtvarných) s cílem pomoci lidem změnit jejich emoce, chování, osobnostní strukturu či myšlení společensky i individuálně přijatelným směrem.

v návaznosti na syntetický postup kinezioterapie¹¹ s cílem dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti.

Klinický logoped se v součinnosti se zrakovým terapeutem úžeji specializuje v oblasti ADL zejména na osoby s neurologickým, neurodegenerativním, psychiatrickým onemocněním a zrakovým postižením. Soustředí se zejména na: chybějící strukturalitu dne, poruchy polykání, narušenou komunikační schopnost, podporu motivační složky, vyjádření vůle a zrakové vnímání. Prvořadým cílem poskytované spolupráce je využití smysluplné činnosti k terapeutickým účelům, zachování zbylých funkcí a zpomalení progresu onemocnění.

Volnočasové aktivity spojené s nácvikem ADL jsou uskutečňovány jak ve venkovních, tak i vnitřních prostorách zařízení. Jedná se zejména o aktivity v rámci zahrady a canisterapie¹². Repertoár volnočasových aktivit zahrnuje také nabídku kroužků (dílna nejen pro muže, kroužek vaření a pečení, kroužek šikovné ruce a bystrá hlava), které představují cenný prostředek pro trénink jemné i hrubé motoriky a sebeobsluhy. V dílně nejen pro muže jsou vykonávány jednoduché práce s různými materiály zejména dřevem a kovem v rozličných polohách, spojené s přecházením.

Díky spolupráci s externími lékaři, získávají uživatelé také doporučení pro odborné terapie a poukazy na kompenzační pomůcky (mechanické vozíky, chodítka, klozetová křesla, ortézy, dlahy), které jsou navrhovány ergoterapeutkou a techniky jednotlivých firem dle individuálních potřeb a přání uživatele.

V domovech pro seniory je poskytována pomoc a podpora dospělým osobám v různém stupni závislosti, která je stanovena na základě změněného funkčního stavu. V následující podkapitole bude proto pozornost věnována funkčnímu stavu v kontextu diagnózy a jeho evaluaci.

3.6 Funkční stav v kontextu diagnózy

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) uvádí, že současná medicína se zaměřuje především na diagnózy a nemoci, nikoliv na to, jaký je funkční stav jedince. Sledovat tento aspekt je důležité zejména u osob seniorského věku vykazující závažný pokles potenciálu zdraví,

¹¹ Kinezioterapie neboli pohybová léčba je odvozena z řeckého: „*kinesis*“ (pohyb) a „*therapia*“ (léčení) (Hagovská, 2019). Kališko a Ježková (2019) ji charakterizují jako somatoterapeutickou aktivitu realizovanou prostřednictvím cíleně zaměřených modelovaných pohybových programů.

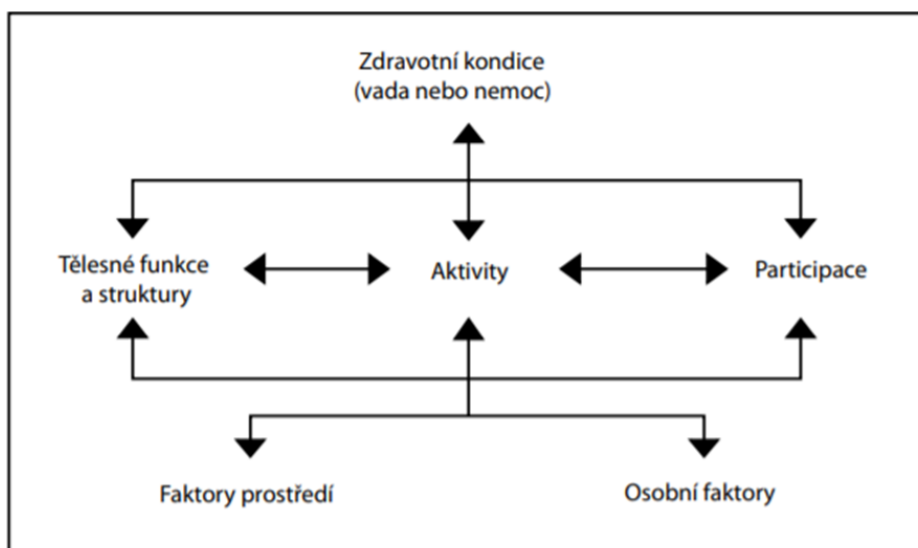
¹² Galajdová a Galajdová (2011) vymezuje Canisterapii jako léčebný kontakt člověka a psa.

který souvisí s již zmiňovanými involučními změnami (Hrozenková a Dvořáčková, 2013; Příbyl, 2015).

Pokorná (2013) v této souvislosti dodává, že dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít různý stupeň funkční schopnosti a podobně dvě osoby se stejnou výkonností mohou mít zcela odlišné zdravotní problémy. Pracovat pouze s lékařskou diagnózou je tak nedostačující, mnohdy navíc zavádějící (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). U osob seniorského věku navíc nezdřídka vlivem geriatrickým symptomů a geriatrické křehkosti dochází ke stanovení chybné diagnózy. Určení funkčního stavu je žádoucí pro porozumění tomu, jakou péči senior potřebuje (Matějovská, 2011; Kalvach, 2019). Samotná diagnóza cévní mozkové příhody nevypovídá takřka nic o tom, jaké poruchy jsou u jedince přítomny, jak závažné jsou a jakou intervencí tato osoba potřebuje (Topinková, 2005; Lippertová – Grünerová, 2015).

3.6.1 Evaluace funkčního stavu

Komplexní zhodnocení funkčního stavu jedince umožňuje Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF),¹³ pro klinickou či posudkovou praxi jsou však užívány jiné postupy, které nepostihují míru participace daného jedince v různých oblastech (Krivošíková, 2011; Holmerová, 2014). Model funkční schopnosti a disability dle MKF je znázorněn na obrázku 2. MKF pochází z „rodiny“ klasifikací vyvinutých WHO.



Obrázek 3: Model funkční schopnosti a disability dle MKF (WHO, 2001, s. 30).

¹³ MKF je zkratkou pro Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (angl. International Classification of Functioning, Disability and Health, anglická zkratka má podobu ICF).

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 51) vymezují terminologicky disabilitu jako „*funkčně závažné dlouhodobé zdravotní postižení*“, které lze hodnotit z pohledu celostního (komplexního – na úrovni celého člověka, tj. jaké aktivity zvládne) nebo dílčího (posouzení či měření svalové síly, kloubních rozsahů, zraku, sluchu, kognitivních funkcí...). Švestková (2013) ji chápe jako omezení schopnosti či její úplnou ztrátu. Z obrázku č. 3 je patrné, že zdravotní stav jedince je zohledňován nejen v kontextu přítomné nemoci či poruchy, postižení, ale sledována je i úroveň a kvalita tělesných funkcí, struktur, účast jedince na společenském životě, schopnost realizovat různé aktivity, zejména ADL, přičemž všechny tyto komponenty jsou ve vzájemné interakci, společně s působícími faktory prostředí a faktory osobními. Funkční stav je tedy výsledkem vzájemného působení těchto komponent (Kalvach, 2019). Daný model tak není pouze modelem lékařským, ale je zde zohledněno i hledisko sociální a psychologické (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

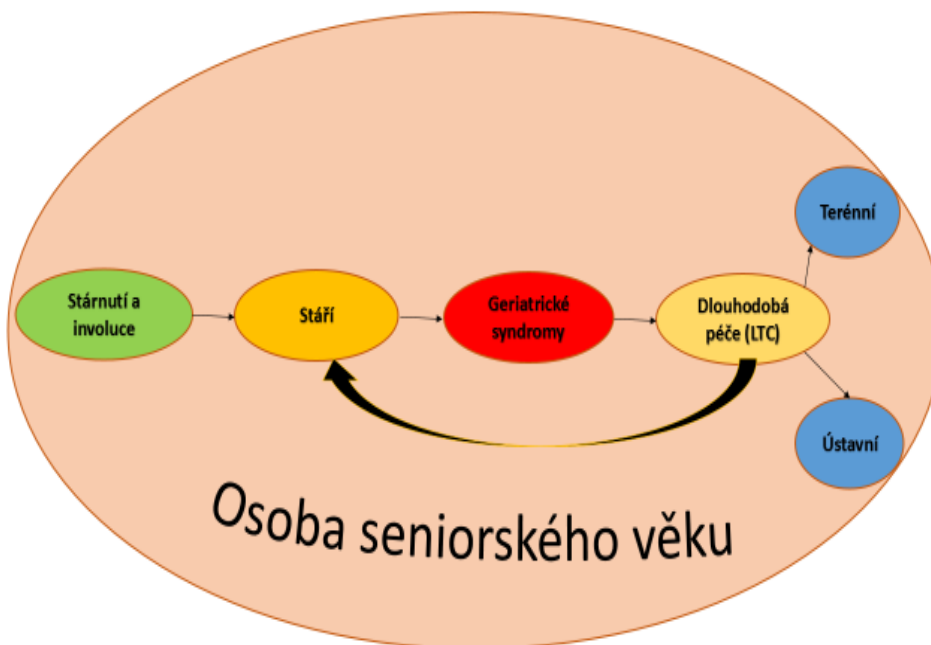
Funkční stav je možné hodnotit z více hledisek, mezi které patří zejména následující:

- Subjektivní hodnocení zdraví, zdatnosti a zdravím podmíněné kvality života (hodnocení může provádět jedinec sám, lékař, sestra, a to např. prostřednictvím dotazníku). Subjektivní hodnocení pochopitelně může být odlišné od objektivního, nicméně je vhodné pro sledování jedince v čase.
- Standardizované hodnocení zdravím podmíněné kvality života: jedná se o plošné dotazníkové šetření určitých populačních skupin.
- Posouzení fungování na úrovni ADL (sledovány mohou být i instrumentální aktivity všedního dne, nicméně toto hodnocení není vhodné pro posouzení lehké disability).
- Zhodnocení tělesné výkonnosti, zdatnosti: cenné je velmi jednoduché hodnocení síly stisku ruky.
- Posouzení specifických, prognosticky významných markerů (sledovanými markery mohou být vybrané aktivity v rámci ADL, ale též např. svalová síla či malnutrice).
- Hodnocení populačního zdraví věkové kohorty: tato šetření přinášejí poznatky o významu dílčích faktorů na funkční stav seniorů – jednat se může o faktory dekonvice/rekonvice, vliv sociálních faktorů, hospitalizaci, vybrané choroby (obezita, hypertenze, CPM apod.) (Pokorná, 2013; Holmerová, 2014; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016; Kuckir, 2016).

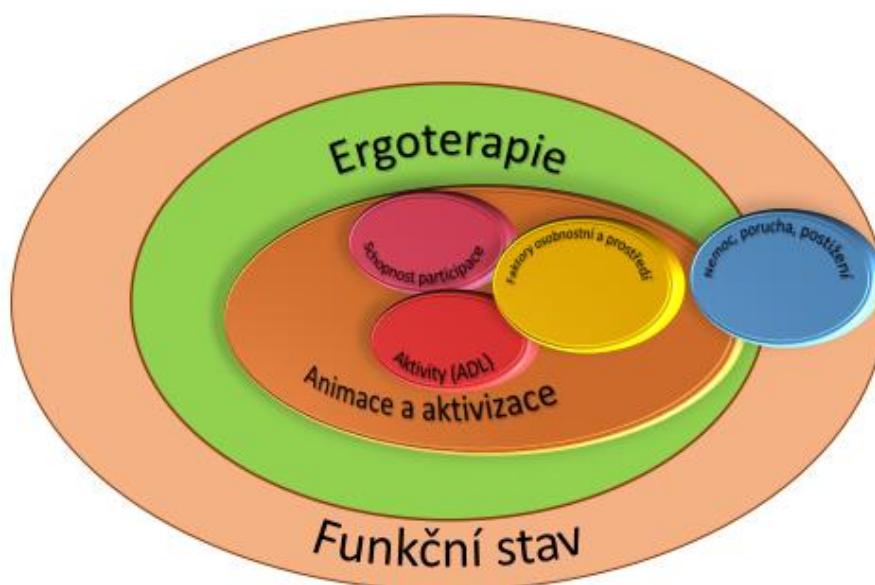
V kontextu cílové skupiny byla pozornost zaměřena na osoby seniorského věku. Kapitola vymezila základní terminologii a poskytla stručný ucelený přehled problematiky stárnutí,

involučních změn, stáří a funkčního stavu ve spojitosti s diagnózou. Na proces stárnutí je zde nazíráno prostřednictvím několika teorií. V současné době je zájem odborné veřejnosti směřován úžeji do oblasti neuroendokrinních teorií, které upozorňují na nápadně se měnící hladiny hormonů během lidského života a v jejichž důsledku také dochází k orgánovým a funkčním změnám k tzv. involuci. Samotné stáří bylo představeno z pohledu ontogeneze a speciálněpedagogické gerontagogiky. Na tuto část v textu plynule navazuje periodizace stáří s rozlišením kalendářního, biologického a sociálního stáří. K zachycení projekce křehkosti osob seniorského věku bylo využito konceptu tzv. geriatrických syndromů, vznikajících v důsledku proměnlivé kombinace příčin a vyžadující převážně interdisciplinární přístup. Vzhledem k nemalému spektru těchto syndromů byl pro účely praktické části práce popsán pouze syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti. Samotná diagnóza nevypovídá takřka nic o tom, jaké poruchy jsou u jedince přítomny, jak závažné jsou a jakou intervenci tato osoba potřebuje. Podkapitola funkční stav a diagnóza se z tohoto důvodu dotkla právě zmíněného a nastínila problematiku jeho hodnocení z pohledu MKF a jiných možných hledisek. Opomenut nezůstal ani demografický vývoj obyvatelstva, který předpokládá na základě poklesu porodnosti stárnutí populace. S ohledem na tento fakt nabyl na důležitosti koncept dlouhodobé péče, jehož součástí je terénní a ústavní péče. V kontextu praktické části bylo představeno zařízení Domov Hrubá Voda a jeho program animace, který je postaven pod vedením zkušené ergoterapeutky na interdisciplinární spolupráci.

Cílem kapitoly je poskytnout stručný základní přehled informací vztahujících se k cílové skupině osob (Obrázek 4) a funkčnímu stavu (Obrázek 3 a 5).



Obrázek 4: Shrnuje graficky informace o cílové skupině osob.



Obrázek 5: Shrnuje graficky informace o funkčním stavu.

II. EMPIRICKÝ RÁMEC

PODPORA SAMOSTATNOSTI A SOBĚSTAČNOSTI OSOBY PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V KONTEXTU ADL AKTIVIT: NÁVRH PILOTNÍHO PROJEKTU

Předložená diplomová práce byla koncipována jako návrh pilotního projektu, zaměřený na analýzu a evaluaci procesů podpory u vybrané osoby seniorského věku po CMP v kontextu ADL v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. Důvodem výběru tématu byla dlouhodobě funkční interdisciplinární spolupráce mezi speciálními pedagogy, zrakovým terapeutem, klinickým logopedem, ergoterapeutem, neurologickým, ortopedickým, psychiatrickým lékařem a protetickým technikem v rehabilitačním procesu osob seniorského věku po CMP.

Teoretický rámec poskytuje teoretická východiska v kontextu CMP, která je považována za jedno z nejzávažnějších cévních onemocnění mozku zejména ve vyšším věku. Vzhledem k variabilitě následků CMP a nejisté prognóze představuje závažný medicínský, ekonomický a sociální problém (jak je popsáno v teoretické části). Všeobecnou snahou odborné veřejnosti je důsledná prevence zejména ovlivnitelných rizikových faktorů a uplatňování léčebných postupů v rámci nefarmakologické terapie na základě nových poznatků a výsledků rozsáhlých celosvětových studií. Pozornost je proto soustředěna na léčebnou rehabilitaci a její složky zejména ergoterapii, která využívá smysluplné činnosti k dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti v oblasti výkonu zaměstnávání, konkrétně všedních denních aktivit. Dle Müllera (2014) tvoří průsečík speciální pedagogiky a zmiňované ergoterapie. Cílovou skupinou jsou zde osoby seniorského věku, u nichž v důsledku CMP dochází k výraznému poklesu, omezení či ztrátě soběstačnosti v oblasti ADL. V mnoha případech dochází také k oučasnému narušení fyzických, kognitivních, behaviorálních či komunikačních schopností. Tento stav vyžaduje včasné zahájení rehabilitačního procesu, interdisciplinární spolupráci, psychologickou podporu a vysoce individuální aktivní přístup. Zmíněné aspekty jsou zohledněny v systematické případové studii, jejíž smysl lze zjednodušeně chápat jako zpracování základního sumáře informací, který by mohl sloužit jako předloha pro zavedení

systemu interního hodnocení ADL nejen u osob po CMP, ale i jako možný návod pro práci s osobou seniorského věku po CMP a s jinými přidruženými (nejen) zdravotními obtížemi v rámci interdisciplinárního přístupu v pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Tato část práce by měla také poukázat na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti.

4 CÍLE PILOTNÍHO PROJEKTU

Hlavním cílem projektu byla konstrukce komplexního záznamového archu, jako přílohy k standardně používanému testu, prakticky využitelného pro všechny zmíněné odborníky při hodnocení všedních denních aktivit. Jeho sestavení vycházelo z interdisciplinárního přístupu, který poskytoval návrh, zdůvodnění a popis postupu využitelného pro rozvoj soběstačnosti vybraného uživatele po CMP.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny 3 dílčí cíle:

1. Představit a vyhodnotit funkční stav uživatele po první CMP a po její recidivě.
2. Charakterizovat, konkretizovat, zdůvodnit a vyhodnotit intervence ergoterapeutky/speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením, klinického logopeda a zrakového terapeuta.
3. Popsat a specifikovat stávající hodnocení ADL a konstrukci či úpravu nově vzniklých položek záznamového archu.

5 METODOLOGIE

Strategie výzkumu bývá řadou autorů v odborné literatuře definována jako určitý specifický koncept řešení výzkumného úkolu, jehož součástí je celá řada metodologických, teoretických ale i organizačních hledisek (Kerlinger, 1972; Švaříček a Šedřová, 2014; Reichel, 2009). Hendl (2016) uvádí, že ve společenských vědách existují dvě hlavní kategorie výzkumných strategií. Jedná se o kvalitativní a kvantitativní přístupy. Tato diplomová práce byla koncipována jako návrh pilotního projektu, jehož design má charakter systematické případové studie.

5.1 Metodologická východiska návrhu projektu

Metodologickým východiskem k navržení pilotního projektu se stala s ohledem na jeho zaměření a širší kontext s terénem případová studie. V případové studii jde, jak uvádí Hendl (2016), o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Švaříček a Šedřová (2014) popisuje případ jako integrovaný systém, ve kterém je každý zkoumaný aspekt hodnocen jako součást celého systému. Podstata případu či případů je objasňována na základě rozkrývání vztahů mezi jednotlivými zkoumanými aspekty. Stěžejní je porozumět případu v kontextu jeho přirozeného prostředí (Reichel, 2009). V odborné literatuře však existuje řada odchylek v pohledu na případové studie, které se mohou lišit svým zaměřením, ale také svými výstupy. V následujícím textu budou předloženy pouze ty náhledy, které sloužili jako další možná východiska pro stanovení charakteru návrhu projektu.

Osobní případová studie

Hendl (2016) vřazuje osobní případovou studii do kategorie typů studií podle sledovaného případu a chápe ji jako podrobný výzkum určitého aspektu jedince, kdy je pozornost směřována na možné faktory, příčiny, procesy, zkušenosti a determinanty ovlivňující daný aspekt. Jiné pojetí nabízí Stake (1995), který ji charakterizuje jako snahu o porozumění určitému jevu v jeho jedinečnosti a komplexitě. Sociální objekt vnímá jako ohraničený systém. V jeho pojetí výzkumu se lze ztotožnit s případovou studií v podobě instrumentálního případu, který je považován za příklad reprezentující obecnější jev. Případ je zde považován za prostředek k dosažení určitého cíle (Chrastina, 2019).

Příkladová případová studie

Hendl (2016) uvádí, že záměrem těchto studií je charakterizovat a identifikovat dobré nebo zajímavé praktiky a výstupem je poučení v určitém směru. S tímto náhledem lze také identifikovat výstupy studie jako možná doporučení pro praxi.

Systematická kazuistika

Návrh projektu se pro svůj obsah a zaměření nejvíce ztotožňuje s konceptem systematické případové studie, která zde byla pojata zcela autonomně. Nejčastěji je využívána v oblasti poradenství či v terapiích, zejména v psychoterapii (McLeod, 2010). Chrastina (2019, s. 41) dodává, že: „*Takto koncipovaný výzkum nahlíží na systematickou kazuistiku jako na popis detailního průběhu terapií nebo intervencí od zahájení po ukončení procesu*“. McLeod (2010) v kontextu rovněž zmiňuje, že její hlavní přínos spočívá v evaluaci strategií, plánů a intervencí v rámci terapeutického nebo poradenského procesu, včetně sdílení zkušeností. Chrastina (2019) také uvádí, že ji lze chápat i jako prostředek pro tzv. „*učení se z praxe*“ nebo jako možnost sebevzdělávání.

5.2 Metody sběru dat

Švaříček (2014, s. 142) charakterizuje metody sběru dat jako: „... *jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu*“. V kvalitativních přístupech jsou hodnoceny spíše jako relativně málo standardizované (Skutil, 2011). Reichel (2009) v tomto kontextu zmiňuje, že lze využít různý materiál k přiblížení běžného života zkoumaných osob výzkumníkovi. Jako příklady materiálů uvádí deníky, osobní komentáře, přepisy poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie apod. Z uvedeného vyplývá, že data jsou spíše slovní nebo textové povahy. Hendl (2016) v konsenzu s uvedeným dodává, že volba metody je ovlivněna možnostmi výzkumníka a výzkumným problémem.

Sběr dat je v rámci tohoto návrhu projektu rozprostřen do širokého záběru. Uplatňována je zde metoda indukce, která začíná pozorováním.

5.2.1 Pozorování

Doulík (2016) jej popisuje jako nejstarší a nejvíce aplikovanou metodu k získávání potřebných dat. Ochrana (2019) konstatuje, že ho lze chápat i jako sledování spontánního

a přirozeného chování bez zásahu terapeuta. Doulík (2016) dodává, že nejčastěji je realizováno zúčastněné pozorování, které bylo také v rámci studie využito. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 143) jej charakterizuje následovně: „*Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“ V kontextu jeho provedení bylo pátráno po pravidelnostech a vzorcích, které byly poté zobecněny ve formě předběžných závěrů a ověřeny dalším pozorováním. Na konci tohoto procesu vznikla konkrétní doporučení pro praxi.

5.2.2 Dokumenty

Dalším zdrojem dat se staly dokumenty ve vztahu k funkčnímu stavu uživatele po proběhlé CMP, které nás na začátku informovaly o případu a poté také průběžně doplňovaly data získaná pozorováním. Tvořily současně také podklady pro analýzu a interpretaci získaných výsledků, ale i pro návrh již komplexního záznamového archu k hodnocení ADL. Jednalo se o osobní a úřední dokumenty z oblasti zdravotní, ošetrovatelské a sociální, které lze z pohledu vzniku CMP členit dle Hendla (2016) na:

- současné dokumenty (vznikly v době CMP),
- retrospektivní dokumenty (vznikly před CMP),
- primární dokumenty (byly vytvořeny speciálním pedagogem (andragog)/ergoterapeut, klinický logoped, zrakový terapeut, sociální pracovník, zdravotnický a ošetrovatelský personál),
- sekundární dokumenty (vznikly díky primárním dokumentům – epikrízy ergoterapeutky, klinického logopeda, zrakového terapeuta)

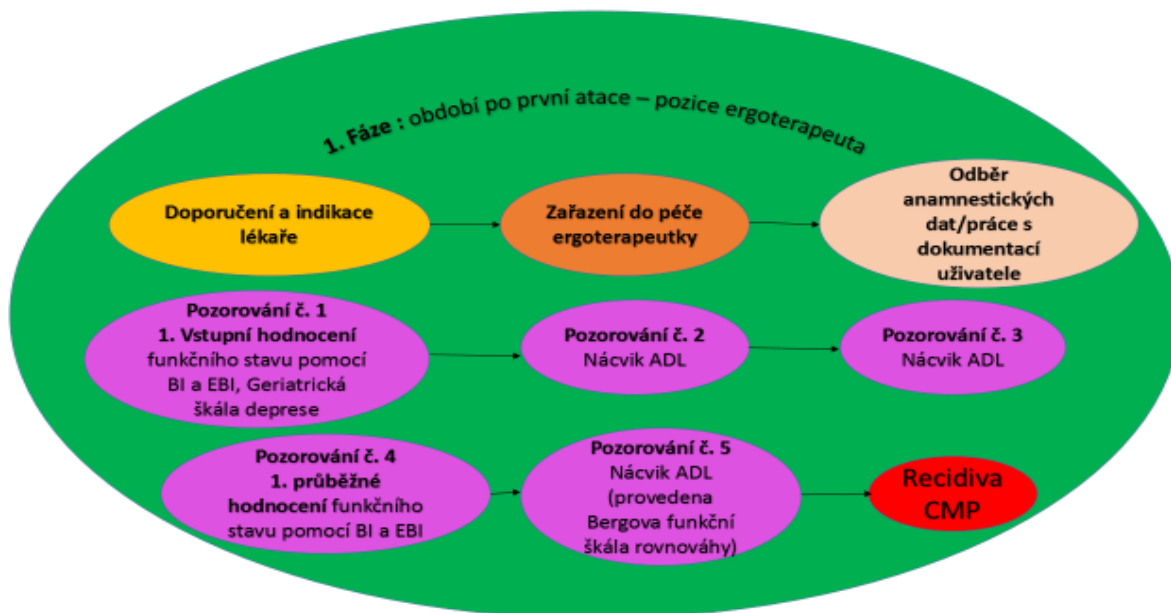
5.3 Procedury sběru dat

Skutil (2011) uvádí, že před zahájením samotného pozorování je podstatné vymezení pozorovacího plánu. Hendl (2016) zmiňuje jeho základní komponenty:

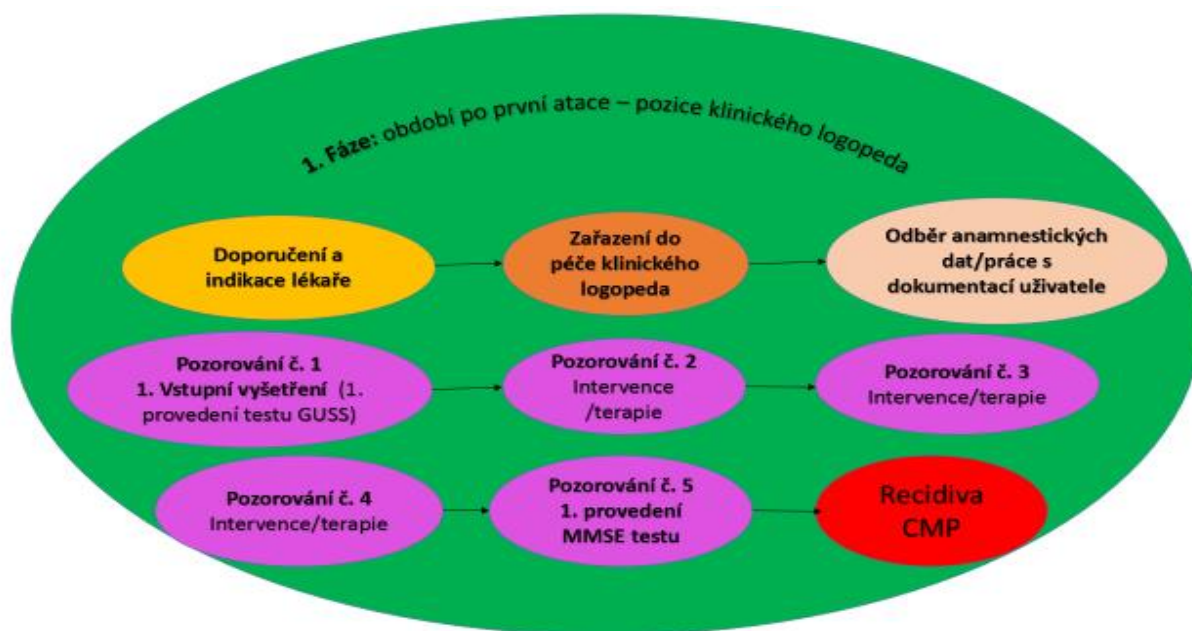
- Předmět pozorování.
- Způsob pozorování.
- Kódování.
- Záznam pozorování.

V souvislosti s výše uvedenými charakteristikami plánu bylo uskutečněno celkem 26 pozorování (12 klinického logopeda, 12 ergoterapeuta a 2 zrakového terapeuta), která byla realizována v časovém horizontu jednoho roku, v denním rozmezí od 6.30 do 15. 00, 2x až 3x za měsíc v interiéru (na pokoji uživatele nebo v ergoterapeutické místnosti) či v exteriéru zařízení i mimo něj. Během jednotlivých intervencí/terapií probíhala potřebná hodnocení a testování. Časový úsek strávený pozorováním byl průměrně 25–30 minut v rámci jednoho úkonu, ale vždy záleželo na momentálním zdravotním a psychickém stavu. Důraz byl kladen na zachování intimity, minimalizaci rušivých elementů a ovlivňování pozorované aktivity. Z těchto důvodů se jevilo jako nejvíce vhodné otevřené zúčastněné pozorování s minimální mírou participace podpořené pozicí v záhlaví lůžka. Švaříček a Šed'ová (2014) v této souvislosti doporučuje, aby míra zvolené účasti korespondovala s výzkumným záměrem a mohla se i během procesu výzkumu změnit. Předmětem pozorování se stalo stávající testování ADL, obou jeho forem BI i EBI viz tabulka č. 1 a 3 v příloze č. 2, intervence/terapie/testování ADL z pozice ergoterapeuta, intervence/terapie/testování klinického logopeda a zrakového terapeuta. Zaznamenané výsledky a průběh interdisciplinární spolupráce se staly součástí dokumentace zmiňovaných odborníků a po dohodě s ředitelem zařízení budou zveřejněny v přílohách pouze výsledky testů. Záznam průběhu pozorování se stal rovněž součástí dokumentace zařízení a uveřejněna bude pouze sumarizace jednotlivých pozorování, kde budou uvedena podrobná vstupní hodnocení, intervence/terapie a možná doporučení s krátkým subjektivním i objektivním hodnocením stavu uživatele.

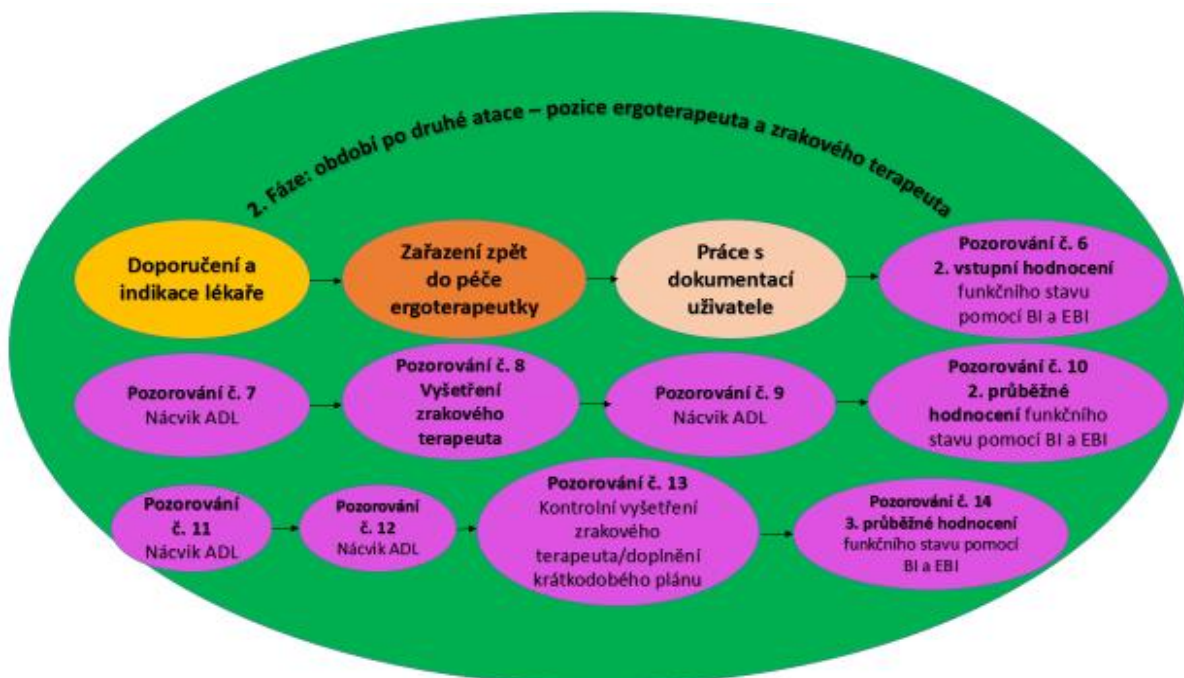
Vzhledem k vývoji onemocnění byl průběh pozorování rozdělen do dvou časových úseků (1. fáze a 2. fáze). První fáze byla zahájena krátce po propuštění z nemocnice po prodělané CMP a byla ukončena její recidivou. Uskutečněno bylo celkem 5 pozorování klinického logopeda a 5 ergoterapeutky viz obrázky č. 6 a 7. Druhá fáze (viz obrázky č. 8 a 9) započala také spoluprací obou profesí krátce po propuštění z hospitalizace a byla ukončena po celkově od začátku 24. pozorování, neboť funkční stav uživatele se již stabilizoval a nedocházelo k výraznému progresu v pozitivním či negativním směru. Vzhledem k závažnosti následků po druhé CMP a zamítnutí očního vyšetření ze strany oftalmologického lékaře bylo v této fázi nutné požádat o intervenci zrakového terapeuta k provedení diferencíální diagnostiky. Realizována byla 2 pozorování. Po její realizaci byl navržen vhodný postup a doplněn krátkodobý rehabilitačního plán v oblasti nácviku ADL.



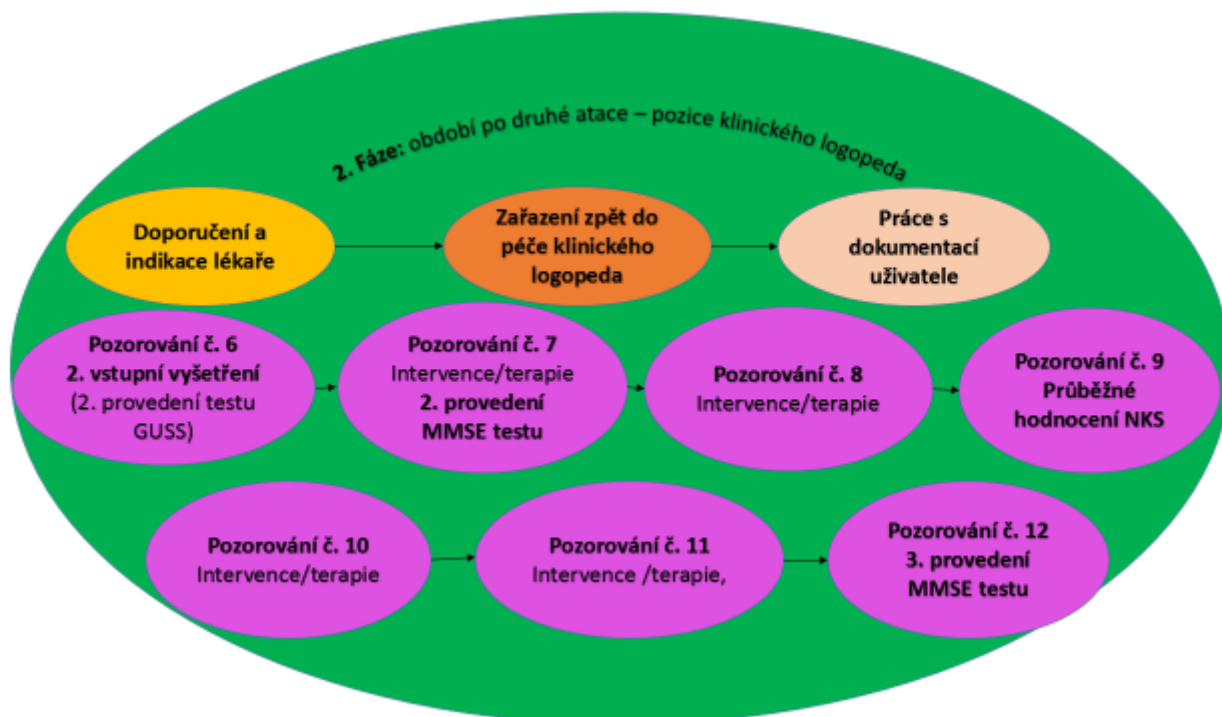
Obrázek 6: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 1. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 7: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 1. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 8: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 2. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice ergoterapeuta a zrakového terapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 9: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 2. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.

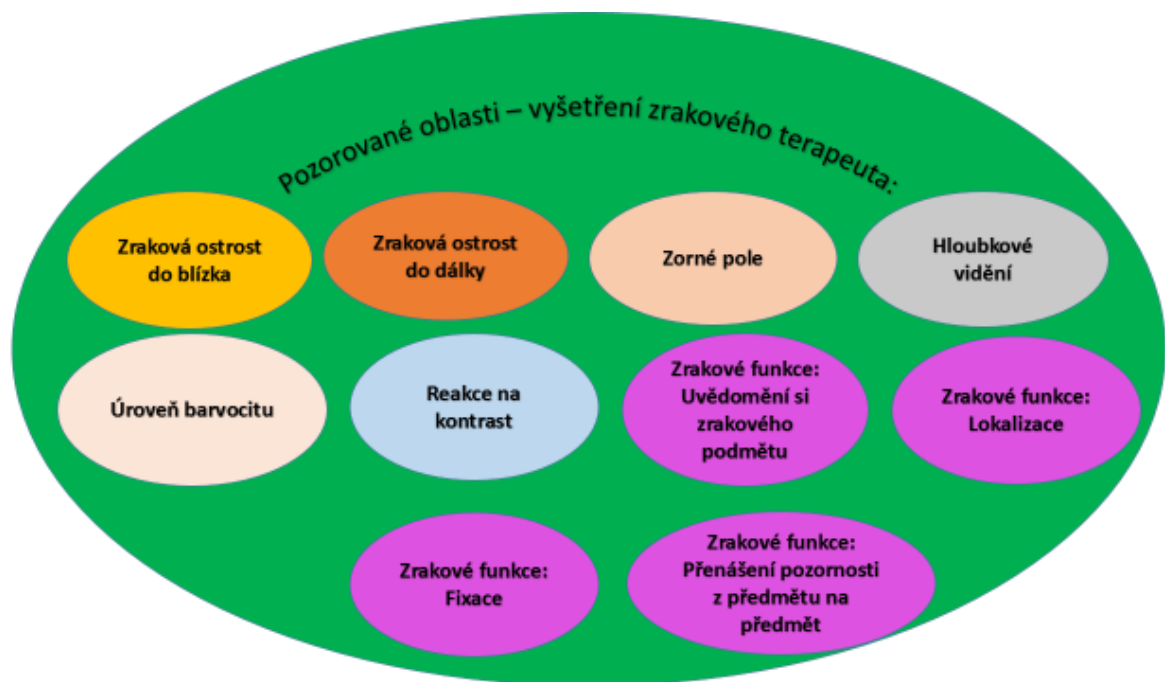
Následující obrázky č. 10, 11, 12 a 13 shrnují pozorované oblasti jednotlivých odborníků.



Obrázek 10: Shrnuje graficky pozorované oblasti PADL u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 11: Shrnuje graficky pozorované oblasti IADL u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 12: Shrnuje graficky pozorované oblasti u vybraného případu z pozice zrakového terapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.



Obrázek 13: Shrnuje graficky pozorované oblasti u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.

5.4 Analýza a interpretace dat

Hendl (2016) uvádí, že analýza dat případové studie nemusí vycházet z nějakého zvláštního přístupu. Stake (1995) v této souvislosti dodává, že nelze přesně definovat okamžik, kdy začíná. Cílem výzkumníka je dát smysl nashromážděným údajům z případové studie (Hendl, 2016) Autoři Miles a Huberman (1994, in Hendl, 2016) definovali vlastní odbornou veřejností uznávaný přístup k analýze dat případové studie, kdy rozlišují analýzu orientovanou na případy a analýzu orientovanou na proměnné. Pro účely této studie byl zvolen první typ analýzy, neboť posuzuje případ celostně, orientuje se na proces a hledá uspořádání, příčiny, asociace a následky uvnitř případu, popřípadě komparuje malé množství případů navzájem. Analýza dat v pojetí těchto dvou autorů začíná už při prvním sběru dat. V dalším průběhu výzkumu dochází ke střídání fáze sběru dat a analýzy. Pelikán (1998) v této souvislosti také dodává, že samotný sběr dat a jejich analýza a interpretace probíhá zároveň a má dlouhodobý charakter. Je zde snaha o získání integrovaného pohledu (Gavora, 2000; Miovský, 2006). Následující schéma č. 14 zobrazuje v kontextu pojetí těchto autorů celý proces analýzy a interpretace dat v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu u vybraného uživatele v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o.



Obrázek 14: Shrnuje graficky celý proces analýzy a interpretace dat v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu u vybraného uživatele v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o.

V návaznosti na uvedený celý proces analýzy a interpretace dat budou v následujícím textu zmíněny a krátce popsány uplatněné přístupy vedoucí k naplnění stanoveného hlavního cíle.

5.4.1 Aplikované přístupy k analýze a interpretaci dat

V rámci přístupu k analýze dat a jejich následné interpretaci byly využity následující postupy:

Uchovávání a organizace dat

Švaříček a Šedřová (2014) uvádí, že získaná data z pozorování je nezbytné přepsat do přijatelné podoby ke zpracování. Tento proces se nazývá transkripce (Hendl, 2016). V případě tohoto návrhu pilotního projektu byla data z pozorování přepisována a uchovávána v elektronické podobě a poté předána zařízení k jejich archivaci. Data byla organizována na základě data dne jednotlivých návštěv a práce zmiňovaných odborníků.

Segmentace a kódování

Hendl (2016) popisuje segmentaci jako rozdělení dat do analytických jednotek. Významovými jednotkami se stala dokumentace uvedených jednotlivých odborníků a záznamy z jejich pozorování vztahující se k položkám testu BI a EBI. Pro lepší přehlednost a interpretaci získaných dat byly k jednotlivým úsekům každého pozorování daného odborníka přiřazovány kódy s čísly dle položek stávajících testů, viz příloha č. 4, tabulka č. 5. Poté byly kódy shlukovány do smysluplných skupin dle témat jednotlivých položek testů (PADL, IADL, intervence/terapie/testování klinického logopeda a zrakového terapeuta.

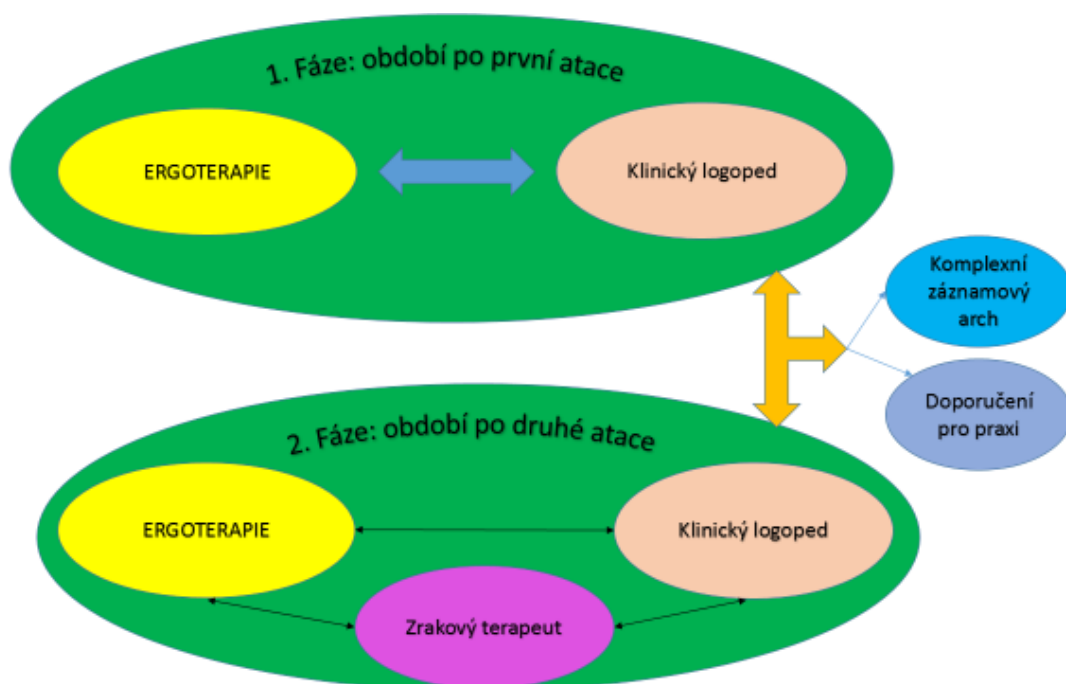
Poznámkování

Hendl (2016) chápe poznámkování jako záznam myšlenek, které se týkají sběru dat nebo jejich analýze. Jejich smyslem je propojení několika částí dat, zejména vztahů mezi kódy (Švaříček a Šedřová, 2014)

5.4.2 Průběh analýzy a interpretace dat celého rehabilitačního procesu u vybraného případu v rámci interdisciplinární spolupráce

V rámci 14 pozorování byly současně vyhodnocovány a interpretovány nejprve výsledky intervence ergoterapeutky i klinického logopeda a poté komparovány se závěry z pozorování zrakového terapeuta, jehož intervence probíhala až po nástupu druhé ataky CMP. Dále výsledky z každé fáze pozorování byly komparovány s výsledky v době probíhajícího výzkumného šetření současných osobních a úředních dokumentů z oblasti zdravotní, ošetřovatelské a sociální. Proces jejich analýzy a interpretace přinesl celkový obraz

o funkčním stavu vybraného uživatele po CMP, průběhu rehabilitačního procesu a konstrukci komplexního záznamového archu vycházejícího z jednotlivých položek testu BI a EBI. Jejich úprava byla realizována na základě pozorovaných oblastí nácviků/terapií/intervencí/testování z pozice těchto odborníků. Z interdisciplinární spolupráce vznikla také možná doporučení pro praxi využitelná ve jmenovaném zařízení. Na níže vytvořeném schématu č. 15 lze demonstrovat fáze pozorování, analýzy a interpretace výsledků z obou fází.



Obrázek 15: Shrnuje graficky fáze pozorování a proces komparace výsledků.

5.4.3 Triangulace

Hendl (2016) uvádí, že metody kvalitativního výzkumu se v praxi různě kombinují a dochází k jejich vzájemnému míšení. Tento postup je označován jako triangulace (Skutil, 2011). Ve výše uvedeném textu byl zobrazen proces analýzy a interpretace sběru dat. V rámci tohoto návrhu bylo využito dat poskytnutých několika odborníky (ergoterapeutem, klinickým logopedem a zrakovým terapeutem). V kontextu uvedeného byla využita datová triangulace, kterou Skutil (2011, s. 77) popisuje tento postup jako: „...používá různé datové zdroje a odlišuje je různými metodami sběru dat.“ Doporučuje zkoumat jev v rozličných časových momentech, na odlišných místech a u různých osob.

5.5 Volba a zdůvodnění vybraného případu

Švaříček a Šedřová (2014) uvádí, že výběr případů je určen výzkumným problémem a na něj navazujícími výzkumnými otázkami. Hendl (2016) považuje samotný výběr výzkumného vzorku, jako primární postup pro realizaci výzkumného šetření. Gavora (2000) dodává, že počet osob nemusí být velký, ale musí být dobře zvolen, aby poskytl požadované informace. Počet osob se také odvíjí od výzkumné otázky. Zkoumaná osoba je v případě kvalitativní výzkumné strategie nazývána „*případem*“ (Hendl a Remr, 2017; Kajánová, Dvořáčková a Stránský, 2017). Pro potřeby návrhu pilotního projektu bylo zvoleno účelové vzorkování jako technika konstrukce vzorku. Dle Hendla a Remra (2017) tvoří jeho podstatu výběr jednotlivých případů odvíjející se od záměru výzkumného šetření. Linderová, Scholz a Munduch (2016) jej dále dělí na další podskupiny. Jednou z nich je i vzorkování kritériální, které bylo užito v rámci výběru případu.

V tomto případě byla předem daná struktura výběru, na níž lze prokázat účast speciálních pedagogů a přínos jejich součinnosti v poradenském procesu v oblastech ADL. Jednalo se tedy o záměrný výběr dle určitých předem daných kritérií, odvíjející se také od kvalifikovaného úsudku ergoterapeutky. Kritéria byla následující:

- osoba seniorského věku nad 65 let,
- pohlaví bez rozlišení,
- do 2 měsíců po CMP,
- s limitem v oblasti personálního ADL po proběhlé CMP,
- s narušenou komunikační schopností po proběhlé CMP,
- se sníženou pohyblivostí po proběhlé CMP,
- s narušenými zrakovými funkcemi či zrakovým vnímáním vzniklé na podkladě narušeného vedení a zpracování zrakové informace v mozku po proběhlé CMP,
- neglect syndrom po proběhlé CMP,
- uživatel zařízení.

Na základě těchto vytýčených parametrů odpovídal z celkového počtu 92 uživatelů pouze jeden případ. V následujícím textu budou formou shrnujícího protokolu představeny jeho anamnestické údaje, vývoj onemocnění, funkční hodnocení a testování z pozice

ergoterapeuta/speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením, klinického logopeda a zrakového terapeuta.

5.5.1 Představení případu

Základní údaje splňující kritéria:

Muž: X. Y, narozen v roce 1941, uživatel Domova Hrubá voda, p. o., NKS (Narušená komunikační schopnost), limit v oblasti ADL (levostranná hemiparéza), narušené vedení a zpracování zrakové informace v mozku (Neglect syndrom, CVI), cca. 1 měsíc po proběhlé 1. CMP.

Dg: CMP na podkladě intrakraniálního krvácení,

- Anamnéza:

Anamnestická data byla odebrána ve spolupráci s ergoterapeutkou a doplněna údaji z její a sociální dokumentace.

Osobní anamnéza

Ischemická choroba srdeční (ICHS), arteriální hypertenze (HN III), stav po proběhlém infarktu myokardu (IM) v roce 1987, stav po provedeném bypassu v 11/2001, diabetes melitus (DM II. typu na dietě), stav po operaci strumy v roce 2008, nefrolitiáza, běžné dětské nemoci.

Rodinná anamnéza

Rodiče pana X. Y již nežijí. Matka zemřela, když mu bylo patnáct let. Příčina smrti není v dokumentaci uvedena. Otec zemřel v nemocnici po prodělané těžké cévní mozkové příhodě ve věku šedesáti let.

Pracovní a sociální anamnéza

Po ukončení základní školy absolvoval střední odborné učiliště – obor instalatér. Tuto práci také vykonával celý život. Nyní je v důchodu. Je rozvedený, s manželkou měli pouze jedno dítě (dceru). Žil sám v rodinném domku na vesnici, sourozence neměl. S dcerou a zetěm měl velmi pěkný vztah. Do vzniku 1. CMP za ním dojížděla a starala se o něj, ale poté sama vážně onemocněla a péči by již nezvládala. Po propuštění z nemocnice byl uživatel umístěn na sociální lůžko v Odborném léčebném ústavu Paseka (dále jen OLÚ Paseka) a dcera podala žádost o umístění do Domova Hrubá Voda, p. o. Pobyt v zařízení zpočátku nesnášel dobře. Projevovalo se u něj agresivní chování, plačtivost, vulgarismy a desorientace, která se v důsledku jeho psychické nepohody ještě akcentovala.

Alergologická anamnéza

Silná alergie na jód.

Zájmy

Od mládí má rád hudbu (country). Hrál také na kytaru v country kapele.

Lateralita

Pravá horní končetina (PHK).

Příspěvek na péči

Uživateli byl přiznán příspěvek na péči 3. stupně.

Vývoj stavu

Uživatel přichází do zařízení Domov Hrubá Voda dne 9. 1. 2019 z OLÚ Paseka, kde byl umístěn na sociální lůžko dne 15. 12. 2018 po ukončení hospitalizace na neurologickém oddělení po proběhlé CMP dne 1. 12. 2018 na podkladě krvácení s lehkou pravostrannou hemiparézou. Zde byl po uplynutí adaptačního období (po 14 dnech) zařazen na základě indikace praktického a neurologického lékaře do ergoterapeutické a logopedické péče. Po první atace byla diagnostikována expresivní afázie, výrazný limit v oblasti ADL pro sníženou funkční schopnost druhostranných končetin (pravostranných končetin) a snížení kognitivních schopností vzhledem k premorbidní úrovni. Po druhé atace CMP (dne 29. 5. 2019) se po návratu z nemocnice dne 13. 6. 2019 manifestoval v popředí klinického obrazu levostranný Wernicke – Mannův syndrom (zasážena byla pravá hemisféra), imobilita, celková rigidita, počínající flekční kontraktury hamstringů bilaterálně, inkontinence moči i stolice. V rámci diferenciální diagnostiky klinického logopeda vzhledem k NKS po druhé CMP byl stav uzavřen jako jiné a nespecifikované poruchy řeči (R 47.8), který byl později označen jako kognitivně komunikační porucha. Vizuálně gnostické poruchy se manifestovaly až od druhé CMP s jednoznačnou progresí negativním směrem. Během hospitalizace byl diagnostikován suspektní neglect syndrom a homonymní hemianopsie. Po proběhlé diferenciální diagnostice zrakového terapeuta byl stav označen jako suspektní CVI. V souvislosti s uvedenými údaji je nezbytné také věnovat pozornost základním etickým pravidlům výzkumu. V následujícím textu budou některá z nich úžeji specifikována.

5.5.2 Etické aspekty návrhu pilotního projektu

Hendl (2016) zmiňuje, že v souvislosti s realizací společenskovedního výzkumu existují různé etické zásady, které nelze ignorovat. Švaříček a Šedřová (2007) je vymezuje jako obecné

principy vztahující se zejména k ochraně soukromí, poučenému souhlasu, zatajení cílů a okolností výzkumu, reciprocitě, emočnímu bezpečí či ochraně zdraví. V rámci těchto uvedených zásad byl vybraný případ (osoba seniorského věku po CMP) informován a požádán o udělení souhlasu s realizací, zpracováním a zveřejněním výsledků i místa šetření v tomto návrhu pilotního projektu. Souhlas však nelze vzhledem k zachování anonymity případu uveřejnit. Byl založen do jeho sociální a ergoterapeutické dokumentace. Průkaznost je však doložena vzorem potvrzení sociální pracovníce a ředitele zařízení ošetřený razítkem zařízení (viz příloha č. 4, obrázek č. 8), originál byl založen do dokumentace sociální pracovníce. Dále byl také nezbytný samostatný souhlas ředitele zařízení s realizací tohoto šetření, řešeno opět stejným způsobem (viz příloha č. 4, obrázek č. 9). Vzor zpracovaného informovaného souhlasu je k dispozici v příloze č. 4, obrázek č. 10. Jeho součástí je také souhlasné vyjádření uživatele, že byl obeznámen s cílem a možnými okolnostmi, které by mohly nastat v průběhu šetření. Byla mu také dána možnost zeptat se na veškeré podstatné náležitosti týkající se jeho účasti a dostal jasné a srozumitelné odpovědi na své otázky. Byl poučen o právu odmítnout účast ve výzkumu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí. Zároveň také nedošlo k narušení jeho soukromí a k ohrožení jeho psychického či fyzického zdraví.

V této kapitole byl představen metodologický rámec návrhu projektu, který zahrnoval metodologická východiska, popis metod a procedur sběru dat, jejich analýzy a interpretace, volby a zdůvodnění vybraného případu. V závěru kapitoly byla pozornost věnována také etickým aspektům návrhu tohoto pilotního projektu. Zvláštní důraz byl kladen zejména na poučený (informovaný) souhlas, svobodu odmítnutí účasti v projektu a ochranu soukromí. Požadavek anonymity zde nebyl naplněn zcela, neboť účastník již od počátku souhlasil v rámci naplnění vytýčeného cíle nejen se svou účastí, ale i s uveřejněním výsledků a místa šetření. Byl poučen o svém právu odmítnout účast v šetření nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez jakéhokoliv tlaku na jeho osobu.

Vzhledem k obsáhlosti sebraných dat bylo nezbytné jejich souhrn uvést v rámci samostatné kapitoly. V následujícím textu bude úžeji specifikován obsah jednotlivých pozorování a jejich výsledky, včetně vstupních hodnocení a vyšetření.

6 SOUHRN POZOROVÁNÍ PO PRVNÍ CMP

Vzhledem k obsáhlosti jednotlivých pozorování byla tato kapitola koncipována jako samostatná. Pozornost je zde věnována jednotlivým pozorováním, ale dle pokynů ředitele zařízení bylo možné uveřejnit pouze podrobná vstupní hodnocení (z pozice ergoterapeuta/speciálního pedagoga, klinického logopeda a zrakového terapeuta), průběh, intervence/terapie a výsledky testování pouze ve zkrácené formě. Důraz je zde kladen zejména na doporučení pro práci s danou osobou. Některé testy byly také provedeny pouze orientačně („*Škála deprese pro geriatrické pacienty*, *MMSE test*, *Test rovnováhy podle Bergové*“). Sebraná data byla časově rozdělena na období po první atace a období po druhé atace. Celkově sběr dat pokrýval období jednoho roku.

6.1 Sumarizace 1. pozorování po 1. CMP

V rámci pozorování č. 1 byla hodnocena data poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem. Společným cílem těchto dvou odborníků bylo dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti, nezávislosti a posílení kompetencí uživatele.

6.1.1 Pozice ergoterapeuta

15. 1. 2019

Aktivita: provedeno vstupní hodnocení funkčního stavu dle testu BI a EBI (na základě informací ergoterapeutky a pozorování uživatele při vybraných aktivitách viz příloha č. 5, tabulka č. 6 a 7), orientačně „Škála deprese pro geriatrické pacienty“ (viz příloha č. 5, obrázek č. 11 a funkční analýza z pozice ergoterapeuta/speciálního pedagoga.

Funkční analýza (čerpáno z dokumentace ergoterapeutky):

Subjektivně: uživatel neudává žádné obtíže, plačtivý.

Objektivně: uživatel hodnocen v rámci prováděného nácviku. Lucidní, převážně klidný, lpí na svých věcech, nemá rád manipulaci s jeho věcmi bez dovolení (fyzicky i verbálně agresivní). Používá vulgarismy a nadávkám lze rozumět. Verbálně komunikuje místy nesrozumitelně, porozumění mluvenému je zachováno, opis slov je narušen. Během vyšetření a provedených hodnocení spolupracuje, na otázky odpovídá pouze „jo“. Verbálně komunikuje minimálně, komunikaci sám nezahajuje. Porozumění mluvenému je zachováno, opis slov

je narušen. Myšlení je obsahově chudé, chybí strukturalita dne. Psychomotorické tempo je zpomalené, odpovědi přicházejí s delší latencí. Objevuje se perserverace, jak v grafomotorickém, tak ve verbálním projevu, porucha vůle je nepřítomna. Své potřeby, souhlas/nesouhlas dokáže vyjádřit.

Lateralita: PHK (dle údajů dcery), nyní používá obě HKK, více levou.

Mobilita v horizontále (v rovině) je částečně zachována se slovním vedením a výraznou fyzickou asistencí. Ve vertikále (v napřimení) potřebuje výraznou verbální i fyzickou pomoc a podporu. Chůze prozatím neschopen. Inkontinence moči i stolice (pleny na noc i přes den). Dětský sed v lůžku zvládá s výraznou fyzickou asistencí, sed bez opory pouze krátkodobě, poté vertigo (točení hlavy). Schody netestovány. Během aktivit v rámci PADL i IADL potřebuje výraznou fyzickou asistenci a slovní vedení. V průběhu hodnocení aktivit shledána velmi nízká motivační úroveň, při povzbuzení viditelné zlepšení. V důsledku prodělaného krvácení je narušena koordinace HKK. Orientace v prostoru je snižena zejména v adaptačním období. Se slovním vedením činností, výraznou fyzickou asistencí a aktivním asistovaným pohybem zvládá jejich provedení. Při koupání potřebuje výraznou fyzickou asistenci, komentování situace a vedení pravé horní končetiny. Během jakékoliv aktivity je nezbytné poskytnout možnost výběru, možnost volby i časového zahájení daného úkonu. Využívat ukotvení v realitě. Výsledky orientačně provedené škály deprese pro geriatrické pacienty vykazují mírnou depresi. Vhodné konzultovat s psychiatrickým lékařem.

Cíl:

Dosažení kvalitního pohybového stereotypu v lůžku i mimo něj a maximálně možné úrovně soběstačnosti. Reedukace kvalitního stereotypu chůze, nastavení funkční komunikace.

Krátkodobý plán:

Pomoc a podpora v jednotlivých oblastech nácviku PADL i IADL s využitím následujících intervenčních strategií: edukace/nácvik, kompenzace/adaptace, obnova/navrácení původních schopností 4x týdně 20–30 minut. Níže v textu jsou podrobně jednotlivé nácviky obou zmiňovaných součástí ADL úžeji specifikovány.

PADL

➤ Použití toalety/hygiena po použití toalety

Edukace/nácvik: zvládnání manipulace s oděvem; udržení a zvládnutí změn poloh těla při použití toalety; očištění tělesných partií.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (podpěra na WC, nástavec na WC, močová láhev, držák toaletního papíru) a kompenzační mechanismy (instalace madel na toaletě, vodovodní baterie s jednoduchým ovládáním – páková, označení dveří piktogramem se symbolem toalety nebo fotkou toalety).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (rozehřátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe); aktivní procvičování nezasazených částí těla; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (nachystání si pomůcek, změna místnosti toalety).

➤ Ovládání močení a vyprazdňování stolice

Edukace/nácvik: kompletní úmyslná (vědomá) kontrola močení a vyprazdňování stolice.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (WC křeslo, močová láhev, podpěra na WC) a kompenzační mechanismy (inkontinenční pomůcky (plenkové kalhotky), výšková úprava splachovače a vypínačů na toaletě, označení toalety piktogramem nebo fotkou, časté upozorňování personálem na toaletu, připomínka toalety ve formě piktogramu).

Obnova/navrácení: nácvik přerušovaného proudu moči na toaletě; před aktivitou lze využít prvky Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku se zadržováním nutkání na moč, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (uplatňovat rozehřátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (postupné prodlužování délky odchodu na toaletu a nachystání si pomůcek, změna místnosti toalety); aktivní procvičování nezasazených částí těla.

➤ Příjem stravy

Edukace/nácvik: příprava, uspořádání a přenesení jídla (tekutiny) z talíře nebo hrnku k ústům.

Kompenzace/adaptace: využívání kompenzačních pomůcek (protiskluzná podložka pod talíř, odlehčený hrnek s ušima, slámky na pití, upravené prkénko s možností napíchnutí krájené

potraviny, speciální stravovací pomůcky typu příboru s rozšířeným úchopem, držák varné konvice) a kompenzačních mechanismů (označení šuplíků s potravinami a nádobím v kuchyňce, úprava stravy na menší kousky, případně i její konzistence, uzpůsobení pozice - ergonomie sedu a stoje, správné výškové nastavení stolku u lůžka).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku; cvik přenášení váhy v daných polohách; cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (rozehrátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe), aktivní procvičování nezasažených částí těla; podpora vizuospaciálních funkcí (návčik orientace na stolku – nahore, dole, vpravo, vlevo, tvorba a vizualizace týdenního jídelníčku dle výběru jídla uživatelem); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (střídání sedu a stoje při umytí a uklizení nádobí, podávání předmětů z poliček, chystání potravin).

➤ Koupání/sprchování

Edukace/návčik: cesta do koupelny; svléknutí /obléknutí oděvu; obsluha sprchové baterie; namydlení; opláchnutí a osušení tělesných partií; udržení a zvládnutí změny polohy těla při jednotlivých úkonech tělesné očisty; podpora tělesného schématu a vnímání.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (kartáč na tyči, houbička na tyči, dávkovač na mýdlo, sedačka do sprchy/do vany, madla, koupací vozík/křeslo, protiskluzná podložka) a kompenzační mechanismy (uzpůsobení polohy při provádění hygieny, rituál).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (rozehrátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe), aktivní procvičování nezasažených částí těla, kartáčování hřbetu ruky a zápěstí pro uvolnění zvýšeného napětí svalů horních a dolních končetin (používání kartáčků a žínků); rozevírání dlaně paretické horní končetiny pomocí hlubokých tlaků do dlaně a teplé vody; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (střídání sedu a stoje při koupeli, přichystání kosmetických přípravků a oblečení).

➤ Osobní hygiena/péče o vzhled

Edukace/návčik: péče o vousy (oholení, opláchnutí pěny); umytí vlasů (nanesení šampónu, opláchnutí vodou); vysušení a úprava účesu/učesání; péče o nehty na rukou i nohou; péče

o kůži, uši, oči a nos; aplikace deodorantu; péče o zubní náhradu (vyjmutí, vyčištění a nasazení); péče o horní končetinu a dolní končetinu (důkladné promazávání krémem).

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (nůžky na nehty pro leváky/praváky, hřeben s prodlouženou rukojetí, držáky pomůcek, protiskluzná podložka, dávkovač mýdla) a kompenzační mechanismy (lepidlo na zubní náhradu (Corega), židle k umyvadlu a zrcadlu, uzpůsobení pozice – ergonomie sedu a stoje, dostupnost a zpřehlednění pomůcek pro osobní hygienu, rozšíření úchopové části pomůcek, rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky, zapojování paretické horní končetiny do všech aktivit).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků kinestetické mobilizace (správné polohování horního a dolního trupu do polohy polozáda, uvedení paretické horní končetiny do zevní rotace v ramenním kloubu a dolních končetin jako při chůzi, v případě otoku končetin je nezbytné podložit ji do zvýšené pozice, správná manipulace s horní končetinou při posazení, otáčení na bok a transferu mimo lůžko, neuchopovat za koncové části horní končetiny, uplatňovat rozevření měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran) a preterapie (kontaktní reflexe), kartáčování hřbetu ruky a zápěstí pro uvolnění zvýšeného napětí svalů, protahování zkrácených svalů, aktivní procvičování nezasazených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminační cití; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (příprava kosmetických přípravků a oblečení, skládání oblečení, zanesení špinavého prádla do prádelny).

➤ Oblékání

Edukace/nácvik: postup při oblékání/svlékání (viz příloha č. 5, obrázek 12–14); výběr oblečení a doplňků dle denního období, aktivity a počasí; příprava oblečení ze skříněk; posloupnost jednotlivých částí oděvu při oblékání a svlékání; úprava oděvu; zapnutí knoflíků; obutí bot; navlékání a svlékání peroneální pásy.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky viz příloha č. 5, obrázky č. 15–20 (oblékač ponožek a obouvač bot, zapínač knoflíků, suché zipy, elastické tkaničky, švédský podavač předmětů, obouvací lžice, zdrhovadla na zip) a mechanismy (nejprve vždy oblékat paretickou horní končetinu ve stabilizované poloze a poté druhou horní končetinu, volit volnější oděv,

uzpůsobit pozici – ergonomie sedu a stoje, rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky; zapojování paretické horní končetiny do všech aktivit).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků mirror terapie, Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), preterapie (kontaktní reflexe), kinestetické mobilizace (rozehřátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), aktivní procvičování nezasažených částí těla, kartáčování hřbetu ruky, zápěstí a dolní končetiny pro uvolnění zvýšeného napětí svalů, protahování zkrácených svalů, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změna materiálu, střídání poloh, různé druhy oděvu).

➤ Péče o osobní pomůcky či prostředky

Edukace/nácvik: použití a udržování pomůcek (zubní náhrada, peroneální páska, dávkovač léků); vedení k čistotě pomůcek.

Kompenzace/adaptace: Kompenzační pomůcky (držáky) a kompenzační mechanismy (jednoduše zpracovaný manuál pro postup údržby a čištění pomůcek; pomoc personálu, uzpůsobení pracovní pozice a prostředí – ergonomie sedu a stoje, čistící tablety, rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky; zapojování paretické horní končetiny do všech aktivit).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků mirror terapie, Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), preterapie (kontaktní reflexe), kinestetické mobilizace (rozehřátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), aktivní procvičování nezasažených částí těla; kartáčování hřbetu ruky, zápěstí a dolní končetiny pro uvolnění zvýšeného napětí svalů, protahování zkrácených svalů, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (střídání poloh).

➤ Mobilita

Edukace/nácvik: pohyb v lůžku v rovině/ ve vertikále; transfery v lůžku i mimo lůžko; vertikalizace do sedu; chůze; nasazení peroneální pásky.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky viz příloha č. 5, obrázky č. 21–28 (vysoké chodítko, čtyřbodová hůl, pomůcky k usnadnění mobility v lůžku i mimo lůžko – žebříček, hrazdička, skluzné prkno, skluzné podložky, peroneální páska - zabraňuje přepadení špičky

chodidla dopředu, mechanický vozík pro delší trasu, elektrický skútr, vložky do bot, pružné tkaničky, zaoblená špička, berle, hole, čtyřkolová a rámová chodítka, válečky nebo roličky z molitanu nebo vaty pod rameno paretické horní končetiny, ortézy pro horní končetinu „*Omo neurexa a Delbetovy kruhy*“ a mechanismy (stoleček umístit taktéž na tutéž stranu, posazovat přes bok, do stoje vertikalizovat s úchopem paretické horní končetiny druhou rukou, mírně se rozkročit a přenést váhu na obě končetiny v mírném předklonu, při chůzi poskytovat pomoc a podporu z paretické strany oporou o dlaň uživatele v poloze mírně od těla a přidržovat loket, organizace a úprava nábytku - chrániče rohů, boty na suchý zip, vhodně zvolená pevná obuv bez podpatku, používání výtahu).

Obnova/navrácení: aktivní asistovaný pohyb; před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran, při manipulaci v lůžku otáčet pře paretickou stranu), preterapie (kontaktní reflexe), kinestetické mobilizace (správné polohování horního a dolního trupu do polohy polozáda, uvedení paretické horní končetiny do zevní rotace v ramenním kloubu a dolních končetin jako při chůzi, v případě otoku končetin je nezbytné podložit ji do zvýšené pozice, správná manipulace s horní končetinou při posazení, otáčení na bok a transferu mimo lůžko, neuchopovat za koncové části horní končetiny, uplatňovat rozehrátí měkkých částí před zahájením samotného pohybu), protahování zkrácených svalů, kartáčování dolní končetiny, aktivní procvičování nezasazených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí; korekce patologických pohybových stereotypů; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změna terénu, prodlužování délky trasy a času, překážkami, cestování automobilem, autobusem).

IADL

➤ Hospodaření s penězi

Edukace/nácvik: nakládání s finančními prostředky; plánování zakoupení potřebných věcí; přehled o měsíčních výdajích a cenách potravin/ošacení/léků.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (mincovník, zásobník na třídění peněz, šablona na peníze) a kompenzační mechanismy (rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky, vytvoření seznamu na nákup, nákupy v kantýně zařízení).

Obnova/navrácení: příprava na aktivitu (práce s letákovým materiálem potravin, oděvů, nácvik nákupu ingrediencí na konkrétní jídlo, vyhledání cen, příprava rozpočtu, zapojování

paretické horní končetiny do všech aktivit, aktivní procvičování nezasažených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí, podpora jemné motoriky - třídění materiálu, stavebnice, zacházení s předměty denní potřeby, uvolňování, polohování a centrace kloubů paretické horní končetiny dle prvků kinestetické mobilizace a Bobath konceptu, kartáčování paretické horní končetiny, protahování zkrácených svalů, procvičování seriality, grafémů, vykonání psaného pokynu, porozumění psanému textu, opis textu, rozpoznávání na obrázku, co je špatně a dobře); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (práce s různými hmotami v různých polohách, spojené s přecházením); společenské hry („dostihy a sázky“) podporující manipulaci s penězi.

➤ Verbální komunikace (telefonování)

Edukace/nácvik: obsluha mobilního telefonu (nabíjení, volání, ukládání čísel, psaní zpráv).

Kompenzace/adaptace: kompenzační mechanismy (zvětšení písma v telefonu, dostatečná hlasitost a velikost telefonu, barevné provedení, jednoduché ovládání, dostatečně velká a viditelná tlačítka s displejem, voděodolnost, ochranná fólie displeje, vytvoření jednoduchého postupu zacházení s mobilním telefonem) a kompenzační pomůcky (telefon pro seniory – „*Aligátor*“, držák na telefon).

Obnova/navrácení: příprava na aktivitu (aktivní procvičování nezasažených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí, podpora jemné motoriky – třídění materiálu, stavebnice, zacházení s předměty denní potřeby, uvolňování, polohování a centrace kloubů paretické horní končetiny dle prvků kinestetické mobilizace a Bobath konceptu, kartáčování paretické horní končetiny, protahování zkrácených svalů, procvičování seriality, grafémů, vykonání psaného pokynu, porozumění psanému textu, opis textu, rozpoznávání na obrázku, co je špatně a dobře); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (telefonování na různých místech, vyzkoušení jiného telefonu).

➤ Cestování

Edukace/nácvik: cestování veřejnými dopravními prostředky nebo soukromými dopravními prostředky (taxi, přístupnost autobusů, vlaků, cestování automobilem); plánování trasy a úkonů spojených s cestováním.

Kompenzace/adaptace: využívání kompenzačních mechanismů (vytvoření jednoduchého postupu s posloupností aktivity, „*senior taxi*“, seznam úkolů k vyřízení, batoh) a kompenzačních pomůcek (zásobník na mince, rozlišovač mincí, chodítko, čtyřbodová hůl,

peroneální páska, inkontinenční pomůcky, zdrhovadlo na zip a elastické tkaničky, odlehčená láhev s pitím, zvětšený jízdní řád).

Obnova/navrácení: příprava na aktivitu (aktivní procvičování nezasažených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí, podpora jemné motoriky - třídění materiálu, stavebnice, zacházení s předměty denní potřeby, uvolňování, polohování, centrace a procvičování kloubů paretické horní končetiny dle prvků kinestetické mobilizace a Bobath konceptu, kartáčování paretické horní končetiny, protahování zkrácených svalů, procvičování grafémů, vykonání psaného pokynu, porozumění psanému textu, opis textu, rozpoznávání na obrázku, co je špatně a dobře, serialita - příprava oděvu, úprava zevnějšku, zjišťování příjezdů a odjezdů vlaků/autobusů); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (cestování v různém počasí a denní době, více dopravními prostředky, rozpočet na jízdné, orientace v jízdních řádech vlaků a autobusů).

➤ Péče o vlastní zdraví

Edukace/nácvik: sebekontrola chování; dodržování zdravého životního stylu (nutričně bohatá strava, spánková hygiena, pravidelný pohyb, užívání předepsaných léků, dodržování dietních opatření), péče o horní a dolní končetinu.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (dávkovač na léky s barevným rozlišením dnů, harmonogram užívání léků, chrániče rohů nábytku, protiskluzné podložky) a kompenzační mechanismy (léky dává zdravotnický personál, lavičky v areálu zařízení, při chůzi válečky nebo roličky z molitanu nebo vaty pod rameno paretické horní končetiny nebo ortéza pro horní končetinu „*Omo neurexa a Delbetovy kruhy*“, nástěnka, stojaté i nástěnné kalendáře, přehledné nástěnné hodiny).

Obnova/navrácení: práce s obrázkovým materiálem (převyprávění textu, porozumění psanému, serialita, rozpoznávání na obrázku, co je špatně a dobře); kondiční cvičení; přenos informací o uživateli v rámci interdisciplinární péče; podpora strukturality dne, vlastních kompetencí/ rozhodování o sobě samém a vyjádření vůle; dostatek spánku; pitný režim; pravidelné procházky ve venkovních prostorách zařízení; pravidelné kontroly u lékaře a intervence zmiňovaných odborníků; kontrola dolních končetin každý den (ponožky mohou svým shrnutím způsobit otlaky nebo příliš silnými gumičkami nedokrvení končetiny).

➤ Úklid a údržba pokoje

Edukace/nácvik: údržba a vybavení pokoje, čistoty oděvu; povědomí o možnostech pomoci, koho kontaktovat a požádat o pomoc (konkrétní osoby); drobný úklid pokoje a po jídle (umytí a osušení sklenice a příboru, poskládání věcí do skříněk).

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (švédský podavač předmětů, organizér na věci, houbička na tyči) a kompenzační mechanismy (nástěnka, pravidelný režim, vytvoření rituálu, označení piktogramy skříněk, seznam osob a jejich profesí, na které se může v případě pomoci obrátit, harmonogram dne, přehlednost a organizace pokoje).

Obnova/navrácení: příprava na aktivitu (aktivní procvičování nezasažených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace a orientace v prostoru, diskriminačního čítí, podpora jemné motoriky - třídění materiálu, stavebnice, zacházení s předměty denní potřeby, uvolňování, polohování, centrace, kartáčování a procvičování kloubů paretické horní končetiny dle prvků kinestetické mobilizace a Bobath konceptu, protahování zkrácených svalů, procvičování seriality, grafémů, vykonání psaného pokynu; porozumění psanému textu, převyprávění textu, popis obrázků a dějů, rozpoznávání na obrázku, co je špatně a dobře); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (používání různých prostředků na úklid a jejich nákup, práce v různých polohách a s domácími spotřebiči, návod pro obsluhu spotřebičů, práce v kuchyňce, v dílně s nástroji, na zahradě a úklid); přenos informací o uživateli v rámci interdisciplinární péče; podpora strukturality dne, vlastních kompetencí/ rozhodování o sobě samém a vyjádření vůle.

➤ Péče o zvířata v Domově (morčata)

Edukace/nácvik: péče o morčata (příprava krmení a vody; čištění klece; nákup sena a krmiva; očista morčat/česání/koupele; denní rituál).

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (švédský podavač) a kompenzační mechanismy (nachystání pomůcek v dosahu uživatele).

Obnova/navrácení: příprava na aktivitu (aktivní procvičování nezasažených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace a orientace v prostoru, diskriminačního čítí, podpora jemné motoriky - třídění materiálu, stavebnice, zacházení s předměty denní potřeby, uvolňování, polohování, centrace, kartáčování a procvičování kloubů paretické horní končetiny dle prvků kinestetické mobilizace a Bobath konceptu, protahování zkrácených svalů, procvičování seriality, grafémů, vykonání psaného pokynu; porozumění psanému textu, převyprávění textu, popis obrázků a dějů, rozpoznávání

na obrázku, co je špatně a dobře); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (používání různých prostředků na úklid klece a jejich nákup, práce v různých polohách, postupné přidávání aktivit okolo morčete – koupání, přenesení do zahrady); přenos informací o uživateli v rámci interdisciplinární péče; podpora strukturality dne, vlastních kompetencí/ rozhodování o sobě samém a vyjádření vůle.

Dlouhodobý plán:

Pokračování v získaných stereotypch v domácím prostředí, upevňování již získaných pohybových stereotypů, vedení k soběstačnosti (podpora a adekvátní míra pomoci, posílení motivační složky).

6.1.2 Pozice klinického logopeda

23. 1. 2019

Aktivita: **Vstupní neurologické vyšetření, kontrola medikace** (vystaven předpis k logopedické intervenci vzhledem k expresivní afázii (čerpáno z dokumentace ergoterapeutky).

25. 1. 2019

Aktivita: **Vstupní vyšetření fatických funkcí** z pozice klinického logopeda, test GUSS viz příloha č. 5, tabulka č. 8 (čerpáno z dokumentace klinického logopeda).

Subjektivně: uživatel na pozdrav neodpovídá, zrakový kontakt navazuje sporadicky, na otázku, jak se má, pouze kýve hlavou.

Objektivně: korekce brýlemi, nutno preferovat přístup z pravé strany – zatím bez kompenzace sluchadel (na levé straně (doporučeno). Dle zprávy neurologického lékaře stav po operaci struny (lehce dysfonie), pravostranná hemiparéza.

Hodnocené oblasti:

- Spontánní řeč a narativní schopnosti: řeč nonfluentní, časté pauzy, velice špatně srozumitelná.
- Automatické řady: zvládá částečně nebo s dopomocí.
- Porozumění mluvené řeči: místy deficitní na úrovni slov i vět, s vizuální dopomocí se orientuje v okruhu běžného hovoru.
- Opakování: objektivně nelze, nesrozumitelné.
- Pojmenování: obtíže s výbavností slov.

- Vyšetření grafické složky: opis částečně, přepis nikoliv, diktát nikoliv, narušeny i základní automatismy jako podpis. Předepsaný úkon neprovede, hodiny zakreslí, nepřepíše numericky, obličej dokreslí nepřesně.
- Řečové motorické modalitty: menší hybnost pravého ústního koutku, rozsah pohybu jazyka dostatečný, snížená doba fonace, řeč nesrozumitelná. V řeči přítomny nekonstantní chyby při tvoření jednotlivých hlásek, vážne řazení hlásek ve slově za sebou.

Cíl:

Reedukace expresivní a receptivní složky řeči, posílení kompetencí uživatele a zvýšení jeho nezávislosti v oblasti ADL.

Krátkodobý plán:

Zvládání konverzačního tréninku, nácvik adekvátních odpovědí, práce s porozuměním, aktivní zapojení do komunikace, případný nácvik komunikačních a kompenzačních strategií.

Terapie/intervence:

- Dechová a fonační cvičení: práce s hlasem, variabilita, rozsah hlasu.
- Oromotorická cvičení: rty, jazyk, tváře.
- Lexie: přesnost a prodlužování fonační doby.
- Somatognozie: funkcionální komunikace: iniciály, doplňování.
- Opakování.

6.2 Sumarizace 2. pozorování po 1. CMP

V rámci pozorování č. 2 byla hodnocena data z intervencí/terapií poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem

6.2.1 Pozice ergoterapeuta

16. 1. 2019

Aktivita: PADL (mobilita)

- Edukace/nácvik: pohyblivost v lůžku (pohyby v horizontále – nahoru, dolů, doprava, doleva), nácvik posazení se a rytmické stabilizace v sedu.

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav neodpovídá, vulgarismy vůči pečující osobě ve službě.

Objektivně:

Prvotní projevy: rozladěnost, agresivita, strach, vulgární slova, hrozící gesta, mimika v obličeji značící nespokojenost, odmítání pečující. Důvodem agrese byl úklid v šuplíku bez jeho dovolení.

Projevy v průběhu aktivity: úsměv, gesta horními končetinami, vyjadřující jeho potřeby a spokojenost, navázání zrakového kontaktu.

Po vstupu do pokoje uživatel leží v lůžku, během nácvičku se nedokáže sám bez pomoci posadit (sed bez opory udrží pouze krátkodobě), přesunout se mimo lůžko. Samostatně se nenají (aktivní asistovaný pohyb, slovní vedení, pasivní podání stravy), neprovede osobní ani celkovou hygienu, neoblékne si/nesvlékne oblečení, nedokáže použít toaletu. Neovládá močení a vyprazdňování stolice. Nosí inkontinenční pomůcky (pleny) na noc i přes den. Bez pomoci nezvládne udržovat a pečovat o své osobní pomůcky (zubní náhrada, hřeben, zubní kartáček, brýle, příbor). Potřebuje slovní vedení a výraznou fyzickou asistenci jedné osoby. Porozumění se jeví zachováno, odpovědi s delší latencí, dát dostatek času i na odpověď.

Intervence:

- Obnova/navrácení

Doporučení pro praxi:

- Vést komunikaci taktně, klidným tónem hlasu, nespěchat, uplatňovat zdvořilostní chování. Vždy požádat o dovolení, uvést časové ohraničení dané aktivity. Činnosti provádět za jeho spolupráce, vhodné vedení horní končetiny (aktivní asistovaný pohyb) provázené slovním komentováním dané aktivity. Nedělat více věcí najednou. Nesahat na jeho věci bez dovolení. Během rozhovoru možné používat prvky AAK (gesta, mimika, piktogramy, fotografie). Ve spolupráci s klinickým logopedem rozhodnout o zařazení některých znaků z Makatonu. Motivace ke komunikaci slovním ohodnocením provedené aktivity, posilovat jeho kompetence. Je viditelné, že uživatel chce mít přehled o dané situaci, mít nad ní kontrolu a rozhodovat si o věcech. Přistupovat z pravé strany. Aktivity strukturovat, poskytovat návod, zobrazit na nástěnce harmonogram dne, vytvářet rituál. Využívat hudbu během aktivit (country).
- Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky a mechanismy (usnadňující manipulaci v lůžku a jeho vertikalizaci, podání stravy, osobní i celkovou hygienu, nácviček

bipedální lokomoce, péči o pomůcky, cestování, uspořádání a úklid pokoje, hospodaření s penězi, péči o vlastní zdraví, použití toalety, ovládání močení a vyprazdňování stolice.

- Obnova/navrácení: stupňování aktivity.

6.2.2 Pozice klinického logopeda

9. 2. 2019

Aktivita: Reedukace fatických funkcí

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá pokývnutím hlavy a podáním ruky.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše negativní nálady, převážně pasivní. Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv.

Intervence:

- Navázání zrakového kontaktu.
- Volný rozhovor: zdvořilostní fráze, pozdravy, zapojení dalších sociálně nosných slov, objevují se obtíže závažnější povahy, slova neužívá, nerozumí jim, nevybere z možností.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost.
- Konverzační trénink: náročný, verbálně realizuje minimum – nicméně místy přiléhavě je schopen mimicky vyjádřit.
- Paměť: 5 prvků.
- Komunikační tabulka – odpovědi ano a ne
- Automatismy: pouze s dopomocí.
- Cvičení exekutivních funkcí.

Doporučení pro praxi:

- Nácvik MAKATON.

6.3 Sumarizace 3. pozorování po 1. CMP

V rámci pozorování č. 3 byla hodnocena data z intervencí/terapií poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem.

6.3.1 Pozice ergoterapeuta

25. 2. 2019

Aktivita: PADL (mobilita)

- Edukace/nácvik: chůze v interiéru (chodba).

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá.

Objektivně:

Prvotní projevy: úsměv, jednoslovní odpovědi na otázky týkající se vyjádření potřeb („jó, nó, ne“).

Projevy v průběhu aktivity: úsměv, gesta horními končetinami vyjadřující jeho potřeby a spokojenost, navázání zrakového kontaktu, projevy nespokojenosti při nepochopení jeho projevu (gesta: pohyby hlavou, odvrácení pohledu; mimika: cenění zubů, mračení).

Po vstupu do pokoje, uživatel sedí již na lůžku bez opory, je oblečen a přichystán k aktivitě. Vyžádán ergoterapeutkou souhlas s přítomností a aktivitou. Uživatel souhlasí pokývnutím hlavy. Dle ergoterapeutky již zvládá posadit se s adekvátní mírou pomoci a podpory ve formě slovního vedení, popřípadě navození pohybu kontaktně dotekem, uvedením končetiny do pozice s lehkým přitlakem. Nedokáže se sám bez pomoci obléknout, vybrat si oděv (potřebuje svršky oděvu ukázat, rozhodne se sám), obtíže při příjmu jídla (netrefí se do úst, jídlo na levé polovině talíře jako by nebylo), pohyby jsou nepřesné a mnohdy předměty uchopuje opačně. Sed udrží bez opory a s dopomocí se postaví, ujde cca 50–60 m v podpažním chodítku a samostatně se přidržení pohybuje okolo lůžka. Nedokáže samostatně použít toaletu, ale přesune se již na toaletní křeslo (příležitostná nehoda), nosí inkontinenční pomůcky (již plenkové kalhotky) na noc i přes den. Samostatně stále nezvládne používat, pečovat a udržovat své osobní pomůcky bez iniciace aktivity ergoterapeutkou (zubní náhrada, hřeben, zubní kartáček, brýle, příbor...). Po iniciaci ergoterapeutkou aktivitu vykoná. V komunikaci ergoterapeutka využívá komentování situace (situační, tělesné, obličejové a zopakované reflexe). Uživatel se dle ergoterapeutky cítí bezpečně, lépe navazuje v komunikaci zrakový kontakt a dokáže ho i udržet během aktivity, probíhá také porozumění se zpětnou vazbou a ujištění jeho kompetencí v dané situaci. Provedení aktivity je pro něj motivujícím krokem k dalším aktivitám a dosažení co možná nejvyšší míry soběstačnosti.

Intervence:

- Obnova/navrácení

Doporučení pro praxi:

- Vést komunikaci taktně, klidným tónem hlasu, nespěchat, uplatňovat zdvořilostní chování. Vždy požádat o dovolení, uvést časové ohraničení dané aktivity. Činnosti provádět za jeho spolupráce, vhodné vedení horní končetiny (aktivní asistovaný pohyb) provázené slovním komentováním dané aktivity. Nedělat více věcí najednou. Nesahat na jeho věci bez dovolení. Během rozhovoru možné používat prvky AAK (gesta, mimika, piktogramy, fotografie, makaton). Motivace ke komunikaci slovním ohodnocením provedené aktivity, posilovat jeho kompetence. Přistupovat z pravé strany. Aktivity strukturovat a poskytovat návod.
- Kompenzace/adaptace
- Obnova/navrácení (stupňování aktivity)

6.3.2 Pozice klinického logopeda

6. 3. 2019

Aktivita: Reedukace fatických funkcí

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá pokývnutím hlavy a podáním ruky.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše apatický, pasivní. Stále pokračuje, spíše negativní ladění. Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv.

Intervence:

- Navázání zrakového kontaktu.
- Volný rozhovor: zdvořilostní fráze, pozdravy, zapojení dalších sociálně nosných slov. Stále obtíže závažnější povahy, slova neužívá, nerozumí jim, nevybere z možností, ale je již schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost.
- Konverzační trénink: náročný, verbálně realizuje minimum – nicméně místy přiléhavě je schopen mimicky vyjádřit.
- Serialita a interpretace děje: po návodných otázkách – s dopomocí.
- Komunikační tabulka: odpovědi ano a ne.
- Porozumění: instrukce a vizuální opora, situace během dne.
- Opakování: motorické vzorce i verbální.

- MAKATON: slovesa.

Doporučení pro praxi:

- Při příjmu stravy doporučen dělený talíř, kontrastní podložka pod něj, hrnek s ušima a slámkou, lžice s rozšířeným úchopem, ubrousky a nechat uživatele utřít si ústa sám. Dopřát dostatek času, podporovat jeho verbalitu a poskytovat dostatek podnětů a podnětných situací. Hovořit v jednoduchých větách, ptát se otázkami nabízející odpověď „ano/ne“. Neptat se na více věcí najednou. V komunikaci využívat prvky makatonu. Zvládá vyjádřit jednoduché potřeby: „já chci jíst, napít se, jít na toaletu“. Častěji nabízet ze strany pečujících možnost toalety. Dále v komunikaci využívat komunikační tabulku a komentované reflexe.

6.4 Sumarizace 4. pozorování po 1. CMP

V rámci pozorování č. 4 byla hodnocena data z 1. průběžného hodnocení BI a EBI viz příloha č. 5, tabulka č. 9 a 10 poskytnutá ergoterapeutkou a z intervence/terapie klinického logopeda. Výsledky byly komparovány s daty z dokumentace a předešlých intervencí/terapií a vstupního hodnocení.

6.4.1 Pozice ergoterapeuta

23. 4. 2019

Aktivita: Provedení 1. průběžného hodnocení ADL pomocí testu BI a EBI

Na základě prvního průběžného hodnocení došlo ke zlepšení v následujících oblastech, které zobrazuje tabulka č. 1 s položkami testu BI a EBI. Následně tabulka č. 2. zobrazuje přehled těchto oblastí.

Tabulka 1: Shrnuje výsledky 1. průběžného hodnocení

Položky testu BI a EBI	Komparace vstupního hodnocení a průběžného.
Jedení	Beze změny (žádné zlepšení, činnost zvládá s pomocí).
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	Beze změny (žádné zlepšení, závislý na pomoci).

Koupání sprchování	nebo	Beze změny (žádné zlepšení, závislý na pomoci).
Provádění hygieny	osobní	Beze změny (nutná pomoc).
Kontinence moči		Mírné zlepšení (příležitostná nehoda, plenkové kalhotky).
Kontinence stolice		Mírné zlepšení (příležitostná nehoda, plenkové kalhotky).
Použití WC (posazení na toaletu a vstávání z ní)		Mírné zlepšení (přesun zvládá s menší verbální nebo fyzickou pomocí, některé úkony zvládá samostatně).
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět		Mírné zlepšení (přesun zvládá s menší verbální nebo fyzickou pomocí).
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině		Mírné zlepšení (chůze nad 50 m v chodítku).
Chůze po schodech		Mírné zlepšení (zvládá s menší verbální nebo fyzickou pomocí).
Chápání		Beze změny (ne vždy porozumí obsahu sděleného).
Komunikace		Mírné zlepšení (schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah).
Sociální interakce		Beze změny (příležitostně nespolupracuje, zejména s pracovníky přímé péče, místy agresivní, odtažitý).
Řešení každodenních problémů		Beze změny (potřebuje značnou pomoc).
Paměť, učení, orientace		Beze změny (vyžaduje příležitostné připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky (návody, kalendář, harmonogram, nástěnka).

Zrak a neglect syndrom	Beze změny (stále nezvládá cestu do svého pokoje, hůře se orientuje ve větších prostorech), brýle odmítá.
------------------------	---

Na základě provedených intervencí/terapií klinického logopeda a ergoterapeuta došlo k mírnému zlepšení v těchto oblastech:

Tabulka 2: Shrnuje oblasti zlepšení

Kontinence moči
Kontinence stolice
Použití WC (posazení na toaletu a vstávání z ní)
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině
Chůze po schodech
Chápání
Komunikace

6.4.2 Pozice klinického logopeda

10. 4. 2019

Aktivita: Reeducace fatických funkcí

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá pokývnutím hlavy a podáním ruky.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše apatický, pasivní. Stále pokračuje, spíše negativní ladění.

Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv.

Intervence:

- Navázání zrakového kontaktu.

- Volný rozhovor: zdvořilostní fráze, pozdravy, zapojení dalších sociálně nosných slov. Stále obtíže závažnější povahy, slova neužívá, nerozumí jim, nevybere z možností, ale je již schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost, verbálně jen základní několik slov (jo, ne...).
- Kognitivní funkce: oslabeny ve všech oblastech.
- Komunikační tabulka: odpovědi ano a ne zvládá již bez obtíží.
- Porozumění: instrukce a vizuální oporou (fotky, piktogramy), zvládá lépe situace během dne.
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastaví mluvidla do artikulačního postavení, prosloví x rozumí s obtížemi).
- MAKATON: slovesa – další, fixace předchozích – dbát na přesnost provedení, zejména u pracovníků přímé obslužné péče.

Doporučení:

- Jednotné kontaktování uživatele, využívat zdvořilostní fráze typu podání ruky...
- Přistupovat klidně, vždy požádat o dovolu a souhlas s nabízenou aktivitou.
- Dbát na přesnost provedení znaků makatonu, využívat komunikační tabulku.
- Motivovat ke komunikaci, poskytovat dostatek podmětů, dopřát dostatek času na odpověď.
- Oční vyšetření.
- Dodržovat pitný režim a hygienu dutiny ústní.
- Dbát o sebepéči, poskytnout zrcadlo. Vést k očištění obličeje po jídle.
- Zpřehlednění věcí na stolku – barevný organizér předmětů.
- Procvičovat směrovou orientaci na ploše, v prostoru zařízení a tělesné schéma.
- Častěji nabízet možnost toalety.

6.5 Sumarizace 5. pozorování po 1. CMP

V rámci pozorování č. 5 byla hodnocena data z intervencí/terapií poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem a vzhledem ke zlepšení uživatele v oblasti mobility a četnosti jeho pádů za měsíc duben byl proveden orientačně ergoterapeutkou test rovnováhy dle Bergové, viz příloha č. 5, tabulka č. 11., kde pravděpodobnost opakovaných pádů byla 54 % a orientačně test MMSE klinickým logopedem (viz příloha č. 5, tabulka č. 12).

6.5.1 Pozice ergoterapeuta

2. 5. 2019

Aktivita: PADL (podání stravy)

- Edukace/nácvik: příjem stravy

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá pokývnutím ruky a jejím podáním.

Objektivně:

Prvotní projevy: úsměv, jednoslovné odpovědi na otázky týkající se vyjádření potřeb: „*jó, nó, ne, dobře*“.

Projevy v průběhu aktivity: úsměv, gesta horními končetinami vyjadřující jeho potřeby a spokojenost, navázání zrakového kontaktu, projevy nespokojenosti při nepochopení jeho projevu (gesta: pohyby hlavou, odvrácení pohledu; mimika: cenění zubů, mračení). Slovní produkce: celkem 6 slov („*dobry den, dobre, mam, zitra, jsem*“).

Po vstupu do pokoje, uživatel sedí na židli a jeví se v dobré náladě, je oblečen a přichystán k aktivitě, okolo krku má krytí oděvu. Na stole má barevnou podložku a ergoterapeutka mu přináší stravu na děleném talíři. Vyžádán ergoterapeutkou souhlas s nácvikem. Uživatel souhlasí pokývnutím hlavy. Zvládá se již samostatně posadit, do stoje potřebuje mírnou pomoc ve formě přidržení a slovního vedení, sám dojde ke stolečku již s vycházkovou třibodovou holí. Stále se nedokáže sám bez pomoci obléknout, vybrat si oděv (potřebuje svršky oděvu ukázat, rozhodne se sám). Obtíže při příjmu stravy přetrvávají (netrefí se do úst, jídlo vypadává z talíře). Pohyby jsou nepřesné a mnohdy lžičku uchopuje opačně. Problém mu činí tuhost masa, těstoviny, rýže, chleba a polykání. Ergoterapeutka bude konzultovat stav a možnosti úpravy stravy s klinickým logopedem. Zvládá již chůzi v terénu cca 100 metrů s vycházkovou holí, doprovodem a slovním vedením. V doprovodu a se slovním vedením dokáže samostatně použít toaletu (příležitostně nehoda), nosí inkontinenční pomůcky (plenkové kalhotky) na noc i přes den. S názornou ukázkou, vizualizací a iniciací činnosti již dokáže používat, pečovat a udržovat své osobní pomůcky (zubní náhrada, hřeben, zubní kartáček, brýle, příbor). Při zdvořilostním chování spolupracuje. Často bývá agresivní na pečující zejména v případě, když nerespektují jeho osobu, adekvátně nekomunikují a bez dovolení manipulují s jeho věcmi. V komunikaci ergoterapeutka využívá komentování situace (situační, tělesné, obličejové a zopakované reflexe). Přináší mu to pocit jistoty, bezpečí, pochopení. Lépe navazuje v komunikaci zrakový

kontakt a dokáže ho i udržet během aktivity. Probíhá také porozumění se zpětnou vazbou a ujištění jeho kompetencí v dané situaci. Provedení aktivity je pro něj motivujícím krokem k dalším aktivitám a dosažení co možná nejvyšší míry soběstačnosti.

Intervence:

- Obnova/navrácení.
- Kompenzace/adaptace.

Doporučení pro praxi:

- V komunikaci a podání stravy platí dříve nastavené zásady.
- Tuhost stravy konzultovat s klinickým logopedem.
- Zařadit v rámci stupňování aktivity: přípravu jednoduchého jídla v nácvikové kuchyňce, připravit si seznam ingrediencí a provést nákup (příprava na cestu autobusem a realizaci nákupu).

6.5.2 Pozice klinického logopeda

8. 5. 2019

Aktivita: Provedení orientačně testu 1. MMSE, výsledky viz příloha č. 5, tabulka č. 12. (čerpáno z dokumentace klinického logopeda).

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav odpovídá pokývnutím hlavy a podáním ruky.

Objektivně:

Emocionálně se jeví dnes optimisticky laděný, ale v aktivitě převládá stále pasivita. Komunikaci sám nezahajuje, zrakový kontakt navazuje. Před provedením testu provedena krátká intervence ve formě terapeutického pohovoru. Výsledky provedeného MMSE testu ukazují na těžkou kognitivní poruchu v důsledku prodělané CMP.

Intervence:

- Navázání zrakového kontaktu.
- Volný rozhovor: zdvořilostní fráze, pozdravy, zapojení dalších sociálně nosných slov. Stále obtíže závažnější povahy, slova neužívá, nerozumí jim, nevybere z možností, ale je již schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah.
- Terapeutický pohovor na téma vztahy s pracovníky přímé péče.
- Zrcadlení, zklidnění, přítomnost, verbálně zvládá pouze několik základních slov.
- Kognitivní funkce: oslabeny ve všech oblastech.

Doporučení:

- V rámci komunikace platí dříve nastavené zásady.
- Doporučena změna konzistence stravy (mletá strava). Nezbytné je mu neustále připomínat důkladné rozmělnění stravy v ústech, popř. pokousání malých kousků.
- Nedělat nic za uživatele, ale s ním.
- Ponožky sepnout k sobě dohromady barevnými kolíčky pro lepší přehlednost.
- Vést uživatele každý den k výběru oděvu, hygieně v koupelně před zrcadlem.
- Využívat kompenzačních pomůcek.

6.6 Sumarizace 6. pozorování po 2. CMP

V rámci pozorování č. 6 byla hodnocena data poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem po druhé CMP, která proběhla dne 29. 5. 2019. Společným cílem těchto dvou odborníků bylo dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti, nezávislosti, posílení kompetencí uživatele a vybudování funkční komunikace.

6.6.1 Pozice ergoterapeuta

15. 6. 2019

Aktivita: provedeno vstupní hodnocení funkčního stavu dle testu BI, EBI (na základě informací ergoterapeutky a pozorování uživatele při vybraných aktivitách viz příloha č. 5, tabulka č. 13 a 14) a funkční analýza z pozice ergoterapeuta/speciálního pedagoga.

Funkční analýza (čerpáno z dokumentace ergoterapeutky):

Subjektivně: uživatel neudává žádné obtíže.

Objektivně: uživatel v den 2. CMP nalezen v ranních hodinách v koupelně na toaletní židličce. Na otázku, co zde dělá, nedokázal odpovědět. Výrazné zhoršení stavu. V popředí klinického obrazu se manifestovala zmatenost, citlivost na světlo (stranil se světlu) a výrazná levostranná symptomatologie (pokleslý koutek, levá dolní končetina zaostávala za pravou). Při chůzi se díval dolů, narážel do předmětů na levé straně. Přivolána rychlá záchranná služba. Uživatel byl hospitalizován na neurologické klinice (oddělení intenzivní péče). Po návratu z nemocnice dne 13. 6. 2019 dominoval v popředí klinického obrazu levostranný Wernicke – Mannův syndrom (zasazena byla pravá hemisféra), imobilita, celková rigidita, počínající flekční kontraktury hamstringů bilaterálně, inkontinence moči i stolice. Funkční stav uživatele

hodnocen jako velmi závažný. Porozumění verbální složce řeči bylo minimálně zachováno. Jevil se, jako by žádným pokynům téměř nerozuměl. V průběhu aktivity byl uživatel lucidní, apatický, místy spavý, klidný. Psychomotorické tempo výrazně zpomalené, své potřeby nedokáže vyjádřit verbálně, souhlas/nesouhlas vyjadřuje hlasitým křikem a gestikulací horními končetinami. Dívá se stále na jednu stranu (doprava) a jeho pohled směřuje směrem dolů. Zrakový kontakt nenavazuje. Reaguje na zvuk, uplatňuje směrové slyšení.

Lateralita: Pravá horní končetina (dle údajů dcery), nyní nepoužívá žádnou horní končetinu.

Mobilita v horizontále (v rovině) i ve vertikále výrazně narušena. Bez výrazné fyzické asistence a slovního vedení se nepřetočí na bok, neposadí a nepřesune se mimo lůžko. Sed bez opory neudrží. Chůze neschopen. Inkontinence moči i stolice (pleny na noc i přes den). Dětský sed v lůžku zvládá s výraznou fyzickou asistencí a oporou zad. Schody netestovány. Během aktivit v rámci PADL i IADL plně závislý na pomoci druhé osoby (potřebuje výraznou fyzickou asistenci a slovní vedení poskytované formou kontaktních reflexí).

Výsledky provedeného BI a EBI testu prokazují: závažné narušení kognitivní složky a vysokou závislost na pomoci a péči v základních oblastech ADL.

Cíl:

Dosažení kvalitního pohybového stereotypu v lůžku i mimo něj a maximálně možné úrovně soběstačnosti. Ve spolupráci s klinickým logopedem a zrakovým terapeutem vybudování funkční komunikace.

Krátkodobý plán:

Pomoc a podpora v jednotlivých oblastech nácviku PADL i IADL (zejména mobility, příjmu stravy, oblékání se, osobní hygieny, koupání/sprchování, užívání léků) s využitím následujících intervenčních strategií: edukace/nácvik, kompenzace/adaptace, obnova/navrácení původních schopností 5x týdně. Zpočátku volit kratší časové intervaly max. 20 minut (vzhledem ke korové únavě). Později možné prodloužit dle stavu uživatele na 20–30 minut. Níže v textu jsou podrobně výše jmenované nácviky obou zmiňovaných součástí ADL úžeji specifikovány a vzhledem k výchozímu funkčnímu stavu uživatele i upraveny.

PADL

➤ *Mobilita*

Edukace/nácvik: pohyb v lůžku v rovině/ ve vertikále; transfery v lůžku i mimo lůžko; vertikalizace do sedu; chůze (výhledově); nasazení peroneální pásky.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (vysoké chodítko, pomůcky k usnadnění mobility v lůžku i mimo lůžko – žebříček, hrazdička, skluzné prkno, skluzné podložky, peroneální páska - zabraňuje přepadení špičky chodidla dopředu, mechanický vozík, vložky do bot, pružné tkaničky, zaoblená špička, válečky nebo roličky z molitanu nebo vaty pod rameno paretické horní končetiny, ortéza pro horní končetinu „*Omo neurexa a Delbetovy kruhy*“) a mechanismy (stoleček umístit taktéž na tutéž stranu, aktivní asistovaný pohyb, posazovat přes bok, do stoje s fixací levé dolní končetiny, výraznou fyzickou asistencí a chodítkem, boty na suchý zip, vhodně zvolená pevná obuv, používání výtahu).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran, při manipulaci v lůžku otáčet se přes paretickou stranu), preterapie (kontaktní reflexe), kinestetické mobilizace (správné polohování horního a dolního trupu do polohy polozáda, uvedení paretické horní končetiny do zevní rotace v ramenním kloubu a dolních končetin jako při chůzi, v případě otoku končetin je nezbytné podložit ji do zvýšené pozice, správná manipulace s horní končetinou při posazení, otáčení na bok a transferu mimo lůžko, neuchopovat za koncové části horní končetiny, uplatňovat rozehrání měkkých částí před zahájením samotného pohybu), kontaktní bod, protahování zkrácených svalů, kartáčování dolní končetiny, pasivní procvičování nezasazených částí těla, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminační čítí; korekce patologických pohybových stereotypů; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změna poloh, změna terénu, prodlužování výdrže v sedu a ve stoje, cestování automobilem).

➤ Příjem stravy

Edukace/nácvik: příprava, uspořádání a přenesení jídla (tekutiny) z talíře nebo hrnku k ústům. Kompenzace/adaptace: využívání kompenzačních pomůcek (kontrastní protiskluzná podložka pod talíř, odlehčený hrnek s ušima, slámky na pití, upravené prkénko s možností napíchnutí krájené potraviny, speciální stravovací pomůcky typu příboru s rozšířeným úchopem, držák varné konvice) a kompenzačních mechanismů (úprava stravy na menší kousky, případně i její konzistence, aktivní asistovaný pohyb, uzpůsobení pozice – ergonomie sedu a stoje, správné výškové nastavení stolku u lůžka).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku; cvik přenášení váhy v daných polohách; cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (rozehrání měkkých částí horních

a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe), kontaktní bod, pasivní procvičování nezasazených částí těla; podpora vizuospeciálních funkcí (návětr orientace na stolku – vést jeho ruku na podložce ve směru nahoru, dolů, doprava, doleva, práce s pravítkem posouvání pravítka na levou stranu, práce s kontrastem jako podkladovým materiálem a se zvukem); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změna polohy – z polosedu do plného sedu).

➤ Koupání/sprchování

Edukace/návětr: cesta do koupelny; svléknutí /obléknutí oděvu; namydlení; opláchnutí a osušení tělesných partií; udržení a zvládnutí změny polohy těla při jednotlivých úkonech tělesné očisty; podpora tělesného schématu a vnímání.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (kartáč na tyči, houbička na tyči, dávkovač na mýdlo, sedačka do sprchy/do vany, madla, koupací vozík/křeslo, protiskluzná podložka) a kompenzační mechanismy (uzpůsobení polohy při provádění hygieny, rituál, aktivní asistovaný pohyb, rozevírání dlaně paretické horní končetiny pomocí hlubokých tlaků do dlaně a teplé vody).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), kinestetické mobilizace (rozevření měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), preterapie (kontaktní reflexe), pasivní procvičování nezasazených částí těla, kartáčování hřbetu ruky a zápěstí pro uvolnění zvýšeného napětí svalů horních a dolních končetin (používání kartáčků a žíněk); stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (střídání sedu s oporou na koupacím křesle a bez opory na sprchové sedačce při koupeli).

➤ Osobní hygiena/péče o vzhled

Edukace/návětr: umytí vlasů (nanesení šampónu, opláchnutí vodou); vysušení a úprava účesu/učesání.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (hřeben s prodlouženou rukojetí, držáky pomůček, protiskluzná podložka, dávkovač mýdla) a kompenzační mechanismy (lepidlo na zubní náhradu (Corega), židle k umyvadlu a zrcadlu, uzpůsobení pozice - ergonomie sedu a stoje, dostupnost a zpřehlednění pomůček pro osobní hygienu (kontrast), rozšíření úchopové části pomůček, aktivní asistovaný pohyb, hluboké tlaky do dlaně; zapojování paretické horní končetiny do všech aktivit).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků kinestetické mobilizace (správné polohování horního a dolního trupu do polohy polozáda, uvedení paretické horní končetiny do zevní rotace v ramenním kloubu a dolních končetin jako při chůzi, v případě otoku končetin je nezbytné podložit ji do zvýšené pozice, správná manipulace s horní končetinou při posazení, otáčení na bok a transferu mimo lůžko, neuchopovat za koncové části horní končetiny, uplatňovat rozehrátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran) a preterapie (kontaktní reflexe), kontaktní bod, kartáčování hřbetu ruky a zápěstí pro uvolnění zvýšeného napětí svalů, protahování zkrácených svalů, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí, práce s pravítkem posouvání pravítka na levou stranu, práce s kontrastem jako podkladovým materiálem a se zvukem, pasivní procvičování nezasažených částí těla; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změnou polohy z polosedu do plného sedu).

➤ Oblékání

Edukace/nácvik: postup při oblékání/svlékání; výběr oblečení a doplňků dle denního období, aktivity a počasí; příprava oblečení ze skříněk; posloupnost jednotlivých částí oděvu při oblékání a svlékání; úprava oděvu; zapnutí knoflíků; obutí bot; navlékání a svlékání peroneální pásy.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (suché zipy, elastické tkaničky, obouvací lžice, zdrhovadla na zip) a mechanismy (aktivní asistovaný pohyb, nejprve vždy oblékat paretickou horní končetinu ve stabilizované poloze a poté druhou horní končetinu, volit volnější oděv, uzpůsobit pozici – ergonomie sedu a stoje, zapojování paretické horní končetiny do všech aktivit).

Obnova/navrácení: před aktivitou lze využít prvků mirror terapie, Bobath konceptu (cvik v pozici tzv. mostku, cvik přenášení váhy v daných polohách, cvik v pozici vsedě ve vzporu o dlaně s přetočením trupu do stran), preterapie (kontaktní reflexe), kinestetické mobilizace (rozehrátí měkkých částí horních a dolních končetin před zahájením samotného pohybu), pasivní procvičování nezasažených částí těla, kartáčování hřbetu ruky, zápěstí a dolní končetiny pro uvolnění zvýšeného napětí svalů, protahování zkrácených svalů, rozevírání dlaně pomocí zdravé ruky, podpora a stimulace tělesného schématu, vnímání, pravolevé orientace, diskriminačního čítí, práce s pravítkem posouvání pravítka na levou stranu, práce

s kontrastem jako podkladovým materiálem a se zvukem; stupňování aktivity postupnou gradací zátěže (změna materiálu, střídání poloh, různé druhy oděvu).

IADL

➤ Péče o vlastní zdraví

Edukace/nácvik: sebekontrola chování; dodržování zdravého životního stylu (nutričně bohatá strava, spánková hygiena, pravidelný pohyb, užívání předepsaných léků, dodržování dietních opatření), péče o horní a dolní končetinu.

Kompenzace/adaptace: kompenzační pomůcky (dávkovač na léky s barevným rozlišením dnů, chrániče rohů nábytku, protiskluzné podložky, mechanický vozík, válečky nebo roličky z molitanu nebo vaty pod rameno paretické horní končetiny nebo ortéza pro horní končetinu „Omo neurexa a Delbetovy kruhy“) a kompenzační mechanismy (léky dává zdravotnický personál, aktivní asistovaný pohyb, barevné, přehledné nástěnné hodiny).

Obnova/navrácení: práce se světelným panelem light box, prvky preterapie – kontaktní reflexe, kondiční cvičení; přenos informací o uživateli v rámci interdisciplinární péče; podpora strukturality dne, vlastních kompetencí/ rozhodování o sobě samém a vyjádření vůle; dostatek spánku; pitný režim; pravidelné pobyt ve venkovních prostorách zařízení; pravidelné kontroly u lékaře a intervence zmiňovaných odborníků; kontrola dolních končetin každý den (ponožky mohou svým shrnutím způsobit otlaky nebo příliš silnými gumičkami nedokrvení končetin); důkladné promazávání pokožky celého těla (prevence dekubitů).

Dlouhodobý plán:

Pokračování v získaných stereotypch v domácím prostředí, upevňování již získaných pohybových stereotypů, vedení k soběstačnosti (podpora a adekvátní míra pomoci, posílení motivační složky).

6.6.2 Pozice klinického logopeda

19. 6. 2019

Aktivita: 2. **vstupní vyšetření fatických funkcí** z pozice klinického logopeda, test GUSS viz příloha č. 5, tabulka č. 15 (čerpáno z dokumentace klinického logopeda).

Subjektivně: uživatel na pozdrav neodpovídá, zrakový kontakt navazuje, na otázku, jak se má, neodpovídá.

Objektivně: zrakový kontakt navazuje, pouze na silnější podmět, na otázku, jak se má, neodpovídá. Stav výrazně zhoršen, levostranná hemiparéza, v rámci testu GUSS provedeno

pouze před testové vyšetření/nepřímý test polykání, který byl neúspěšný. Dosažený skóre byl pouze 3 body.

Hodnocené oblasti:

- Rozhovor – velmi náročné, nutno poskytnout více času pro reagování, malá vypovídající hodnota.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost, taktilní dotek, smyslová stimulace.
- Kognitivní funkce: pozornost – vzhledem k suspektnímu neglect syndromu vhodná vizualizace pracovního postupu, prozatím bez reakce.
- Komunikační tabulka: odpovědi ano a ne, nezvládá.
- Porozumění: instrukce s vizuální oporou, nutno zvýšit hlas, práce pouze z jedné strany, dbát na porozumění, alespoň rámcově.
- Funkcionální komunikace: jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy.
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastaví mluvidla do artikulačního postavení, prosloví, neprovede požadovaný úkon, nerozumí pokynům)
- MAKATON: spojení do vět – „já chci...já mám..., to je“ (rychle nastupuje korová únava)

Cíl:

Vybudování funkční komunikace, posílení kompetencí uživatele a zvýšení jeho nezávislosti v oblasti ADL.

Krátkodobý plán:

Zvládání konverzačního tréninku, nácvik adekvátních odpovědí, práce s porozuměním, aktivní zapojení do komunikace, případný nácvik komunikačních a kompenzačních strategií.

Terapie/intervence:

- Dechová a fonační cvičení: práce s hlasem, variabilita, rozsah hlasu.
- Oromotorická cvičení: rty, jazyk, tváře.
- Somatognozie: funkcionální komunikace: iniciály, doplňování.
- Opakování.
- Důsledně trénovat jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy.
- Posouvání pravítka po stole doleva na barevném podkladu. Používat techniku hodinových ručiček pro orientaci na talíři.

6.7 Sumarizace 7. pozorování po 2. CMP

V rámci pozorování č. 7 byla hodnocena data z intervencí/terapií poskytnutá ergoterapeutkou a klinickým logopedem a vzhledem k výraznému progresu uživatele negativním směrem v oblasti mobility a komunikace byla pozornost soustředěna zejména na pohyblivost v lůžku a vybudování funkční komunikace.

6.7.1 Pozice ergoterapeuta

1. 7. 2019

Aktivita: PADL (mobilita)

- Edukace/nácvik: mobilita v lůžku

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

Prvotní projevy: hlava ukloněná na pravou stranu, trup stočen doprava. Při doteku v oblasti tváře dochází k otvírání úst. Zrakový kontakt nenavazuje, na zvuk nereaguje. Neustále překřížuje střídavě jednu dolní končetinu přes druhou, pevně svírá peřinu.

Projevy v průběhu aktivity: kontaktní bod na pravém ramenu bez reakce, na levém taktéž. Celkově apatický, verbalita žádná, pohled směřuje na pravou stranu. Pokud se sám dotkne prsty v obličeji, otevírá ústa jako při příjmu stravy, působí celkově zanedbaným dojmem.

Po vstupu do pokoje uživatel leží v lůžku, na pravém boku. Pohled fixuje stále na pravou stranu. Nereaguje na zrakové podněty. Žádáno oční vyšetření k upřesnění diagnózy, které však bylo zamítnuto ze strany ošetřujícího neurologa. Výsledky zobrazovacích metod (CT vyšetření) nejsou k dispozici. Se souhlasem ředitele zařízení provedena telefonická konzultace se zrakovým terapeutem a domluvena individuální návštěva k provedení funkčního vyšetření zraku s následně navrženou intervencí.

Hodnocení stavu během intervence/terapie:

Během nácviku se uživatel nedokáže sám bez pomoci posadit, neotočí se na bok. V sedu bez opory se neudrží a bez výrazné fyzické asistence se nepřesune mimo lůžko. Samostatně se nenají, strava je mu pasivně podávána, neprovede osobní ani celkovou hygienu, neoblékne si/nesvlékne oblečení, nedokáže použít toaletu. Neovládá močení a vyprazdňování stolice. Nosí inkontinenční pomůcky (plenky) na noc i přes den. Bez pomoci nezvládne udržovat a pečovat o své osobní pomůcky (zubní náhrada, hřeben, zubní kartáček, brýle, příbor).

Potřebuje slovní vedení a výraznou fyzickou asistenci jedné až dvou osob. Porozumění mluvenému slovu je zachováno jen zčásti (reakce na známý hlas, úsměv). Verbální produkce minimální (nesouhlas vyjadřuje křikem a rychlými pohyby horních končetin). Při neupozornění na změnu a rychlém jednání se začne bránit.

Intervence:

- Obnova/navrácení
- Kompenzace/adaptace

Doporučení pro praxi:

- Hovořit klidným tónem hlasu, využívat kontaktní bod (na pravé straně lepší reakce) a kontaktní reflexe, lehký důraz na oslovení a uvedení do reality.
- Poskytnout dostatek času, nespěchat, stále být s uživatelem v kontaktu.
- Krátké jednoslovné pokyny doprovázené osaháním předmětů.
- Pití podávat z hrnku a doprovodit slovním označením tekutiny („čaj, hrnek“).
- Komunikovat „Face to face“.
- Zdvořilostní chování.
- Upozorňovat na změny.
- Pozdrav a rozloučení při vstupu a odchodu z pokoje.

Na doporučení klinického logopeda: Posouvání pravítka po stole doleva na barevném podkladu. Používat techniku hodinových ručiček pro orientaci na talíři.

6.7.2 Pozice klinického logopeda

4. 7. 2019

Aktivita: Provedení orientačně 2. testu MMSE, výsledky viz příloha č. 5, tabulka č. 16.

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše pesimistický, převládá apatie a pasivita. V sedu na mechanickém vozíku přepadává na levou stranu. Komunikaci sám nezahajuje, zrakový kontakt navazuje, ruce střídavě přibližuje k ústům a při doteku je otvírá. Před provedením testu provedena krátká intervence ve formě terapeutického pohovoru (zrcadlení, zklidnění, přítomnost, taktilní dotek, smyslová stimulace). Výsledky provedeného MMSE testu (bodový skóre 0) ukazují na těžkou kognitivně komunikační poruchu Dg. R 47.8.

Intervence:

- Snaha o navázání zrakového kontaktu (bez odezvy, nenavazuje).
- Kognitivní funkce: oslabeny ve všech oblastech.
- Funkcionální komunikace: jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy (důsledně trénovat).
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastaví mluvidla do artikulačního postavení, prosloví x rozumí s obtížemi).

Doporučení:

- V rámci komunikace platí nastavené zásady.
- Aktivity provádět s uživatelem.
- Kašovitá strava, vyhovuje, není nutné opakovat test GUSS.
- Využívat kompenzačních pomůcek.
- MAKATON.
- V sedu dbát na korekci pozice hlavy a trupu, židle s područkami, protiskluzná podložka.
- Pracovat s komunikační tabulkou „ANO/NE“.
- Country hudba.
- Uživatel vlastní mobilní telefon pokusit se kontaktovat dceru, aby slyšel její hlas.
- Při činnostech uplatňovat aktivní asistovaný pohyb a slovní vedení.
- Vhodné provést i jiné hodnocení kognitivních funkcí v rámci diferenciatní diagnostiky.

6.8 Sumarizace 8. pozorování po 2. CMP

V rámci pozorování č. 8 byla hodnocena data z intervencí/terapií a vyšetření zrakovým terapeutem a klinickým logopedem. Závěry a doporučení zrakového terapeuta byly využity ergoterapeutkou v rámci nácviků soběstačnosti.

6.8.1 Pozice zrakového terapeuta (výpis ze zprávy)

29. 7. 2019

Aktivita: Provedeno vstupní vyšetření a hodnocení zrakovým terapeutem, výsledky viz příloha č. 5, obrázek č. 16.

Subjektivně:

Neudává žádné obtíže

Objektivně:

- Pán se dívá za zvukem.
- Víčka má přivřená, dívá se spodní polovinou zorného pole, nad tuto horizontální linii nejde – nezvedá víčka a ani motivace prostřednictvím kontrastu či světla nereaguje.
- Světlo nesleduje, ale reaguje na ně při pohledu horizontálním či dolů...
- Nepříjemné bylo světlo obarvené žlutým filtrem, naproti tomu světlo s modrým filtrem bylo příjemné a reagoval na něj nejlépe...
- Ve chvíli, kdy nechce spolupracovat, či je unavený, oči zavře.
- Pohybem očí zároveň dává najevo, souhlas, či nesouhlas.

Doporučení a závěry:

Suspektně CVI následkem druhé CMP

- Nutná úprava prostředí (co nejméně rušivých podnětů, při práci i pohybu), je nutné zanechávat neměnné prostředí (pomalejší reakce na podněty).
- Podněty podávat pod horizontální linii zorného pole.
- Pracovat v sedě a podněty pokládat na stůl, či na desku, která bude na kolenou.
- S ohledem na věk, vyšetření i diagnózu je nutné začít co nejrychleji pracovat s paměťovými stopami a ideálně se zvýšeným kontrastem.
- Pracovat s osvětlenou plochou, trénovat fixaci, přenášení pozornosti z předmětu na předmět (ze začátku reálné předměty, či jen světelné body, dá se předpokládat pomalejší reakce s odvrácením pohledu, nutno vysledovat), poté přejít na předměty vystřižené z fólie (rozlišování tvarů s hmatovou dopomocí a slovním doprovodem (lepšímu uvědomění si vnímaného)).
- Dle pozorovaných reakcí uživatele pracovat spíše v dopoledních hodinách (méně apatický).

Doporučení k práci:

Vy pozorovat oční projevy znamenající uvědomění si daného jevu (dá se předpokládat odvrácení pohledu a poté reakci). Pro začátek začít pracovat uvědoměním si zrakového vjemu, po řečovém doprovodu, stisknout komunikační bod, upozornit na nějaký předmět (vybrat něco, co je pánovi blízké), ve chvíli, kdy dojde k uvědomění, snaha o fixaci a poté přenášení pozornosti.

6.8.2 Pozice klinického logopeda

31. 7. 2019

Aktivita: Reedukace fatických funkcí

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné obtíže, na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše negativní nálady, převážně pasivní. Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv. Zrakový kontakt navazuje pouze na silnější podnět. Verbální produkce minimální.

Intervence:

- Rozhovor: velmi náročný, nutno poskytnout více času pro reagování, malá vypovídající hodnota, pasivní stimulace.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost, taktilní dotek, smyslová stimulace.
- Kognitivní funkce: pozornost (snaha o vizualizaci pracovního postupu), opět bez odezvy.
- Komunikační tabulka: odpovědi ANO/NE.
- Porozumění: instrukce s vizuální oporou, nutný lehký hlasový důraz, práce možná pod horizontální linií zorného pole, lepší reakce na podněty poskytované z pravé strany. Dbát na porozumění, alespoň rámcově.
- Funkcionální komunikace: jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy (důsledně trénovat).
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastavení mluvidel do artikulačního postavení, přísloví nerozumí), pasivně dechová a fonační cvičení.
- MAKATON: užívá sporadicky, spojení do vět prozatím nelze realizovat pro nespolečnou spolupráci a nová omezení z centrálního nervového systému (rychle nastupuje korová únava), užívá sporadicky.

Motivovat ke komunikaci, respektovat.

6.9 Sumarizace 9. pozorování po 2. CMP

V rámci pozorování č. 9 byla hodnocena data z intervencí/terapií ergoterapeuta a průběžného hodnocení NKS klinického logopeda. V této části je uveden se svolením ředitele zařízení i zkráceně průběh pro demonstraci hodnocení nácviku a míry poskytované pomoci a podpory.

6.9.1 Pozice ergoterapeuta

2. 8. 2019

Aktivita: PADL (mobilita)

- Edukace/nácvik: vertikalizace do stoje, nácvik chůze ve vysokém chodítku (zkráceně popis průběhu).

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné bolesti, na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

Prvotní projevy: apatie, pohled směřuje dolů doprava, bez reakce za zvukem, bez navázání zrakového kontaktu při vstupu do místnosti, oslovení a pozdravu.

Projevy v průběhu aktivity:

Při jednoslovném pokynu se objevuje mimoslovní reakce uživatele (zvednutí obočí při sdělení, úsměv, odvrácení pohledu na pravou stranu). Zrakový kontakt nenavazuje. Pokud se sám dotkne v obličeji, přetrvává stále samovolné otevírání úst, jakoby chtěl jíst. Pokud je mu vložen předmět do rukou, přikládá ho ihned k ústům. Verbálně nekomunikuje, pouze když vyjadřuje nespokojenost křikem, nově se objevují opět jednoslovní vulgarismy. Uživatel působí zanedbaným dojmem, nelze ho oholit, brání se (riziko poranění).

Po vstupu do pokoje uživatel leží na boku v lůžku, je oblečen. První kontakt probíhá několika kontaktními reflexemi a kontaktním bodem na pravém ramenu. Uživatel po několika výzvách otáčí hlavu za hlasem ergoterapeutky, ale zrakový kontakt nenavazuje, hlava je však otočena v jejím směru. Následně je informován o tom, co bude následovat. Před samotným nácvikem jsou využívány prvky kinestetické mobilizace k uvědomění si tělesného schématu (dotek s lehkým přitlakem v oblasti ramenou, rukou, v oblasti pánve a dolních končetin). Poté je přes levý bok a oporu spodní horní končetiny se slovním vedením posazen, stabilizován a čelem se opírá o tělo ergoterapeutky. Střídavě zavírá a otevírá oči. Po chvíli se napřímí a hlava je otočena za ergoterapeutkou. Místy přivírá levé oko a pravou rukou se snaží držet lůžka. Když se ergoterapeutka skloní pro jeho boty, začne tápat horními končetinami

v prostoru. Obejme ho, zklidní jeho reakce slovním vedením a dotekem. Celou situaci stále komentuje. Po zklidnění opět sdělí, co se bude dít a poskytuje mu adekvátní pomoc a podporu při vertikalizaci do stoje. Přisune chodítko dopředu před uživatele a slovně se středně náročnou fyzickou asistencí ho navede k uchycení rukou na madlech chodítka a pomáhá mu rozevřít prsty. Vše opět komentuje. Poté vede pohyb chodítka, stojí na půl zboku, na jeho pravé straně a napůl zezadu chodítka. Uživatel ujde cca 5 kroků a začne podklesávat v kolenou. Usadí ho na přichystanou židli a po krátkém odpočinku se postup opakuje stejným způsobem, než dojde zpět k lůžku. Následně mu pomůže zpět do lůžka, informuje ho o průběhu aktivity a chválí, jak mu to šlo. Sdělí, kdy přijde na další návštěvu a podá mu hrnek s pitím do rukou, rozevře prsty a pomůže mu aktivním asistovaným úchopem se napít, neboť hrnek přikládá nepřesně k ústům. Napomáhá mu i slovním vedením formou pokynu vždy jednoho slova („hrnek, ústa“). Poté se rozloučí stejným způsobem jako vždy. Odpověď je bez verbální reakce a navázání zrakového kontaktu. V oblasti PADL je plně závislý na pomoci. Bez slovního vedení, středně náročné fyzické asistence a kompenzačních pomůcek se nepostaví, nepřesune mimo lůžko. Strava v upravené podobě je mu podávána na děleném talíři. Využíván je aktivní asistovaný pohyb a kontrastní podložka. Jídlo na talíři je mu popisováno na základě hodinového ciferníku, popisovány jsou i chutě a vůně stravy. V sedu se již udrží bez opory.

Intervence:

- Obnova/navrácení
- Kompenzace/adaptace

Doporučení pro praxi:

- Hovořit klidným tónem hlasu, využívat kontaktní bod (na pravé straně lepší reakce) a kontaktní reflexe, lehký důraz na oslovení a uvedení do reality.
- Poskytnout dostatek času, nespěchat, stále být s uživatelem v kontaktu.
- Po konzultaci s klinickým logopedem nácvik směrového slyšení, posouvání pravítka po stole doleva na barevném podkladu a používat techniku hodinových ručiček pro orientaci na talíři.
- Krátké jednoslovné pokyny doprovázené osaháním předmětů.
- Pití podávat z hrnku a doprovodit slovním označením tekutiny („čaj, hrnek“).
- Komunikovat „Face to face“.
- Zdvořilostní chování.

- Upozorňovat na změny.
- Pozdrav a rozloučení při vstupu a odchodu z pokoje.
- Na doporučení klinického logopeda: Posouvání pravítka po stole doleva na barevném podkladu. Používat techniku hodinových ručiček pro orientaci na talíři.
- Dle doporučení zrakového terapeuta práce se světelným panelem (úprava prostředí, zanechávat neměnné prostředí. Podněty podávat pod horizontální linii zorného pole. Pracovat v sedě a podněty pokládat na stůl, či na desku, která bude na kolenou. Trénovat fixaci, přenášení pozornosti z předmětu na předmět (reálné předměty, poté přejít na předměty vystřižené z fólie (rozlišování tvarů s hmatovou pomocí a slovním doprovodem). Dle pozorovaných reakcí uživatele pracovat spíše v dopoledních hodinách (méně apatický). Pracovat s uvědoměním si zrakového vjemu, po řečovém doprovodu, stisknout komunikační bod, upozornit na nějaký předmět (vybrat něco, co je mu blízké). Ve chvíli, kdy dojde k uvědomění, snaha o fixaci a poté přenášení pozornosti.

6.9.2 Pozice klinického logopeda (čerpáno z dokumentace)

14. 8. 2019

Aktivita: Průběžné hodnocení NKS

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné obtíže, bez reakce na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

- Emocionálně se jeví spíše negativní nálady, převážně pasivní. Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv. Zrakový kontakt navazuje pouze na silnější podnět. Verbální produkce minimální.
- Sociální komunikace: preference v komunikaci, nutno citlivý a respektující přístup, dostatek času pro vyjádření a pochopení konverzačního tématu.
- Motorika: suspektně neglect syndrom, CVI? Mimika chudá, téměř žádná.
- Spontánní projev: nonfluentní, výrazný pokles verbální fluence.
- Porozumění: nelze vyšetřit pro nespolupráci.
- Pojmenování: spontánně předměty denní potřeby (nezvládá, ani s fonemickou nápovědou).
- Opakování: nezvládá, perserverace.

- Respirace: dostačující.
- Vyšetření grafické složky: nelze vyšetřit pro nespolupráci.
- Lexie: není zachována ani ve formě globálního čtení.
- Kalkulie: není zachována.
- Kognice: Paměť nelze vyšetřit. Pozornost je pouze krátkodobá. Exekutivní funkce nelze vyšetřit.
- Potrava, tekutiny: při podání tekutiny riziko aspirace (uživatel zahleněný).

Dg.: R 47.8.

Intervence:

- Pokračovat dle nastavených terapií/intervencí, možné zapojit i pracovníky přímé obslužné péče.

6.10 Sumarizace pozorování č. 10, 11 a 12 po 2. CMP z pozice ergoterapeuta a klinického logopeda

V rámci pozorování č. 10 byla hodnocena data z 2. průběžného hodnocení testu BI a EBI (viz příloha č. 5, tabulka č. 17 a 18) po recidivě CMP z pozice ergoterapeuta a data klinického logopeda na základě sloučení 10., 11. a 12. pozorování, neboť průběh i intervence/terapie zůstaly identické. V rámci 12. pozorování klinického logopeda byl proveden také orientačně 3. MMSE test (viz příloha č. 5, tabulka. 19).

6.10.1 Pozice ergoterapeuta

17. 8. 2019

Aktivita: Provedení 1. průběžného hodnocení ADL pomocí testu BI a EBI po 2. CMP

Na základě provedeného 1. průběžného hodnocení došlo k mírnému zlepšení v oblastech mobility v horizontále i ve vertikále (sedu bez opory, stoj, chůze s kompenzační pomůckou). Následující tabulka však tyto informace nezobrazuje. Prokazuje pouze zlepšení ve 3 oblastech, ale zlepšení nastalo celkově v 7 oblastech (viz tabulka č. 3). Souhrn zlepšení poskytuje tabulka č. 4. Zelenou barvou jsou zde značeny položky, které nelze vzhledem ke změněnému stavu uživatele testovat a modrou, které nejsou zcela vyhovující, protože nepostihují zlepšení uživatele v případě použití strategie kompenzace/adaptace při testované aktivitě.

Tabulka 3: Shrnuje výsledky 2. průběžného hodnocení

Položky testu BI a EBI	Komparace 2. vstupního hodnocení a 2. průběžného.
Jedení	Mírné zlepšení (činnost zvládá s aktivním asistovaným pohybem, kompenzačními pomůckami, úpravou polohy a stravy)
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	Mírné zlepšení (činnost zvládá s aktivním asistovaným pohybem, středně náročnou fyzickou asistencí, kompenzačními pomůckami a oporou zad)
Koupání nebo sprchování	Beze změny (žádné zlepšení, závislý na pomoci)
Provádění osobní hygieny	Beze změny (nutná pomoc)
Kontinence moči	Beze změny, inkontinence moči
Kontinence stolice	Beze změny, inkontinence stolice
Použití WC (posazení na toaletu a vstávání z ní)	Beze změny, závislý na pomoci
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět	Mírné zlepšení (přesun zvládá s verbální nebo fyzickou pomocí, kompenzační pomůckou).
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině	Mírné zlepšení (chůze do 50 m v chodítku).
Chůze po schodech	Netestováno.
Chápání	Beze změny (nerozumí běžné verbální produkci). S využitím prvků AAK a preterapie mírné zlepšení.
Komunikace	Beze změny (neschopen běžné verbální komunikace, ale souhlas a nesouhlas dokáže vyjádřit).
Sociální interakce	Beze změny (spolupracuje pouze při zachování určitých pravidel komunikace).

Řešení každodenních problémů	Beze změny (potřebuje značnou pomoc).
Paměť, učení, orientace	Nelze testovat
Zrak a neglect syndrom	Nelze zcela jasně vyhodnotit

Na základě prováděných intervencí/terapií klinického logopeda, ergoterapeuta a doporučení zrakového terapeuta došlo k mírnému zlepšení v těchto oblastech:

Tabulka 4: Shrnuje oblasti zlepšení

Jedení
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)
Sociální interakce
Chápání
Komunikace

6.10.2 Pozice klinického logopeda (sloučené 10., 11. a 12. pozorování)

Datum intervencí/terapií/hodnocení: 27. 9. 2019, 23. 10. 2019 a 27. 11. 2019

Aktivita: Reedukace fatických funkcí, 3. provedení orientačně testu MMSE, výsledky viz příloha č. 5, tabulka č. 19 (čerpáno z dokumentace klinického logopeda).

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné obtíže, na pozdrav stále neodpovídá.

Objektivně:

Emocionálně se jeví spíše negativní nálady, ale místy lze pozorovat zájem o kontakt a dění v místnosti, během aktivity komunikaci sám nezahajuje, převážně pasivní. Při zachování zdvořilostních charakteristik rozhovoru nastupuje sociální úsměv. Zrakový kontakt navazuje pouze na silnější podnět. Verbální produkce minimální. Nonverbální komunikace možná

v rámci kompenzace/adaptace (přizpůsobení podmínek: navázání kontaktu prostřednictvím kontaktního bodu a kontaktních reflexí, vyzorováno odvrácení pohledu při zaznamenání podmětu pod horizontální linií zorného pole, reakce se zpožděním, nutné počkat na odezvu, poté ukotvit v realitě a fixovat podmět. Pracovat s reálnými předměty a kontrastem dle doporučení zrakového terapeuta. Podporovat jakýkoliv verbální projev. Vyzorována pozitivní reakce na vyjádření souhlasu a nesouhlasu nonverbálně (mrknutí oka – ANO/NE). Výsledky orientačně provedeného testu MMSE ukazují na těžkou kognitivní poruchu.

Intervence:

- Rozhovor: velmi náročný, nutno poskytnout více času pro reagování, malá vypovídající hodnota, pasivní stimulace.
- Terapeutický pohovor: zrcadlení, zklidnění, přítomnost, taktilní dotek, smyslová stimulace.
- Kognitivní funkce: pozornost (snaha o vizualizaci pracovního postupu), opět bez odezvy.
- Komunikační tabulka: odpovědi ANO/NE.
- Porozumění: instrukce s vizuální oporou, nutný lehký hlasový důraz, práce možná pod horizontální linií zorného pole, lepší reakce na podměty poskytované z pravé strany. Dbát na porozumění, alespoň rámcově.
- Funkcionální komunikace: jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy (důsledně trénovat), reaguje velmi dobře na oslovení jeho jménem.
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastavení mluvidel do artikulačního postavení, přísloví nerozumí), pasivně dechová a fonační cvičení.
- MAKATON: bez odezvy, spojení do vět prozatím nelze realizovat pro nespolupráci a nová omezení z centrálního nervového systému (rychle nastupuje korová únava).
- Motivovat ke komunikaci, respektovat.
- Pozitivní reakce během preterapie, uplatnění kontaktního bodu. Snaha o fixaci předmětů práce s počátečními písmeny jeho jména na kontrastní podložce. Nejprve ohmatání písmene a poté přenášení pozornosti. Práce pod horizontální úrovní zorného pole, světelný panel spočívá na kolenou.
- Stav se celkově od počátku druhé ataky jeví mírně zlepšen, zejména v oblasti hrubé motoriky, příjmu stravy a nonverbální komunikace.

Závěr: Dg.: R 47.8.

Doporučení:

- Pracovat dle pokynů zrakového terapeuta.
- Uplatňovat prvky preterapie a kontaktní bod při zahájení komunikace a rozloučení se.
- Motivovat ke komunikaci
- Zachovávat zdvořilostní chování.
- Stimulovat hmatové vnímání.
- V komunikaci: otázka – výběr pouze ze dvou možností umožňující odpověď „ANO/NE“, podporovat nonverbální komunikaci (souhlas/ nesouhlas mrknutím očí, kontaktovat jeho příjmením).
- Pracovat v poloze sed s oporou zad, lokty na opěrkách židle, vozíku.
- Kontrastní podložky.
- Verbalizace aktivit (komentování).
- Strukturovat den i aktivity.
- Dbát na porozumění, alespoň rámcově a na celkovou úpravu zevnějšku.
- Funkcionální komunikace: jméno, příjmení, grafie, pozdravy, automatismy (důsledně trénovat), reaguje velmi dobře na oslovení jeho jménem.
- Opakování: motorické vzorce i verbální (nastavení mluvidel do artikulačního postavení, přísloví nerozumí), pasivně dechová a fonační cvičení.
- Instrukce s vizuální oporou pod horizontální linií zorného pole.
- Pracovat s respektem, vyžádat souhlas s provedením úkonů (mrknutím).
- Stravu na talíři popsat, využívat techniku hodinových ručiček, komentovat chuť jídla.

6.11 Sumarizace pozorování č. 11, 12, 13 a 14 po 2. CMP z pozice ergoterapeuta a zrakového terapeuta.

V rámci pozorování č. 11 a 12 byla hodnocena data z intervencí/terapií prováděných na základě doporučení zrakového terapeuta konkrétně z pozice ergoterapeuta. V pozorování č. 13 jsou uvedeny závěry z kontrolního vyšetření zrakového terapeuta (viz příloha č. 5, obrázek č. 30) a doporučení pro další práci s uživatelem. Závěrečné pozorování č. 14 zahrnuje 3. průběžné hodnocení ADL pomocí testu BI a EBI (viz příloha č. 5, tabulka č. 20 a 21) a zhodnocení dosažených výsledků po 2. CMP. Jeho součástí je také barevné srovnání položek, které dle obou testů nevykazují zlepšení, ale ve srovnání s dokumentací

ergoterapeutky ke zlepšení došlo, a to na základě uplatňované strategie kompenzace/adaptace v dané aktivitě a rozšíření některých testových položek. Jednalo se o položky zejména v oblasti PADL (mobilita, příjem stravy, koupání/sprchování, oblékání). V oblasti instrumentálního ADL došlo ke zlepšení v podání léků, ale tuto položku testy vůbec neuvádějí.

6.11.1 Pozice zrakového terapeuta (výpis ze zprávy)

30. 9. 2019

Aktivita: Provedeno kontrolní vyšetření a hodnocení zrakovým terapeutem, výsledky viz příloha č. 5, obrázek č. 30.

Subjektivně:

Neudává žádné obtíže

Objektivně:

- Víčka jsou opět přivřená – dívá se spodní polovinou zorného pole, nad tuto horizontální linii nejde, nezvedá víčka a ani hlavu, aby se na podnět podíval.
- Světlo nesleduje, ale reaguje na ně při pohledu horizontálním či dolů.
- Fixace je v pořádku – funguje pozornost přenášení ze stimulu na stimul (nadále je potřeba v daném pokračovat a trénovat, prodlužovat vzdálenosti).
- Od minulé návštěvy je žluté světlo stále nepříjemné, ale k modrému dobře přijímanému světlu se přidalo světlo i zelené.
- Pohybem očí dává najevo nesouhlas.
- Doba výdrže spolupráce – cca 15–20 minut s občasnými / krátkými pauzami.

Doporučení a závěry:

- Suspektně CVI následkem druhé CMP.
- Stále nutná úprava prostředí.
- Potřeba myslet na pomalejší reakce na podněty.
- Podněty podávat pod horizontální linii zorného pole a také na levou stranu.
- I nadále pracovat s lightboxem – pokusit se najít prostor, jak jej mírně podložit, aby obrazce neklouzali dolů. Obrazce vystříhnout z průsvitného materiálu, je možné již střídat fixaci a přenášení pozornosti mezi barvami, stejně tak jako mezi vícero druhy obrazců. Začít s písmeny jeho jména.

- Na konci setkání pan dal najevo pohybem ruky, že již nechce pokračovat – toto i nadále podporovat.
- Dle pozorovaných reakcí uživatele pracovat spíše v dopoledních hodinách (méně apatický).

Doporučení k práci:

- Pracovat s lightboxem.
- Nutné pracovat s vyjádřením pozitivních i negativních emocí a přání.
- I nadále procvičovat fixaci a přenášení pozornosti.
- Práce s diferenciací tvarů a písmen.
- Ohledně barev – pán stále preferuje modrou a zelenou barvu, tyto je možno použít k dalším činnostem viz PADL (předměty pokládat na kontrastní podložky těchto barev).

6.11.2 Pozice ergoterapeuta

Datum intervencí/terapií/hodnocení: 21. 10. 2019, 18. 11. 2019 a 25. 11. 2019

Aktivita: ADL (intervence dle doporučení zrakového terapeuta)

- *Edukace/nácvik:* uvědomění si zrakového vjemu, fixace, přenášení pozornosti, podání stravy.

Subjektivně:

Uživatel neudává žádné obtíže, bez reakce na pozdrav neodpovídá.

Objektivně:

Prvotní projevy: Uživatel přivezen na vozíku do místnosti ergoterapie, kde pracuje s ergoterapeutkou. Byl bdělý a místy zavíral oči. Při obou setkáních působil na počátku velmi neklidným dojmem, jeho oblečení bylo znečištěné a nebyl oholen. Při doteku v oblasti úst je střídavě otevíral a zavíral.

Projevy v průběhu: Intervence byly realizovány vždy v 10:00 hodin dopoledne, před podáním poledního léku. Před zahájením odstraněny rušivé vjemy. Zpočátku se objevovala verbální agresivita vůči pečující, která ho přivezla do místnosti. Po chvíli však uklidněn kontaktními reflexemi, rozhlížel se po místnosti, ale jeho hlava byla při pohybu sehnutá dolů, směrem k podlaze.

Komunikace vedena s lehkým hlasovým důrazem na to, co se s ním bude dít, stejně tak i na to, co se v tu chvíli odehrávalo. Od začátku uplatňovány prvky preterapie (kontaktní

reflexe) a kontaktní bod na pravé rameno. Na oslovení „pane Y“ reagoval otočením hlavy za zvukem, ruku však na pozdrav ergoterapeuta nepodal. Pohled fixoval převážně na pravou stranu. Doba spolupráce 10–15 minut s občasnými pauzami.

Na základě instrukcí zrakového terapeuta využít Lightbox a modré tvary (trojúhelník, čtverec), poloha sed na mechanickém vozíku. Po počátečním stisknutí kontaktního bodu a slovním doprovodu, umístěna podložka na stůl, který byl výškově upraven tak, aby jeho pohled směřoval pod horizontální linii zorného pole (vzdálenost od očí cca 20–30 cm). Během intervence ergoterapeutka podložku nakláněla do stran. Po uvědomění si prostoru a povrchu podložky, dochází k registraci prvního tvaru trojúhelníku (tvar podáván pod horizontální linií zorného pole), následuje odvrácení hlavy, fixace předmětu. Přenášení pozornosti při pohybu s předmětem se dařilo na obě strany cca do 10 cm. Oči měl místy během aktivity mírně přivřené, více levé oko. Po asi 10 minutách již nebyl schopen pohybem očí reagovat na otázky, zda se jedná o konkrétní tvar (korová únava), dále již nespolupracoval. Oční projevy vyjadřující souhlas/nesouhlas přítomny. V rámci druhé intervence byla při podání stravy použita modrá protiskluzná podložka pod bílý talíř a aktivním asistovaným pohybem vedena lžice se zelenou úchytkou k ústům. Příbor nebyl chopen použit. Při ťuknutí do talíře se objevila reakce na zvuk, pohled směřoval k podložce, směrem dolů. Poté opět odvrací hlavu ke straně. Při opakovaném ťuknutí stejné reakce. Verbální produkce téměř žádná, kromě jednoslovných vulgarismů. Při zdvořilostním jednání přítomen opakující se sociální úsměv. Celkově jevil pán zlepšení. Sám se již dokázal se středně náročnou fyzickou asistencí postavit, již bez chodítka. Chůze možná ve vysokém chodítku, ale pouze do 15 metrů, poté podklesal v kolenou a byl nutný odpočinek. Aktivním asistovaným pohybem a se slovním vedením zvládnul provést i osobní hygienu (obličej a ruce). Zubní náhradu si po jídle neopláchnul. V dopoledních hodinách prokazatelně aktivnější. Po podání poledního léku apatický.

Intervence:

- Obnova/navrácení
- Kompenzace/adaptace

Doporučení:

- Totožná s doporučeními zrakového terapeuta a klinického logopeda.
- Vhodné postupně přenášet i mezi pečující a zdravotnický personál.

25. 11. 2019

Aktivita: Provedení 3. průběžného hodnocení ADL pomocí testu BI a EBI po recidivě CMP

Na základě provedeného 3. průběžného hodnocení bylo prokázáno ve srovnání s 2. průběžným hodnocením opět další mírné zlepšení v některých položkách obou testů, které buď nebylo v minulém hodnocení v položkách prokazatelné, nebo stávající bodové hodnocení položky stále nepostihuje změnu anebo položka testu není zcela vyhovující. Při opakované komparaci s dokumentací ergoterapeutky byly zjištěny tyto změny, které jsou níže v tabulce č. 5 uvedeny a barevně vyhodnoceny. Přehled zjištěných oblastí zlepšení je uveden následně v tabulce č. 6.

Tabulka 5: Shrnuje výsledky 3. průběžného hodnocení

Položky testu BI a EBI	Komparace 2. průběžného a 3. průběžného hodnocení
Jedení	Stav beze změny, přetrvává mírné zlepšení (činnost zvládá s aktivním asistovaným pohybem, kompenzačními pomůckami, úpravou polohy a stravy)
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	Stav beze změny, přetrvává mírné zlepšení (činnost zvládá s aktivním asistovaným pohybem, středně náročnou fyzickou asistencí, kompenzačními pomůckami a oporou zad)
Koupání nebo sprchování	Beze změny (žádné zlepšení, závislý na pomoci).
Provádění osobní hygieny	Beze změny (nutná pomoc). Mírné zlepšení sám si osuší ruce a obličej při slovním vedení.
Kontinence moči	Beze změny, inkontinence moči
Kontinence stolice	Beze změny, inkontinence stolice
Použití WC (posazení na toaletu a vstávání z ní)	Beze změny, závislý na pomoci
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět	Stav beze změny, přetrvává mírné zlepšení (přesun zvládá s verbální nebo fyzickou pomocí, kompenzační

	pomůckou).
Chůze (pohyb na mechanickém vozíku) po rovině	Stav beze změny, přetrvává mírné zlepšení (chůze do 50 m v chodítku).
Chůze po schodech	Netestováno.
Chápání	Mírné zlepšení, rozumí jednoduchým požadavkům.
Komunikace	Beze změny, přetrvává mírné zlepšení (neschopen běžné verbální komunikace, ale souhlas a nesouhlas dokáže vyjádřit).
Sociální interakce	Příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtahitý.
Řešení každodenních problémů	Beze změny (potřebuje značnou pomoc).
Paměť, učení, orientace	Aktivita je nutné několikrát opakovat, postup se lépe fixuje.
Zrak a neglect syndrom	Nelze zcela jasně vyhodnotit

Vyhodnocení:

Modrou barvou jsou značeny položky, které nejsou zcela vyhovující, neboť nepostihují další stupeň zlepšení téže aktivity nebo její jiné v položce neuvedené součásti a dosažený bodový skóre v testech nezaznamenává posun.

Červenou barvou jsou značeny položky, které v předchozím průběžném hodnocení nebyly zcela vyhovující, protože nepostihovaly mírné zlepšení a nyní zlepšení již zaznamenávají.

Zelenou jsou označeny položky, které nebyly testovány.

Bíle zůstaly položky a jejich hodnocení, která se od posledního průběžného hodnocení vůbec nezměnila.

Růžovou barvou je značen vývoj stavu, kde bodový skóre postihuje stejné zlepšení jako v předešlém průběžném hodnocení, ale ve srovnání se záznamem ergoterapeutky došlo

k dalšímu mírnému zlepšení, které však nelze stávajícím bodovým hodnocením dané položky prokázat.

Oranžovou barvou je hodnocen vývoj stavu, kdy nedošlo k žádnému zlepšení, ale dokumentace ergoterapeutky, poskytuje záznamy o mírném zlepšení, ale stávajícími bodové možnostmi dané položky ho nezaznamenávají.

Žlutou barvou je hodnocen vývoj stavu, kdy ve 3. průběžném hodnocení přetrvává mírné zlepšení, však druhá položka také nepostihla svými bodovými možnostmi.

Šedou barvou je značen vývoj stavu, který v předešlém bodovém hodnocení dané položky nezaznamenával zlepšení, které však dokumentace ergoterapeutky vykazovala a v stávajícím hodnocení je již viditelné.

Fialovou barvou je značeno hodnocení aktivity, kterou nelze zcela jasně vyhodnotit.

Na základě prováděných intervencí/terapií klinického logopeda, ergoterapeuta a doporučení zrakového terapeuta došlo k celkovému zlepšení v těchto 9 oblastech:

Tabulka 6: Shrnuje oblasti zlepšení

Paměť, učení, orientace
Jedení
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)
Sociální interakce
Chápání
Komunikace
Provádění osobní hygieny

V této kapitole je obsažen souhrn pozorování, která byla časově rozprostřena do jednoho roku. Jsou zde předloženy výsledky intervencí/terapií a testování, z nichž některá byla pouze orientační a doplňovala funkční analýzu daného uživatele z pohledu jednotlivých odborníků

(ergoterapeuta/ speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením, klinického logopeda a zrakového terapeuta). Klíčovým hodnocením vybrané osoby seniorského věku po CMP v oblasti ADL se stal test BI a EBI, který je běžně využíván zejména v sociálních službách. Na základě těchto opakovaně používaných hodnotících nástrojů a komparace dosažených výsledků s daty obsaženými v dokumentaci ergoterapeutky bylo zjištěno, že některé položky stávajícího testu nejsou zcela vyhovující a neposkytují informace využitelné v rámci interdisciplinární péče. Záznamy ergoterapeutky prokazovaly mírná zlepšení v oblastech, které v jednotlivých položkách buď obsaženy nebyly, nebo bodové hodnocení jednotlivých položek nebylo dostatečně citlivé a nezachycovalo skutečný funkční stav uživatele. Tudíž nemohlo dojít k zachycení mírného zlepšení, ale pro uživatele podstatného. Tyto testy také neobsahovaly položky, kde by byla hodnocena míra poskytované fyzické asistence, slovní vedení či zvládání aktivity s kompenzační pomůckou. Cílem interdisciplinární spolupráce byla tedy konstrukce záznamového archu využitelného pro potřeby zařízení, jako přílohy k těmto testům, který by poskytoval informace v oblasti ADL nejen zmiňovaným odborníkům.

7 DISKUZE

Jednou z nejčastějších domén intervencí speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením a ergoterapeuta je u osob seniorského věku hodnocení a nácvik ADL. Jejich výsledky přispívají k odhalení disability a poskytují zjištění, ve kterých konkrétních aktivitách je člověk limitovaný. Informují o možných příčinách obtíží (diagnostický důvod), míře poskytované asistence a stávají se podkladem pro plánování cílů, terapií/intervencí, služeb a pro navržení opatření směřujících k jejich překonání a ke zlepšení/udržení/zachování funkčního potenciálu. Slouží také k monitorování průběhu navrženého léčebného postupu a stanovených dosažených cílů. Skýtají také možnosti pro doporučení dalšího léčebného postupu terapie/intervence, kompenzačních pomůcek či adaptací prostředí (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Cílem této diplomové práce byla konstrukce komplexního záznamového archu, jako přílohy k standardně používanému testu BI a EBI, prakticky využitelného pro všechny zmiňované odborníky (ergoterapeut/speciální pedagog, klinický logoped, zrakový terapeut) při hodnocení všedních denních aktivit. Jeho sestavení vycházelo z interdisciplinárního přístupu, který umožňoval taktéž zpracování základního sumáře informací k sestavení možného návodu pro práci s osobou seniorského věku po CMP a s jinými přidruženými (nejen) zdravotními obtížemi v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. a poukazoval na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti.

K naplnění hlavního cíle byly stanoveny 3 dílčí cíle:

1. Představit a vyhodnotit funkční stav uživatele po první CMP a po její recidivě.
2. Charakterizovat, konkretizovat, zdůvodnit a vyhodnotit intervence ergoterapeutky/speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením, klinického logopeda a zrakového terapeuta.
3. Popsat a specifikovat stávající hodnocení ADL a konstrukci či úpravu nově vzniklých položek záznamového archu.

Empirická část konkrétně kapitola č. 5 a 6 poskytla obraz o vybraném uživateli po CMP. Představila jeho základní anamnestické údaje, stávající funkční stav a jeho vývoj, možné limity v oblasti ADL, cíl intervencí/terapií a návrh krátkodobého i dlouhodobého plánu. Současně také kapitola č. 6 charakterizovala a úžeji specifikovala intervence/terapie

a provedená testování/hodnocení a vyšetření z pozice zmiňovaných odborníků souvisejících s funkčním stavem daného seniora. Výchozím testem pro konstrukci záznamového archu se stala základní verze testu BI (prováděná ergoterapeutkou/speciálním pedagogem v tamním zařízení) zmiňovaná v teoretickém rámci v podkapitole 2.5 doplněná o rozšířenou verzi EBI. Během jejich porovnávání se záznamem pozorovaných jednotlivých oblastí nácviků/intervencí a terapií (viz kapitola č. 6) bylo zjištěno, že poskytnutá hodnocení obsahují neúplný výčet sledovaného a nemohou poskytnout tudíž komplexní obraz o funkčním stavu dané osoby. Současně také nehodnotí míru a druh poskytované asistence, popřípadě spoluúčast při vykonávání jednotlivých aktivit. Stav seniora po druhé atace byl natolik komplikovaný, že v této souvislosti vyžadoval úpravu stávajícího hodnocení, která vznikla na základě provedených pozorování, komparace dostupného hodnocení ADL (BI, EBI) a opakované analýzy dokumentace výše zmiňovaných odborníků. Výsledný záznamový arch byl poté přidán jako příloha k standardně používanému testu. Zahrnoval spojení obou verzí BI testu s úpravou hodnocení, rozšířením nebo přidáním či odstraněním některých položek BI viz příloha č. 6, tabulka č. 22, které vycházelo i ze studia předešlých verzí BI. Upraveny a doplněny byly položky týkající se mobility (doplněna a konkretizována vertikalizace, přesuny a lokomoce), příjmu stravy (doplněn a upřesněn typ příboru, podání pití léků). Dále byly sloučeny položky týkající se koupání/sprchování, intimní hygieny, ovládnutí močení, vyprazdňování stolice a specifikován typ kompenzační pomůcky či sanitárního vybavení k provedení hygieny. S touto transformací souvisí i nově přidaná položka osobní hygieny specifikující místo a pozici jejího provedení. Základ pro vznik položek IADL poskytla dokumentace ergoterapeutky s nestandardizovanými možnostmi jeho testování a rozšířená verze BI (EBI), která doplnila i nově vzniklé položky klinického logopeda. Hodnocení zrakového terapeuta vzniklo na základě spolupráce s ergoterapeutkou/speciálním pedagogem a uzavřelo tak výsledný záznamový arch.

Soběstačnost a péče o vlastní osobu je hodnocena i z pozice Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v novelizovaném znění (dále jen Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), ale za účelem přiznání příspěvku na péči. Soběstačnost je zde vymezena zvládnutím úkonů, které jsou součástí běžných všedních denních aktivit. Na základě schopnosti jejich provedení a potřebné míry pomoci a podpory je poté stanoven stupeň závislosti na pomoci jiné osoby (ve čtyřech stupních), kterému rovněž i odpovídá výše přiznaného příspěvku. Ergoterapeuti i speciální pedagogové se somatopedickým zaměřením

jsou v tomto ohledu vybaveni odpovídajícím instrumentářem standardizovaných i nestandardizovaných hodnocení a disponují nemalými zkušenostmi s doporučováním kompenzačních pomůcek, ale podle tohoto zákona se na posouzení míry závislosti nepodílejí. Nový, další náhled na rozměr řešené problematiky, by mohly přinést také výstupy z nabízejícího se následného výzkumného šetření zaměřeného na zjištění efektivity navrženého záznamového archu a postupu i v jiných zařízeních a současně i na zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb v domovech pro seniory se zaměstnáváním speciálních pedagogů, jejich zařazením ve struktuře dané organizace a podílem na hodnocení ADL.

7.1 Limity studie

Chrastina (2019, s. 239) uvádí že: „*Na limity studie nahlížíme tak, že jde o jakékoliv vlivy, prvky, faktory a aspekty, které ovlivnily, ovlivňují, ovlivní anebo vůbec mohly ovlivnit samotnou studii, tzn. její průběh, data, zjištění, závěry a interpretace*“. Týž autor také vymezuje následující limity:

- na straně užitého metodologického rámce,
- na straně případu nebo případů,
- na straně zkoumané, studované nebo vědecké reality,
- na straně výzkumníka (Chrastina, 2019).

V rámci této studie lze považovat za limity tato zjištění:

Na straně výzkumníka:

- Nedostatečná zkušenost výzkumníka s realizací kvalitativního výzkumu.
- Neschopnost se odpoutat od vlastních zkušeností z praxe a jejich projekcí.
- Profesní vztah k zařízení a předešlé zkušenosti.
- Osobní charakteristiky a rysy (přílišná zainteresovanost, citlivost a empatie).

Na straně případu:

- Závazek mlčenlivosti.
- Aktuální nálady a celkové rozpoložení seniora.

Na straně užitého metodologického rámce:

- Nízký počet osob.
- Rozsáhlost tématu.
- Velké množství dat a zdlouhavost jejich sběru.

- Absence i jiných technik sběru dat.

Na straně zkoumané vědecké reality:

- Nemožnost zveřejnit některé části studie, limitováno ze strany ředitele zařízení.
- Přenositelnost (určeno pro potřeby zařízení).

ZÁVĚR

Předložená diplomová práce je koncipována jako návrh pilotního projektu, zaměřený na analýzu a evaluaci procesů podpory u vybrané osoby seniorského věku po CMP v kontextu ADL a má charakter systematické případové studie. Teoretický rámec poskytuje teoretická východiska v kontextu CMP, která je považována za jedno z nejzávažnějších cévních onemocnění mozku, zejména ve vyšším věku. Vzhledem k variabilitě následků CMP a nejisté prognóze představuje závažný medicínský, ekonomický a sociální problém. Pozornost je proto soustředěna na léčebnou rehabilitaci a její složky zejména ergoterapii, konkrétně ADL, které zde tvoří průsečík mezi speciální pedagogikou a touto profesí. Cílovou skupinou jsou zde osoby seniorského věku po CMP v zařízení sociálních služeb, konkrétně v Domově pro seniory Hrubá Voda.

K získání podkladů pro správné nastavení komplexní rehabilitační péče v oblasti ADL slouží celá řada standardizovaných či nestandardizovaných hodnocení, testů, postupů a zkoušek. Většina standardizovaných testů však není k dispozici v českém jazyce nebo není hrazena v zařízeních tohoto typu ze strany českých zdravotních pojišťoven. V domovech pro seniory se běžně pracuje s hodnocením dle testu Barthelové (Mahoney a Barthel, 1965), který má 10 složek a celkovým hodnocením lze dosáhnout maxima 100 bodů. Kromě sebeobslužných činností (oblékání, hygiena) zahrnuje také ovládání moči a stolice a lokomoci (chůze či jízdu na vozíku). Vzhledem ke skutečnosti, že stav vybraného uživatele byl natolik komplikovaný, bylo nezbytné doplnit a upravit některé položky, které byly v rámci komplexního vstupního a průběžného hodnocení funkčního stavu procvičovány, jako přílohu k danému testu. Do těchto oblastí patří základní tělesné a psychické funkce. Nedílnou součástí přílohy je také hodnocení dosažených cílů dané osoby, jelikož samotná osoba je ústřední osobou, které se poskytované služby týkají. V souvislosti s uvedeným předkládá empirická část analýzu hodnocení intervencí/terapií a testů všech zúčastněných osob v procesu rehabilitace a jejich pozorování, které se staly podkladem pro vznik závěrečného záznamového archu využitelného pro jednotlivé profese a zároveň i zdrojem doporučení pro další práci. Závěrem je však nezbytné upozornit na fakt, že uvedené výsledky, které jsou v této diplomové práci prezentovány nelze zobecnit. Předem stanoveným kritériím výběru odpovídala pouze jedna osoba v zařízení a z tohoto důvodu je nutné na tuto problematiku nahlížet zcela individuálně.

Smysl této diplomové práce lze tedy chápat jako zpracování základního sumáře informací, který by mohl sloužit nejen jako předloha pro zavedení systému interního hodnocení ADL nejen u osob po CMP, ale i jako možný návod pro práci s osobou seniorského věku po CMP a s jinými přidruženými (nejen) zdravotními obtížemi v rámci interdisciplinárního přístupu v pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory. Dále by práce měla také poukázat na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALIX, Jean-Claude. *Jde o vaši krev: srdeční infarkt, mozková mrtvice, cukrovka, vysoký krevní tlak, náhlá ztráta sluchu a mnoho dalšího... : jak všechno pochopit, vyvarovat se nemoci a vyléčit se*. Vyd. 2., rozš. Liberec: Dialog, 2016. Zdraví (Dialog). ISBN 978-80-7424-092-8.
2. AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2008-. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7387-157-4.
3. AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.
4. AMBLER, Zdeněk a Otakar KELLER. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
5. BENDO VÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.
6. BENEŠ, Pavel, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Vyd. 2., rozš. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2110-6.
7. BENEŠOVÁ, Dana. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. 2., přepracované vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7452-039-6.
8. BOBATH, Berta. *Die Hemiplegie Erwachsener: Befundaufnahme, Beurteilung und Behandlung*. 2., neubearb. Aufl. Stuttgart, 1980.
9. BRAUNER, Radek a Ivan BARTOŠOVIČ. *Možnosti rehabilitace u dětí a dospělých: průvodce ošetřujícího lékaře*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-600-3.
10. BRUTHANS, J. *Epidemiologie cévních mozkových příhod*. In. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře, 2010. 2 (4), s. 133-136. ISBN 1803-7542.

11. CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠŤÁLOVÁ a Marta KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: (manuál)*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR, 2002. ISBN 80-903-3120-3.
12. CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a Marta KLIMEŠOVÁ. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-161.
13. CSÉFALVAY, Zsolt, Viktor LECHTA a Marta KLIMEŠOVÁ. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých: (manuál)*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
14. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 2., přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-246-3404-3.
15. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie: studijní text pro kombinované studium*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. Care. ISBN 978-80-246-3404-3.
16. ČERVENÝ, Rudolf, Eva TOPINKOVÁ a Rostislav ČEVELA. *Geriatric: novelizace 2014*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2014. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-69-5.
17. ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie*. 3., 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.
18. DIENSTBIER, Zdeněk, Iva HOLMEROVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Radix, 2009. Medical services. ISBN 978-80-86031-88-0.
19. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-706-6822-9.

20. DOULÍK, Pavel. *Vybrané základy metodologie pedagogického výzkumu: (se cvičeními)*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2016. ISBN 978-80-7414-989-4.
21. DOW, Mike, David DOW a Megan SUTTON. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého*. Brno: BizBooks, 2018. ISBN 978-802-6507-789.
22. EDMANS, Judi. *Occupational therapy and stroke*. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U. K.: Blackwell Pub., 2010. ISBN 978-1-4051-9266-8.
23. ERNEST, Jan, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Makulární degenerace: trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace*. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2363-4.
24. ERNEST, Jan, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Makulární degenerace: trendy v léčbě věkem podmíněné makulární degenerace*. Vyd. 2., rozš. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2363-4.
25. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-807-2624-287.
26. FEIGIN, Valery L. a Roman HERZIG. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
27. FERDA, Jiří, Roman PROCHÁZKA a Christof J. DAETWYLER. *Inovativní zobrazovací metody: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Galén, [2015]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7492-186-5.
28. FERRIS - TAYLOR, Rita. *Communication*. In: GATES, Bob and Helen Atherton. *Learning Disabilities: Toward Inclusion*. Philadelphia: Elsevier, 2007, 325-360. ISBN 978-0-443-10198-4.
29. FILATOVA, Renáta. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1.
30. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

31. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu: příručka pro uživatele*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
32. HAGOVSKÁ, Magdaléna a Andrea JEŽKOVÁ. *Kognitivny a pohybový tréning u seniorov s miernym kognitívnym deficitom: vedecká monografia*. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Brno: Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9179-5.
33. HALMO, Renata. *Kinestetická mobilizace v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2.
34. HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Velký psychologický slovník: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 3., přeprac. A dopl. vyd. Praha: Portál, 2010. Medical services. ISBN 978-80-7367-686-5.
35. HAŠKOVCOVÁ, Helena, Helena HARTLOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Fenomén stáří: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. Medical services. ISBN 978-80-87109-19-9.
36. HEGYI, Ladislav. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 2001, 127 s. ISBN 80-88908-80-9.
37. HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK. *Geriatría*. Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6.
38. HENDL, Jan. *Kvalitatívny výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-262-0982-9.
39. HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace: (se cvičeními)*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
40. HERMANOVÁ, Marie, Jiří PROKOP a Kamila ONDRÁČKOVÁ. *Vybrané kapitoly z péče o seniory: obecná část*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů pro Marii Hermanovou - CURATIO, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-478-8.

41. HERLE, Petr a kol., ed. *Diferenciální diagnostika v neurologii*. Praha: RAABE, 2015. ISBN 978-80-7496-212-7.
42. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-373-2.
43. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie: obecná část*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-254-0179-8.
44. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie: novelizace 2014*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-254-0179-8.
45. HOLMEROVÁ, Iva, Helena HARTLOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
46. HOLMEROVÁ, Iva, Helena HARTLOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, [2014]. Lékař a pacient. ISBN 978-80-247-5439-0.
47. HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7372-789-5.
48. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2013. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4139-0.
49. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory: hodnotící nástroje*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4139-0.
50. HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.

51. CHMELOVÁ, Irina a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-833-2.
52. CHRASTINA, Jan. *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-244-5373-6.
53. JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
54. JANÍKOVÁ, Jitka, Ivo ŠTEINER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Patologie pro střední zdravotnické školy: teorie a případové studie*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0375-1.
55. JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2312-5.
56. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. 2., přepracované vydání. Praha: Portál, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7367-583-7.
57. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Vyd. 3., upr. Praha: Portál, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7367-583-7.
58. KAJANOVÁ, Alena, Olga DVOŘÁČKOVÁ a Pravoslav STRÁNSKÝ. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd: (se cvičeními)*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2017. ISBN 978-80-7394-639-5.
59. KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1664-9.
60. KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.

61. KALIŠKO, Ondřej a Andrea JEŽKOVÁ. *Metody kinezioterapie I: učební text*. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2019. ISBN 978-80-7561-212-0.
62. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, c2006. Jessenius. ISBN 80-859-1226-0.
63. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2093-0.
64. KALVACH, Zdeněk, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 1997. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 80-718-4366-0.
65. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-726-2455-5.
66. KALVACH, Zdeněk a Jitka SKOPALOVÁ. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2490-4.
67. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.
68. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4026-3.
69. KALVACH, Zdeněk a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 2., přepracované vydání. Středokluky: Zdeněk Susa, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-88084-21-1.
70. KAŇOVSKÝ, Petr a Andrea BÁRTKOVÁ. *Obecná neurologie a vyšetřovací metody v neurologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5488-7.

71. KAŇOVSKÝ, Petr a Andrea BÁRTKOVÁ. *Obecná neurologie a vyšetřovací metody v neurologii: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-244-5488-7.
72. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, Peter OSTER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Logopedie v ošetrovatelské praxi: teorie a případové studie*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
73. KERLINGER, Fred N. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972.
74. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory: studijní text pro kombinované studium. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
75. KLEVETOVÁ, Dana a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory: v domovech pro seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
76. KLUSOŇOVÁ, Eva, Peter OSTER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Ergoterapie v praxi: teorie a případové studie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-535-8.
77. KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti: průvodce ošetrujícího lékaře*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7013-567-9.
78. KNAPCOVÁ, Margita. *Komunikační systém - VOKS*. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, [2018]. ISBN 978-80-7481-215-6.
79. KONDZIOŁKOVÁ, Jolana a Susanne WEBER. *Teorie ergoterapie 2: studijní opora*. 3. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-516-7.

80. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi: MKF*. Vyd. 2., rozš. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
81. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. Medical services. ISBN 80-244-1552-6.
82. KRAHULCOVÁ, Beáta. *Postižený člověk v procesu senescence: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2002. Care. ISBN 80-729-0094-3.
83. KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1018-8.
84. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Úvod do ergoterapie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Vyd. 3., upr. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2699-1.
85. KRISTINÍKOVÁ, Jarmila. *Rehabilitace v geriatрии: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. Care. ISBN 978-80-7368-829-5.
86. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2699-1.
87. KROUPOVÁ, Kateřina, Ivo ŠTEINER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.
88. KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPIČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0054-5.
89. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

90. LEČBYCH, Martin a Kristýna HOSÁKOVÁ. *Neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí: učební texty pro studenty FF UP*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-244-4334-8.
91. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
92. LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu: (se cvičeními)*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
93. LIPPERT-GRÜNER, Marcela, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Neurorehabilitace: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. 2., přepracované vydání. Praha: Galén, c2005. Sestra (Grada). ISBN 80-726-2317-6.
94. LIPPERT-GRÜNER, Marcela. *Neurorehabilitace: (se cvičeními)*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2317-6.
95. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Trauma mozku a jeho rehabilitace: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Praha: Galén, c2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7262-569-7.
96. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-807-4922-251.
97. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5067-5.
98. LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. Vyd. 2., rozš. Praha: Grada, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2764-6.

99. MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2. opr. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
100. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Gerontologie: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. 2., přepracované vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7464-081-0.
101. MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity: studijní text pro kombinované studium*. 2., přepracované vydání. Praha: Galén, c2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7262-695-3.
102. MÁČEK, Miloš, Jiří RADVANSKÝ a Kamila ONDRÁČKOVÁ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity: obecná část*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7262-695-3.
103. MADARÁSZ, Štefan, Imrich ANDRÁSI a Marián ŠANTA. *Neurologia pre zdravotnicke nelekárske odbory: MKF*. Vyd. 2., rozš. Brno: Tribun EU, 2018. Librix.eu. ISBN 978-80-263-1425-7.
104. MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře: geragogika a gerontodidaktika*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
105. MARŠÁLEK, Pavel. *Interna a geriatrie pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2014. ISBN 978-80-7414-745-6.
106. MARŠÁLEK, Pavel a Lucie SMÉKALOVÁ. *Interna a geriatrie pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty: geragogika a gerontodidaktika*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7414-745-6.
107. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a Lucie SMÉKALOVÁ. *Gerontologie: geragogika a gerontodidaktika*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7464-081-0.

108. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Gerontologie: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. Care. ISBN 978-80-7464-081-0.
109. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Vyd. 2., rozš. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
110. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
111. MIßBACH, H. B. *Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung*. Hannover: Schlütersche Verlag, 2010. 281 s. ISBN: 978-3-87706-677-5.
112. MIßBACH, H. B. *Bewegungsförderung Kinästhetik – Plus*. 11. Asselfingen: Viv-Arte®, 2015. 90 s. ISBN nevedeno.
113. MLÝNKOVÁ, Jana a Iva HOLMEROVÁ. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2011. Medical services. ISBN 978-80-247-3872-7.
114. MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton, 2004. Pedagogika (Grada). ISBN 80-725-4476-4.
115. MUMENTHALER, Marco, Claudio L. BASSETTI a Christof J. DAETWYLER. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2298-6.
116. MÜHLPACHR, Pavel, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Gerontopedagogika: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 80-210-3345-2.
117. MÜHLPACHR, Pavel, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Kvalita života seniorů: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Brno: MSD, 2017. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-7392-260-3.

118. MÜLLER, Oldřich a Martin BAREŠ. *Terapie ve speciální pedagogice: průvodce ošetřujícího lékaře. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
119. NEBUDOVÁ, J.: *Cévní mozkové příhody: [minimum pro praxi]*. Praha - Triton, 1999. ISBN 80-7254-41-6.
120. NEDĚLKOVÁ, Hana a Renata HALMO. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. [Most: Nemocnice Most, 2007]. ISBN 978-80-239-9260-1.
121. NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
122. NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 1997.
123. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ, Evžen RŮŽIČKA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Neurologie: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-246-0502-3.
124. OBEREIGNERŮ, Radko, Ivo ŠTEINER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí: teorie a případové studie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-244-3737-8.
125. OCHRANA, František, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu: (se cvičeními)*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4200-0.
126. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci: studijní text pro kombinované studium. 2.*, přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-246-4383-0.
127. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
128. *Optimální působení tělesné zátěže a výživy: "Kinantropologické dny MUDr. V. Soulka" : sborník příspěvků z interdisciplinární konference s mezinárodní účastí ...*

- Hradec Králové, Česká republika. Vyd. 2., rozš. Hradec Králové: Gaudeamus, [1995]-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7435-076-4.*
129. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2946-6.
130. OREL, Miroslav, Roman PROCHÁZKA a Christof J. DAETWYLER. *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5539-7.
131. PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicentrum, 1981.
132. PALMER, Sara, Jeffrey B. PALMER a Christof J. DAETWYLER. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. 2. vyd. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.
133. PAVLŮ, Dagmar a Susanne WEBER. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2. opr. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. ISBN 80-720-4312-9.
134. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů: Case study – a method of qualitative research strategy and research design*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Karolinum, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-718-4569-8.
135. PFEIFFER, Jan a Otakar KELLER. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.
136. PFEIFFER, Jan, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1135-5.
137. POKORNÁ, Andrea. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Vyd. 2., rozš. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0592-3.
138. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Vyd. 2., rozš. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

139. POKORNÁ, Andrea a Beáta KRAHULCOVÁ. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.
140. PODLAHA, Jiří. *Chirurgie extrakraniálního karotického řečiště*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1520-1.
141. POWELL, Trevor J. a Kristýna HOSÁKOVÁ. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutů, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.
142. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
143. PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-717-8949-6.
144. PROSIEGEL, Mario a Susanne WEBER. *Dysphagie: Diagnostik und Therapie Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. 2., aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2013. 149 s. ISBN 13 978-3-642-35104-4.
145. PROSIEGEL, Mario a Susanne WEBER. *Dysphagie: Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. 3rd. 3. Berlin: Springer, 2018. ISBN 9789264097759.
146. PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: ZVZ 209*. 2. Praha: VÚPSV, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7416-048-6.
147. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
148. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

149. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.
150. ROKYTA, Richard, Ivo ŠTEINER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi.* Praha: Grada Publishing, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4867-2.
151. RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie: MKF.* Vyd. 2., rozš. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. Librix.eu. ISBN 978-80-7553-681-5.
152. RŮŽIČKOVÁ, Kamila a Susanne WEBER. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti: studijní opora.* 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-383-3.
153. RŮŽIČKOVÁ, Veronika, Kateřina KROUPOVÁ a Zuzana KRAMOSILOVÁ. *Zrakový trénink a jeho podmínky: Visual training and its conditions.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-244-5096-4.
154. ŘÍČAN, Pavel, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Cesta životem: novelizace 2014.* 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2004. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 80-717-8829-5.
155. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi.* 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
156. SCHULER, Matthias, Peter OSTER a Marta KLIMEŠOVÁ. *Geriatric od A do Z pro sestry: teorie a případové studie.* Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
157. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství: Case study - a method of qualitative research strategy and research design.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2011. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-7367-778-7.
158. SPENCE, J. David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty.* Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-058-4.

159. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: ZVZ 209*. 2. Praha: Portál, 1999. Sestra (Grada). ISBN 80-717-8274-2.
160. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3653-1.
161. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Anna PETŘKOVÁ. *Psychologie dospělých: studijní text pro kombinované studium*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Care. ISBN 978-80-244-3662-3.
162. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
163. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 2007. ISBN ISBN978-80-247-1822-4.
164. ŠTEFLOVÁ, Iva a Andrea BÁRTKOVÁ. *Optimální působení tělesné zátěže a výživy: "Kinantropologické dny MUDr. V. Soula" : sborník příspěvků z interdisciplinární konference s mezinárodní účastí ... Hradec Králové, Česká republika*. Druhé, upravené vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 1995. ISBN 978-80-7435-076-4.
165. ŠTEFLOVÁ, Iva a Andrea BÁRTKOVÁ. *Rehabilitace v kostce*. Druhé, upravené vydání. Pelhřimov: [nakladatel není známý], 2018. ISBN978-80-270-3584-7.
166. ŠTEFLOVÁ, Iva a Susanne WEBER. *Rehabilitace v kostce: studijní opora*. Druhé, upravené vydání. Pelhřimov: [nakladatel není známý], 2018. ISBN 978-80-270-3584-7.
167. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-262-0644-6.
168. ŠVESTKOVÁ, Olga, Kateřina SVĚCENÁ a Rostislav ČEVELA. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. 2., přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, [2013]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-260-4101-6.

169. ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.
170. TILINGER, Pavel, Ion BUTNARU, Václav HOŠEK, R. JIRÁSKO, Lukáš KOZÁREK, Eva NECHLEBOVÁ, Ondřej SYNEK a Markéta ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ. *Životní styl a pohybové aktivity českých seniorů: učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o., 2019. Medical services. ISBN 978-80-87723-53-1.
171. THOROVÁ, Kateřina a Alice ONDERKOVÁ. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2015. Care. ISBN 978-80-262-0714-6.
172. TOMEŠ, Igor. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. Praha: Socioklub, 2001. Sestra (Grada). ISBN 80-86484-00-9.
173. TOMCZYK, Łukasz. *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií: vybrané kapitoly*. 2., přepracované vydání. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-904531-9-7.
174. TOPINKOVÁ, Eva a Anna PETŘKOVÁ. *Geriatric pro praxi: studijní text pro kombinované studium*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2005. Care. ISBN 80-726-2365-6.
175. TOŠNEROVÁ, Tamara a Alice ONDERKOVÁ. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. Care. ISBN 80-238-9506-0.
176. TRACHTOVÁ, Eva, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-590-7.

177. TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1296-2.
178. TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-701-3540-2.
179. TYRLÍKOVÁ, Ivana, Martin BAREŠ a Christof J. DAETWYLER. *Neurologie pro nelékařské obory: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-701-3540-2.
180. TYRLÍKOVÁ, Ivana, Martin BAREŠ, Evžen RŮŽIČKA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Neurologie pro nelékařské obory: fyziologie a léčebné postupy*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-701-3540-2.
181. VALENTA, Milan a Iva HOLMEROVÁ. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. Medical services. ISBN 978-80-7320-187
182. VAŇÁSKOVÁ, Eva a Susanne WEBER. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody: studijní opora*. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-701-3398-8.
183. VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.
184. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Alice ONDERKOVÁ. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2007. Care. ISBN 978-80-247-2170-5.
185. VETEŠKA, Jaroslav. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Česká andragogická společnost, 2017. Česká a slovenská andragogika. ISBN 978-80-905460-7-3.

186. VITÁSKOVÁ, Kateřina, Renata MLČÁKOVÁ a Marta KLIMEŠOVÁ. *Student s narušenou komunikační schopností na vysoké škole: (manuál)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4213-6.
187. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Výzkum poruch a odchylek komunikační schopnosti a orofaciálního systému z logopedického hlediska: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-802-4452-883.
188. VOSTRÝ, Michal a Iva HOLMEROVÁ. *Podpora osob s Alzheimerovou chorobou za využití informačních a komunikačních technologií z pohledu pomáhajících profesí: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2019. Medical services. ISBN 978-80-7561-206-9.
189. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
190. WABERŽINEK, Gerhard, Dagmar KRAJÍČKOVÁ a Christof J. DAETWYLER. *Základy speciální neurologie: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-246-1020-5.
191. WABERŽINEK, Gerhard, Dagmar KRAJÍČKOVÁ, Evžen RŮŽIČKA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Základy speciální neurologie: fyziologie a léčebné postupy*. Vyd. 2., rozš. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 978-802-4610-207.
192. ZAVÁZALOVÁ, Helena a Alice ONDERKOVÁ. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Karolinum, 2001. Care. ISBN 80-246-0326-8.
193. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.
194. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatрии: průvodce ošetrujícího lékaře*. Vyd. 3., upr. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

ODBORNÉ ČASOPISY

1. BAUER, J. *Cévní mozkové příhody*. In Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře, 2010, č. 4, s. 122-132.
2. BERG, K., WOOD-DAPUHINEE, S., WILIAMS J., MAKI, B. *Measuring Balance in the Elderly: Validation of an Instrument*. Canadian Journal of Public Health, 1992, Suppl.2, s. 7-11.
3. CRESWELL, J. W., Poth, C. N., 1998, *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
4. ČEŠKA, R. *Prevence cévních mozkových příhod*. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2010, č. 2, s. 150 - 155.
5. HEILMAN KM, VALENSTEIN E, WATSON RT. *Neglect and related disorders*. *Semin Neurol* 2000; 20 (4): 463–470.
6. JANČÍKOVÁ, Věra, KONEČNÝ, Petr a Svatopluk Horák. *Zrcadlová terapie a její využití v neurorehabilitaci*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2018, roč. 25, č. 4, s.139-142. ISSN 1211-2658.
7. JEŘÁB, J, 2008, *Úvodní slovo na konferenci Senioři – naše šance*. Lecture. 2008.
8. KONEČNÝ, Petr, VYSOKÝ, Robert, ELFMARK, Milan a Karel URBÁNEK. *Efekty cílené orofaciální rehabilitace u pacientů s poruchou řečových funkcí po cévní mozkové příhodě*. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2017, roč. 113, č. 3, s. 316-322. ISSN 1210-7859.
9. MAHONEY, F. I., BARTHEL, D., 1965, *Functional evaluation: the Barthel Index*. *Maryland State Med Journal*. 1965, Vol. 14, p. 56-61.
10. MAIETA, L.; RESCH - KRÖLL, U. *MH - Kinaesthetics fördert Gesundheit der Mitarbeiter*. *Die Schwester Der Pfleger*. 2009, 48(5), 440. ISSN 0340-5303.
11. MANDYSOVÁ, P. *A vision for dysphagia screening by nurses*. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2014, vol. 4, no. 1, s 36-43. ISSN: 1338-6263.
12. MC LEOD, J, 2010, *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

13. Miles, M. B., Huberman, A. M.: *Qualitative data analysis*. A source boook of new methods. London: Sage, 1984, 1994. (In Hendl (2016))
14. PATTON, M. Q., 1990, *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park and London: Sage.
15. PROSIEGEL, M, BÖTTGER, S, SCHENK, T, KÖNIG, N, MAROLF, M, VANEY C et al. *Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten*. Neurologie und Rehabilitation. 1996, Vol. 2, p. 7-13.
16. STAKE, R. E., 1995, *The art of case study research*. London: Sage.
17. URBÁNKOVÁ, Šárka, Jiří NEUMANN a Hana POTMĚŠILOVÁ. *Cévní mozková příhoda a role médií v informovanosti veřejnosti*. Hygiena, Praha: Státní zdravotní ústav, 2013, roč. 58, č. 4, s. 162-166. ISSN 1802-6281

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. COLOMBO, Francesca, et al. *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. Paris: OECD Publishing, 2011 [viewed 2020-07-03]. ISBN 9789264097759. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
2. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 ze dne 14. 3. 2011. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2020 [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
3. ČESKO. Zákon č. 96/2004 ze dne 3. 3. 2004. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2020 [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

4. ČESKO. Zákon č. 108/2006 ze dne 31. 1. 2006. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2020 [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
5. Český statistický úřad. *Projekce obyvatelstva České republiky*. 2003 [Online]. [cit. 2020-06-09] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>
6. GAELOTO, Giovanni, et. al. The outcome measures for loss of functionality in the activities of daily living of adults after stroke; a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. 2020, Vol. 26, Issue 3, pp. 236-245 [viewed 2020-07-03]. Available from: <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1574060>
7. JANOUSHKOVÁ, L., KALINA, M. *Cévní mozková příhoda se dnes nevyhýbá ani dvacetiletým*. Tisková konference, 2006 [cit. 2020-06-09]. Dostupné na [www](https://www.google.cz/?gws_rd=ssl#q=c%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A1+p%C5%99%C3%ADhoda+Janou%C5%A1kov%C3%A1%2C+Kalina): https://www.google.cz/?gws_rd=ssl#q=c%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A1+p%C5%99%C3%ADhoda+Janou%C5%A1kov%C3%A1%2C+Kalina.
8. KHAN, Fary, Bhasker AMATYA, Mary P. GALEA et al. *Neurorehabilitation: applied neuroplasticity*. *Journal of Neurology* [online]. 2020, 264(3), 603-615 [cit. 2020-06-17]. ISSN 1432-1459. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27778158>
9. LANGHORNE, Peter, BERNHARDT, Julie, KWAKKEL, Gert. *Stroke rehabilitation*. *The Lancet* [online]. 2011, Vol. 377, nr. 9778, pp. 1693-1702 [viewed 2020-07-03]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
10. LASOTOVÁ, N. a SOLNÁ. *Screeningové metody a testy dysfagie v ČR*. In: Neurovaskulární kongres 2014 zahrnující 42. Český a slovenský Cerebrovaskulární kongres a 13. Neurosonologický den. [online]. Mikulov, 2014, [cit. 2020-06-09]. s. 11. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/dokumenty/j48_2014_csnn_supplementum.pdf
11. MARŠÁLEK, Pavel, Olga Švestková, Marcela JANEČKOVÁ a kol. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku [online]. CEREBRUM, 2011 [cit. 2020-06-09]. ISBN 978-80-

904357-5-9.

Dostupné

z: http://www.cerebrum2007.cz/design/Doporuceni_k_organizaci_systemu_zdravotne-socialni_pece_o_pacienty_po_ziskanem_poskozeni_mozku.pdf

12. NEUMANN, Jiří a Hana POTMĚŠILOVÁ. *30 dnů pro léčbu a prevenci cévních a mozkových příhod*: Tisková zpráva [online]. In: Praha: ČLS JEP, 2011 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/priloha/4f2a77032d8c0/tz-cmp.pdf>
13. NORDIN, Asa, Katharina SUNNERHAGEN and Asa AXELSSON. *Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study*. BMC NEUROLOGY [online]. 2020, 15(235) [cit. 2020-05-21]. ISSN 14712377. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647613/>
14. REIF, Michal. *Hodnotící škály používané u pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Neurologie pro praxi [online]. 2011, č. 12 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/05.pdf>.
15. SOLNÁ, G., N. LASOTOVÁ, N. LEBEDOVÁ, J. HOFMANOVÁ a E. BABOROVÁ. *Návrh jednotného postupu v péči o dysfagické pacienty na iktových jednotkách v ČR*. In: Neurovaskulární kongres 2014 zahrnující 42. Český a slovenský Cerebrovaskulární kongres kongres a 13. Neurosonologický den. 2014, Mikulov, s. 12-13. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/dokumenty/j48_2014_csnn_supplementum.pdf.
16. ŠKODA, O., HERZIG, R. MIKULÍK, et al. *Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou – verze 2016*. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie [online]. 2020, (3), 351-363 [cit. 2020-03-25]. ISSN 12107859. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/klinicky-standard-pro-diagnostiku-a-lecibu-pacientu-s-ischemickou-cevni-mozkovou-prihodou-a-s-tranzitorni-ischemickou-58279>.
17. THRIFT, Amanda G., Dominique A. CADILHAC, Tharshanah THAYABARANATHAN, George HOWARD, Virginia J. HOWARD, Peter M. ROTHWELL a Geoffrey A. DONNAN. *Global stroke statistics*. International journal of stroke [online]. 2014, 2014(9), 6–18 [cit. 2020-06-09]. DOI: 10.1111. Dostupné z: <http://wso.sagepub.com/content/9/1/6.full.pdf+html>

18. TRAPL, M. et al. *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. *Stroke* [online]. 2007, roč. 38, č. 11, s. 2948-2952 [cit. 2020-05-01]. Dostupný z databáze EBSCOhost: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=0f7d7b2e-8fad-47d0-a5ff6ecfb21c8938%40sessionmgr4005&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009708402>.
19. WINSTEIN, Carolee J., Joel STEIN, Ross ARENA, et al. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. *Stroke* [online]. 2016, 47(6), e98-e169 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
20. ZVOLSKÝ, M. *Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003–2010*. In: Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2012, s. 27 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: http://uzis.cz/system/files/03_12.pdf

SEZNAM ZKRATEK A POJMŮ

apod. – a podobně

cca – přibližně

CGA - (z anglického: „*Comprehensive Geriatric Assessment*“) komplexní geriatrické hodnocení

CMP – cévní mozková příhoda

CT – (z anglického „*Computer tomography*“) počítačová tomografie

DSA – digitální subtrakční angiografie

FIM – (z anglického: „*Functional Independence Measure*“) funkční míra nezávislosti

LTC – (*long-term care*) koncept komplexní týmové dlouhodobé péče

MKF – Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví

MMSE – (z anglického „*Mini Mental State Examination*“) vyšetření mentálního stavu, konkrétně krátká škála mentálního stavu

MR – (z anglického „*Magnetic resonance imaging*“) magnetická rezonance

SPECT – (z anglického „*Single-photon emission computerized tomography*“) pozitronová emisní tomografie

tj. – to je

TK – krevní tlak

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaně

WHO – (z anglického: „*World Health Organization*“) Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Shrnuje graficky kapitulu 1	27
Obrázek 2: Shrnuje graficky informace o rehabilitačním procesu po CMP.	46
Obrázek 3: Model funkční schopnosti a disability dle MKF (WHO, 2001, s. 30).	57
Obrázek 4: Shrnuje graficky informace o cílové skupině osob.....	60
Obrázek 5: Shrnuje graficky informace o funkčním stavu.....	60
Obrázek 6: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 1. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.	68
Obrázek 7: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 1. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.	68
Obrázek 8: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 2. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice ergoterapeuta a zrakového terapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.	69
Obrázek 9: Shrnuje graficky jednotlivé kroky 2. fáze rehabilitačního procesu u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.	69
Obrázek 10: Shrnuje graficky pozorované oblasti PADL u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.....	70
Obrázek 11: Shrnuje graficky pozorované oblasti IADL u vybraného případu z pozice ergoterapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.....	70
Obrázek 12: Shrnuje graficky pozorované oblasti u vybraného případu z pozice zrakového terapeuta v zařízení Domov Hrubá Voda.....	71
Obrázek 13: Shrnuje graficky pozorované oblasti u vybraného případu z pozice klinického logopeda v zařízení Domov Hrubá Voda.....	71
Obrázek 14: Shrnuje graficky celý proces analýzy a interpretace dat v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu u vybraného uživatele v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o.	72
Obrázek 15: Shrnuje graficky fáze pozorování a proces komparace výsledků.	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Shrnuje výsledky 1. průběžného hodnocení.....	95
Tabulka 2: Shrnuje oblasti zlepšení.....	97
Tabulka 3: Shrnuje výsledky 2. průběžného hodnocení.....	117
Tabulka 4: Shrnuje oblasti zlepšení.....	118
Tabulka 5: Shrnuje výsledky 3. průběžného hodnocení.....	124
Tabulka 6: Shrnuje oblasti zlepšení.....	126

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1 – OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 1

- Obrázek č. 1: Typický spastický vzorec „*Wernickeovo-Mannovo držení*“ (převzato z Pfeiffer, 2007, str. 146).
- Obrázek č. 2: Hiding Heidi Low Contrast „*Face*“ Test (převzato z archivu autorky práce).

PŘÍLOHA Č. 2 – OBRÁZKOVÝ A TABULKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 2

- Tabulka č. 1: Test BI (Mahoney, 1965).
- Tabulka č. 2: Modifikovaný test BI (z anglického: „*Modified Barthel Index*“) – specifikace kategorií (převzato z Lippert – Grüner, Pfeiffer a Švestková, 2005, s. 279).
- Tabulka č. 3: Test EBI (převzato z Prosiegel, 1996)).
- Obrázek č. 3: Přesun osoby s minimální sebekontrolou pohybu (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).
- Obrázek č. 4: Přesun osoby na židli (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).
- Obrázek č. 5: Transfer do sedu (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).
- Obrázek č. 6: Posazení na okraj lůžka (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).
- Obrázek č. 7: Posun k okraji lůžka (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).

PŘÍLOHA Č. 3 – TABULKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 3

- Tabulka č. 4: Program animace a aktivizace v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. (převzato z archivu autorky práce).

PŘÍLOHA Č. 4 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 5

- Tabulka č. 5: Seznam položek testu BI a EBI a jim přiřazených kódů (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 8: Informovaný souhlas uživatele (převzato z archivu autorky práce)

PŘÍLOHA Č. 5 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 6

- Tabulka č. 6: Vstupní hodnocení testu BI (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 7: Vstupní hodnocení testu EBI (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 11: Dotazník „*Škála deprese pro geriatrické pacienty*“ (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 8: Test „*GUSS*“ 1. hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 12: Postup při oblékání dolní poloviny těla – kalhot (převzato z Krivošíková, 2011, s. 298).
- Obrázek č. 13: Postup při oblékání horní poloviny těla – košile (převzato z Krivošíková, 2011, s. 296).
- Obrázek č. 14: Jiná varianta postupu oblékání horní poloviny těla – košile (převzato z Krivošíková, 2011, s. 297).
- Obrázek č. 15: Navlékač ponožek (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 16: Postup při navlékání ponožek (převzato z Krivošíková, 2011, s. 295)
- Obrázek č. 17: Švédský podavač předmětů (převzato z Krivošíková, 2011, s. 295)
- Obrázek č. 18: Elastické šněrovadlo (převzato z Krivošíková, 2011, s. 299)
- Obrázek č. 19: Zapínač knoflíků (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 20: Obouvací lžice (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 21: podpora při vstávání z lůžka (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 22: Přesouvací prkno (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 23: Tříbodová vycházková hůl (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 24: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 25: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 26: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 27: Přesouvací pás (převzato z archivu autorky práce)
- Obrázek č. 28: Přesouvací pomůcka „*prodloužené ruce*“ (převzato z archivu autorky práce)
- Tabulka č. 9: Test „*BI*“ 1. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 9: Test „*BI*“ 1. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

- Tabulka č. 12: „*MMSE test*“ (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 13: Test „*BI*“ 2. vstupní hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 14: Test „*EBI*“ 2. vstupní hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 15: Test „*GUSS*“ 2. hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 16: „*MMSE test*“ (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 29: Zpráva ze vstupního vyšetření zrakového terapeuta (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 17: Test „*BI*“ 2. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 18: Test „*EBI*“ 2. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 19: „*MMSE test*“ (převzato z archivu autorky práce).
- Obrázek č. 30: Zpráva z kontrolního vyšetření zrakového terapeuta (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 20: Test „*BI*“ 3. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).
- Tabulka č. 21: Test „*EBI*“ 3. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

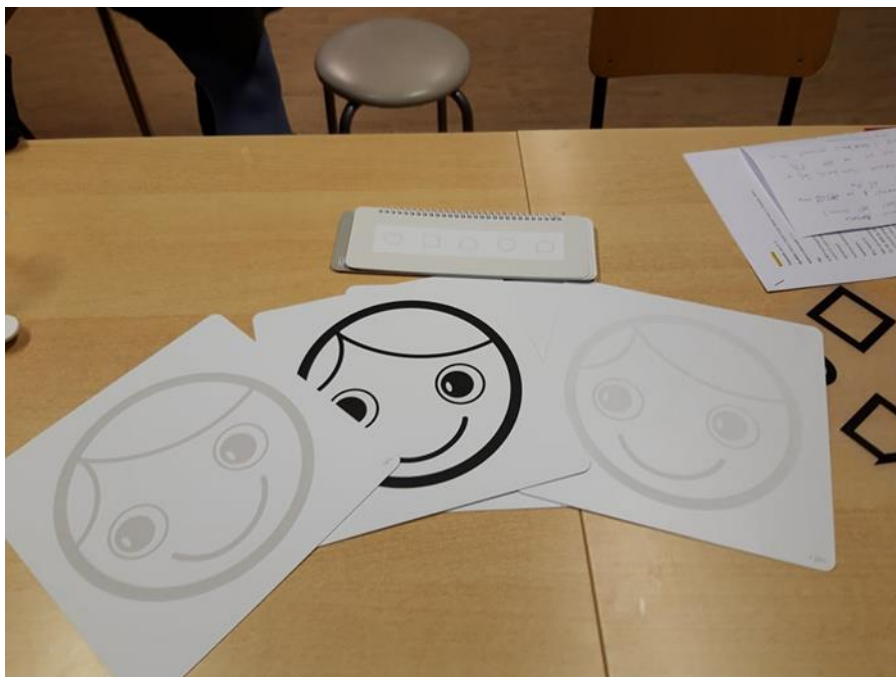
PŘÍLOHA Č. 6 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 7

- Tabulka č. 22: Výsledný záznamový arch (převzato z archivu autorky práce).

Příloha č. 1 – Obrázkový materiál ke kapitole č. 1



Obrázek č. 1: Typický spastický vzorec „Wernickeovo-Mannovo držení“ (převzato z Pfeiffer, 2007, str. 146).



Obrázek č. 2: Hiding Heidi Low Contrast „Face“ Test (převzato z archivu autorky práce).

Příloha č. 2 – Obrázkový a tabulkový materiál ke kapitole č. 2

INDEX BARTHELOVÉ

	<i>S pomocí</i>	<i>Samostatně</i>
1. Jedení (pokud potřebuje jídlo nakrájet = pomoc)	5	10
2. Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět (včetně posazení na lůžku)	5-10	15
3. Osobní hygiena (umytí obličeje, učešání, oholení, vyčištění zubů)	0	5
4. Posazení se na toaletu a vstání z ní (manipulace s oděvem, utření, spláchnutí)	5	10
5. Koupání nebo sprchování	0	5
6. Chůze na rovném povrchu (nebo pokud není schopen/schopna chodit, pohánění invalidního vozíku) *skórujte pouze tehdy, pokud není schopen/schopna chodit	10 0*	15 5*
7. Chůze do schodů a ze schodů	5	10
8. Oblékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	5	10
9. Ovládání stolice	5	10
10. Ovládání močení	5	10

Informace o autorských právech

Barthel Index® MedChi, 1965. Všechna práva vyhrazena.

Držitelem autorských práv na Barthelův index je Maryland State Medical Society. Může se používat zdarma pro nekomerční účely s následující citací:

Mahoney FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index."
Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Použito se svolením

K úpravě Barthelova indexu nebo k jeho použití pro komerční účely je nutné povolení.

Barthel Index - Czech Republic/Czech - Version of 20 Apr 16 - Mapi.
ID053770 / Barthel-Index_AU2.0_ces-CZ.doc

Tabulka č. 1: Test BI (Mahoney, 1965).

MODIFIKOVANÝ TEST BARTHELOVÉ Modified Barthel Index					
Kategorie	1	2	3	4	5
Činnosti	Neschopen vykonat úkol	Pokusí se o úkol, ale nesvede jej	Potřebuje omezenou pomoc	Potřebuje minimální pomoc	Úplně nezávislý
Osobní hygiena	0	1	3	4	5
Sám se vykoupe	0	1	3	4	5
Jídlo	0	2	5	8	10
Toaleta	0	2	5	8	10
Chůze po schodech	0	2	5	8	10
Oblékání	0	2	5	8	10
Kontrola stolice	0	2	5	8	10
Kontrola měchýře	0	2	5	8	10
Chůze	0	3	8	12	15
Vozík*	0	1	3	4	5
Přesun vozík/lůžko	0	3	8	12	15
Součet					

* Hodnotí se jen v případě, že se položka „Chůze“ = 0 bodů a pacient se cvičí ovládání vozíku

Hodnocení:

Kategorie	Výsledný součet	Hladina závislosti
1	0 – 24	Plně závislý
2	25 – 49	Velmi závislý
3	50 – 74	Středně závislý
4	75 – 90	Slabě závislý
5	91 – 99	Nezávislý

Tabulka č. 2: Modifikovaný test BI (z anglického: „*Modified Barthel Index*“) – specifikace kategorií (převzato z Lippert - Grüner, Pfeiffer a Švestková, 2005, s. 279).

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu: Jméno pacienta _____
Jméno hodnotitele _____
Datum hodnocení _____

Činnost	Skóre
Chápání 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému) 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy 5 = rozumí jednoduchým požadavkům 0 = nerozumí	<input type="text"/>
Komunikace 15 = schopen vyjádřit téměř vše 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit	<input type="text"/>
Sociální interakce 15 = neporušeny 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje	<input type="text"/>
Řešení každodenních problémů (plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků) 15 = v podstatě neporušeno 5 = potřebuje malou pomoc 0 = potřebuje značnou pomoc	<input type="text"/>
Paměť, učení a orientace 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči) 10 = vyžaduje příležitostné připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky 5 = musí se mu často připomínat 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat	<input type="text"/>
Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení) 15 = v podstatě neporušeno 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami) 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)	<input type="text"/>
Celkový součet (0-90)	<input type="text"/>

Maximální celkový součet je 90 bodů.

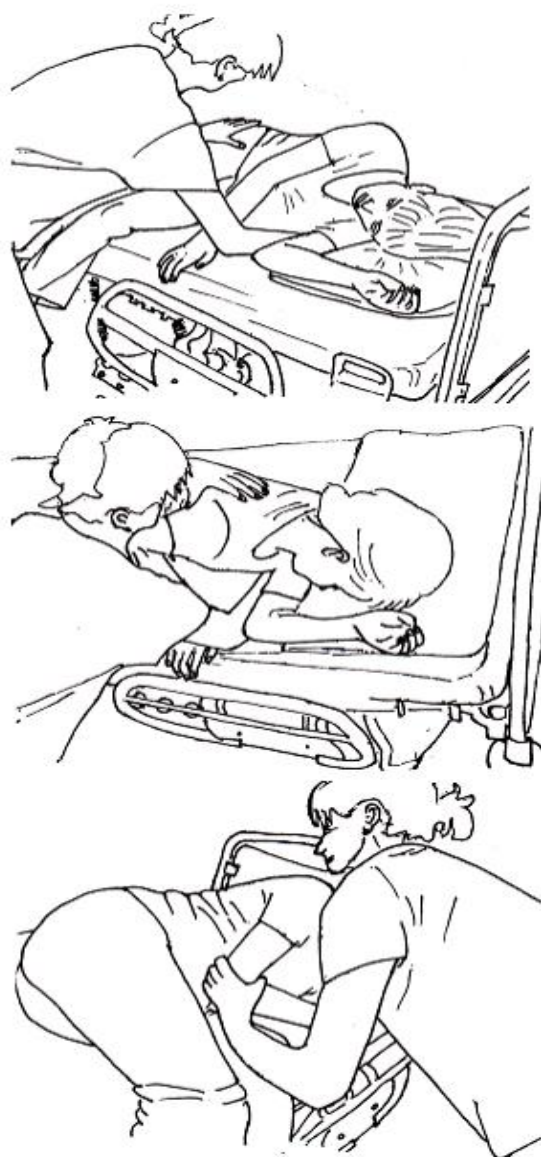
Tabulka č. 3: Test EBI (převzato z Prosiegel, 1996)).



Obrázek č. 3: Přesun osoby s minimální sebekontrolou pohybu (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).



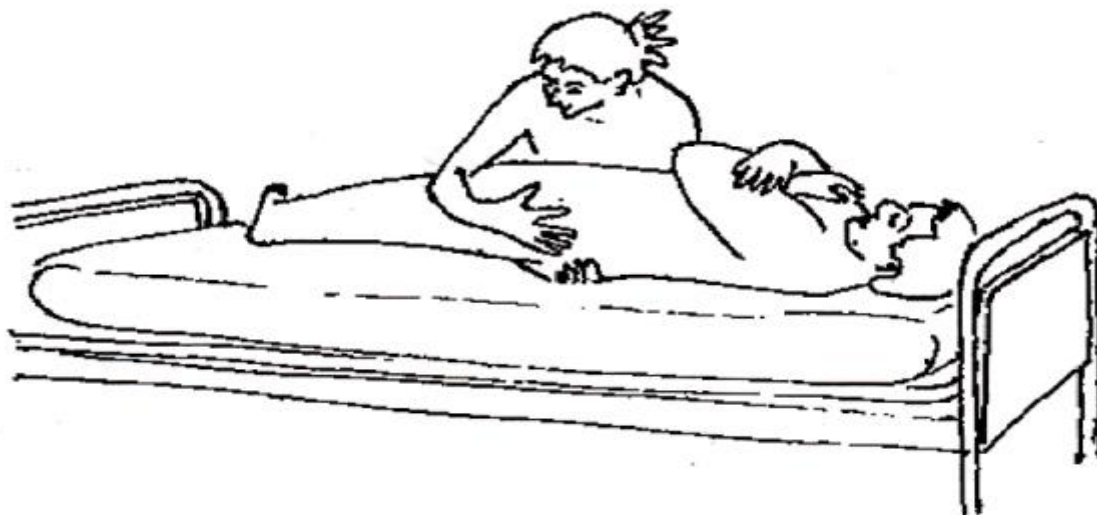
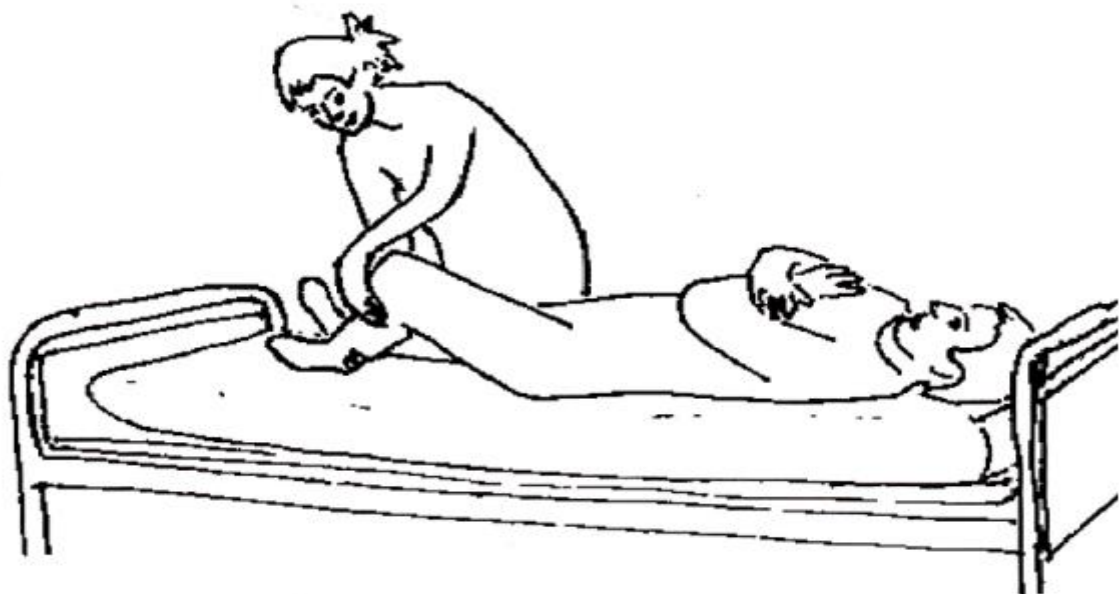
Obrázek č. 4: Přesun osoby na židli (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).



Obrázek č. 5: Transfer do sedu (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).



Obrázek č. 6: Posazení na okraj lůžka (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).



Obrázek č. 7: Posun k okraji lůžka (převzato z Nedělková a Halmo, 2007, s. 23–28).

Příloha č. 3 – Tabulkový materiál ke kapitole č. 3

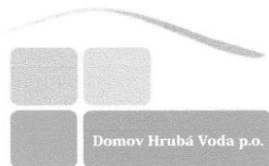
Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
8:30 – 9:30 – ranní pohybová aktivita a zpívání	8:30 - 10:30 – individuální aktivizační činnosti (dechová a cévní gymnastika, kondiční cvičení na pokojích uživatelů)	8:30-11:30 – Logopedie (1xza 14 dnů)	8:30 - 10:30 – individuální aktivizační činnosti (dechová a cévní gymnastika, kondiční cvičení na pokojích uživatelů)	8:30 – 9:30 – ranní pohybová aktivita a zpívání
8:30 - 10:30 – individuální aktivizační činnosti (dechová a cévní gymnastika, kondiční cvičení na pokojích uživatelů)	8:30 - 10:30 – motomed, rotoped, pomoc a podpora při nácviu chůze.	8:30 – 9:30 – ranní pohybová aktivita a zpívání	8:30 - 10:30 – motomed, rotoped, pomoc a podpora při nácviu chůze.	8:30 - 10:30 – individuální aktivizační činnosti (dechová a cévní gymnastika, kondiční cvičení na pokojích uživatelů)
9:45 – 11:00 – motomed, rotoped, pomoc a podpora při nácviu chůze.	10:45 – 12:00 – pomoc a podpora při nácviu ADL (podpora sebesycení, oblékání, hygieny, cestování, nákup…)	8:30 - 10:30 – individuální aktivizační činnosti (dechová a cévní gymnastika, kondiční cvičení na pokojích uživatelů)	10:45 – 12:00 – pomoc a podpora při nácviu ADL (podpora sebesycení, oblékání, hygieny, cestování, nákup…)	9:45 – 11:00 - pomoc a podpora při nácviu chůze + údržba vozíků
10:45 – 12:00 – pomoc a podpora při nácviu ADL (podpora sebesycení, oblékání, hygieny, cestování, nákup…)	8:00 – 11:30 – individuální ergoterapie	9:45 – 11:00 – motomed, rotoped, pomoc a podpora při nácviu chůze.	9:30 – 11:00 – Kroužek vaření s kavárnou	10:45 – 12:00 – pomoc a podpora při nácviu ADL (podpora sebesycení, oblékání, hygieny, cestování, nákup, polohování…)
8:00 – 11:30 – individuální ergoterapie	14:00 -15:00 – kroužek rychlé dobroty v kavárně (2)	10:45 – 12:00 – pomoc a podpora při nácviu ADL (podpora sebesycení, oblékání, hygieny, cestování, nákup…)	8:00 – 11:30 – individuální ergoterapie	8:00 – 11:30 – individuální ergoterapie
14:00 -15:00 – kroužek rychlé dobroty (1)	13:30-15:00 – individuální aktivizační činnosti	8:00 – 11:30 – individuální ergoterapie	13:30-15:00 – individuální aktivizační činnosti	9:15 - 11:15 – aktivity s dětmi v MŠ Hlubočky (1x za měsíc)
13:30-15:00 – individuální aktivizační činnosti	13:45-14:45 – individuální ergoterapie	14:00 -15:00 – Dílna nejen pro muže	13:45-14:45 – individuální ergoterapie	13:30-15:00 – individuální aktivizační činnosti
13:45-14:45 – individuální ergoterapie		14:00 -15:00 - Kroužek procvič si svůj mozek		13:45-14:45 – individuální ergoterapie
		14:00 -15:30 - Ortopedická vizita (1x za tři týdny)		14:00 -15:00 – Kroužek bystrá hlava a šikovné ruce
		13:45-14:45 – individuální ergoterapie		
		13:30-15:00 – individuální aktivizační činnosti		

Tabulka č. 4: Program animace a aktivizace v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. (převzato z archivu autorky práce).

PŘÍLOHA Č. 4 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 5

Položky testu BI a EBI	Přiřazené kódy
Jedení	1
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)	2
Koupání nebo sprchování	3
Provádění osobní hygieny	4
Kontinence moči	5
Kontinence stolice	6
Použití WC (posazení na toaletu a vstávání z ní)	7
Přesun lůžko – židle (mechanický vozík) a zpět	8
Chůze (pohyb na mech vozíku) po rovině	9
Chůze po schodech	10
Chápání	11
Komunikace	12
Sociální interakce	13
Řešení každodenních problémů	14
Paměť, učení, orientace	15
Zrak a neglect syndrom	16

Tabulka č. 5: Seznam položek testu BI a EBI a jim přiřazených kódů (převzato z archivu autorky práce).



Hrubá Voda 11
783 61 Hlubočky
tel. 585 359 030
IČ: 75004399
info@ddhrubavoda.cz
www.ddhrubavoda.cz

V Hrubé Vodě dne 13. 1. 2019

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy Vás žádám o souhlas s publikováním od Vás získaných dat v rámci této magisterské práce s názvem „*Podpora samostatnosti a soběstačnosti osoby po cévní mozkové příhodě v kontextu ADL aktivit: návrh pilotního projektu*“ a zároveň Vám děkuji za spolupráci při šetření. Hlavním cílem práce byla konstrukce záznamového archu pro monitorování a hodnocení poskytované péče v rámci intervence klinického logopeda, ergoterapeuta a zrakového terapeuta a návrh postupu pro rozvoj soběstačnosti u osoby po CMP vycházejícího z interdisciplinárního přístupu. Konstrukce výsledného záznamového archu a návrh postupu bude sloužit pouze pro potřeby zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. Dále by práce měla také poukázat na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti. Osobní data zde nebudou zveřejněna, budou uchována v anonymizované podobě a v maximální možné míře zabezpečím, aby nedošlo k jejich zneužití. Dále Vás žádám o udělení souhlasu s místem šetření.

Jméno a příjmení řešitele: Bc. Marcela Kučerová, DiS

Podpis:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s publikací dat ve výše uvedeném projektu, a že jsem měl možnost v dostatečném časovém odstupu řádně zvážit všechny relevantní informace o šetření. Dále jsem byl obeznámen s cílem a možnými okolnostmi, které by mohly nastat v průběhu šetření. Měl jsem také možnost zeptat se na vše podstatné týkající se mé účasti a dostal jsem jasné a srozumitelné odpovědi na své

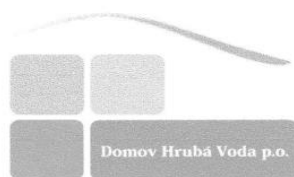
dotazy. Byl jsem poučen o právu odmítnout účast ve výzkumu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Místo a datum:.....

Jméno a příjmení účastníka: Podpis:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Obrázek č. 8: Informovaný souhlas uživatele (převzato z archivu autorky práce)



Hrubá Voda 11
783 61 Hlubočky
tel. 585 359 030
IČ: 75004399
info@ddhrubavoda.cz
www.ddhrubavoda.cz

V Hrubé Vodě dne 13. 12. 2019

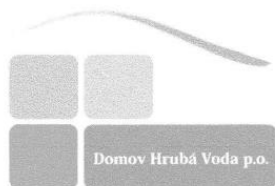
Potvrzení o vydaném souhlasu uživatele paní Bc. Marcele Kučerové, DiS s využitím a zveřejněním dat (z testování/hodnocení ADL, intervencí/terapií, zpráv jednotlivých odborníků) z dokumentace ergoterapeuta/speciálního pedagoga, klinického logopeda, zrakového terapeuta a místa šetření v elektronické podobě.

V rámci uveřejnění hodnocení/testování (BI, EBI, MMSE, rovnováhy dle Bergové a geriatrické škály deprese) a komparace dosažených výsledků, intervencí/terapií byl uživatelem vydán aktivní souhlas s uveřejněním jejich opisu a kopie formou informovaného souhlasu. Zároveň také nedošlo k zatajení výzkumného cíle a okolností výzkumu, narušení soukromí uživatele, ohrožení jeho bezpečí a zdraví. Předmětem návrhu pilotního projektu byla: „*Podpora Samostatnosti a soběstačnosti osoby po CMP v kontextu ADL*“ v rámci interdisciplinární spolupráce. Originály byly založeny vzhledem k zachování anonymity do osobní složky uživatele vedené sociální pracovníci zařízení. Zde tímto potvrzujeme jejich existenci.

DOMOV HRUBÁ VODA
příspěvková organizace
Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
IČ: 750 04 399 ③

.....
Podpis

Obrázek č. 9: Aktivní souhlas ředitele zařízení s realizací šetření (převzato z archivu autorky práce)



Hrubá Voda 11
783 61 Hlubočky
tel. 585 359 030
IČ: 75004399
info@ddhrubavoda.cz
www.ddhrubavoda.cz

V Hrubé Vodě dne 13. 12. 2019

Souhlas s uveřejněním výsledků ADL z výzkumného šetření paní Marcely Kučerové

Souhlasím, aby paní Marcela Kučerová uveřejnila ve své závěrečné práci anonymně výsledky BI a EBI ADL hodnocení, dále škály deprese pro geriatrické pacienty, testu rovnováhy dle Bergrové a MMSE testu u vybraného případu v elektronické podobě naskenovaného záznamu. Záznamový arch v listinné podobě a zprávy zrakového terapeuta budou využívány pouze pro potřeby tohoto zařízení a vyplněné bude založeno k dokumentaci ergoterapeutky a klinického logopeda a vzhledem k uvedeným osobním údajům budou zveřejněny pouze jejich opisy bez uvedených osobních údajů případu.

DOMOV HRUBÁ VODA
příspěvková organizace
Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
IČ: 750 04 399 ③

.....

Podpis

Obrázek č. 10: Informovaný souhlas (převzato z archivu autorky práce)

PŘÍLOHA Č. 5 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 6

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta X, Y
 Jméno hodnotitele _____
 Datum hodnocení 15.1.2019 (VSTUPNÍ HODNOCENÍ)

Činnost	Skóre
Jedení 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	5
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu vsedě nebo není schopen používat invalidní vozík	0
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličej, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	0
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, oblečení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	0
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	0
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	0
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nevládne	0
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	0
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	0
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	0
CELKOVÝ SOUČET (0-100)	5

STUPNĚ ZÁVISLOSTI
 0-40 b: VYSOCE ZÁVISLÝ
 45-60 b: ZÁVISLÝ S VÍŠÍ STUPNĚ
 65-95 b: Lehká závislost
 100 b: nezávislý

Tabulka č. 6: Vstupní hodnocení testu BI (převzato z archivu autorky práce).

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu: Jméno pacienta Parv X, Y.
Jméno hodnotitele
Datum hodnocení 15.1.2010 (vstupní) hodnocení

DOMOV HRUBÁ VODA
příspěvková organizace
Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
IČ: 750 04 399

Činnost Skóre

Chápání

- 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému)
- 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy
- 5 = rozumí jednoduchým požadavkům
- 0 = nerozumí

10

Komunikace

- 15 = schopen vyjádřit téměř vše
- 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah
- 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit

0

Sociální interakce

- 15 = neporušeny
- 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý
- 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje

5

Řešení každodenních problémů

(plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků)

- 15 = v podstatě neporušeno
- 5 = potřebuje malou pomoc
- 0 = potřebuje značnou pomoc

0

Paměť, učení a orientace

- 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči)
- 10 = vyžaduje příležitostně připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky
- 5 = musí se mu často připomínat
- 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat

10

Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení)

- 15 = v podstatě neporušeno
- 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami)
- 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů
- 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)

0

Celkový součet (0-90) 25

Maximální celkový součet je 90 bodů.

STUPNICE HODNOCENÍ

90-70: žádné omezení nebo mírné kognitiv. omezení

60-65: střední kognitiv. omezení

0-15: závažné kognitiv. omezení

Tabulka č. 7: Vstupní hodnocení testu EBI (převzato z archivu autorky práce).

Škála deprese pro geriatrické pacienty
(podle Sheik, J.I., Yesavage, J.A.: Clin. Gerontol., 5, 1986,
s. 165-172)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Jste v zásadě spokojen se svým životem? | ano-ne / minimálně |
| 2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? | ano-ne / |
| 3. Máte pocit, že váš život je prázdný? | ano-ne / nerozuměl |
| 4. Cítíte se často sklíčený a smutný? | ano-ne / |
| 5. Máte vesměs dobrou náladu? | ano-ne / |
| 6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého? | ano-ne / nerozuměl |
| 7. Cítíte se převážně šťastný? | ano-ne / |
| 8. Cítíte se často bezmocný? | ano-ne / |
| 9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? | ano-ne / nerozuměl |
| 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci? | ano-ne / |
| 11. Myslíte si, že je krásné být naživu? | ano-ne / nerozuměl |
| 12. Napadá vás někdy, že život nestojí za nic? | ano-ne / nerozuměl |
| 13. Cítíte se plný elánu a energie? | ano-ne / nerozuměl |
| 14. Myslíte si, že je vaše situace beznadějná? | ano-ne / nerozuměl |
| 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy? | ano-ne / nerozuměl |

Celkem

hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek:	2 3 4 6 8 9 10 12 14 15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek:	1 5 7 11 13

0 – 5 bodů:

6 – 10 bodů:

nad 10 bodů:

bez deprese

mírná deprese

manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření

29

15. 1. 2019

Obrázek č. 11: Dotazník „Škála deprese pro geriatrické pacienty“ (převzato z archivu autorky práce).

GUSS

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno: Pa. X. Y.
 Datum: 6. 7. 2019
 Čas: 10:30 *A. POLKLE*

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volní kašel</u> Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb)

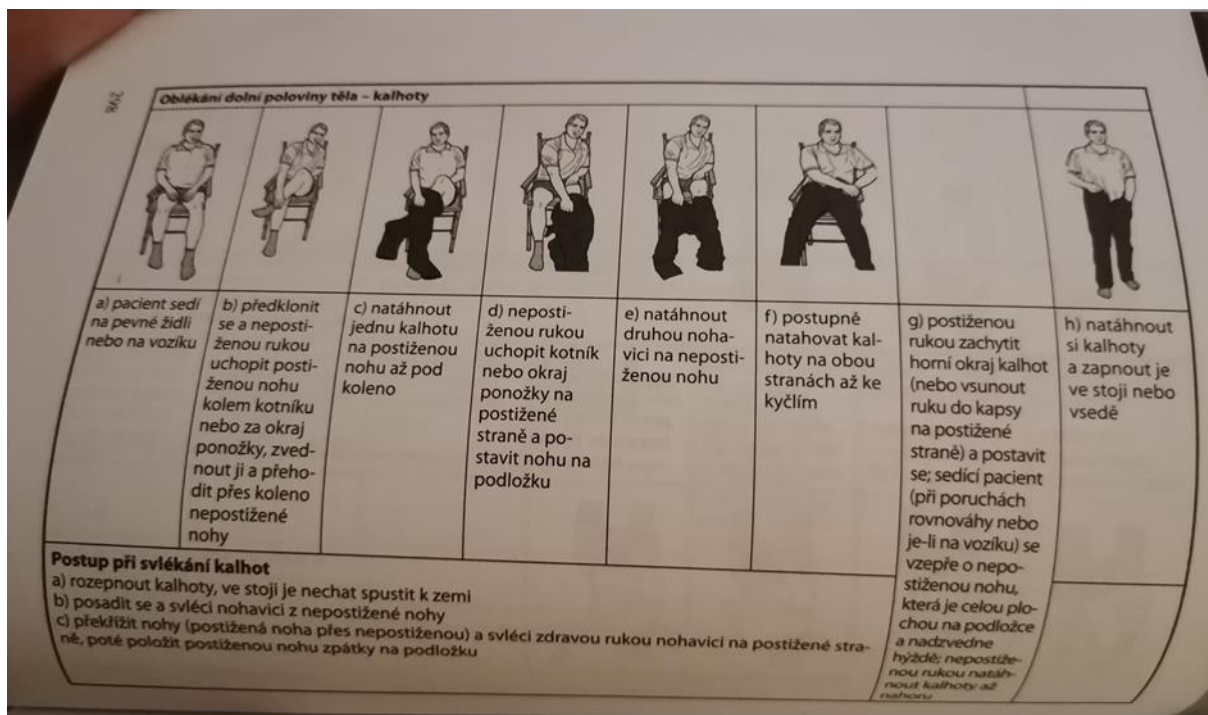
V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠTĚNÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

GUSS - HODNOCENÍ

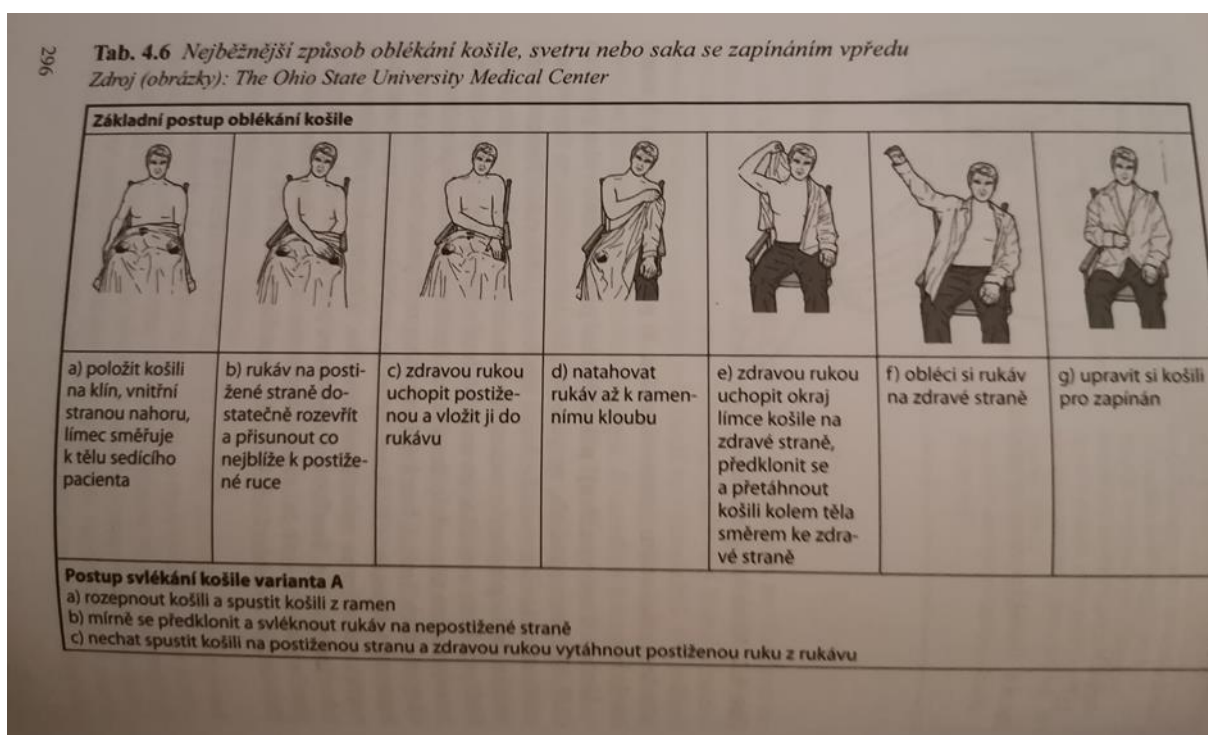
Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

	VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normální dieta. ▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). ▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. ▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda.
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahuštěnými konzistence jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. ▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány! ▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. ▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence. ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Žádná strava per os ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

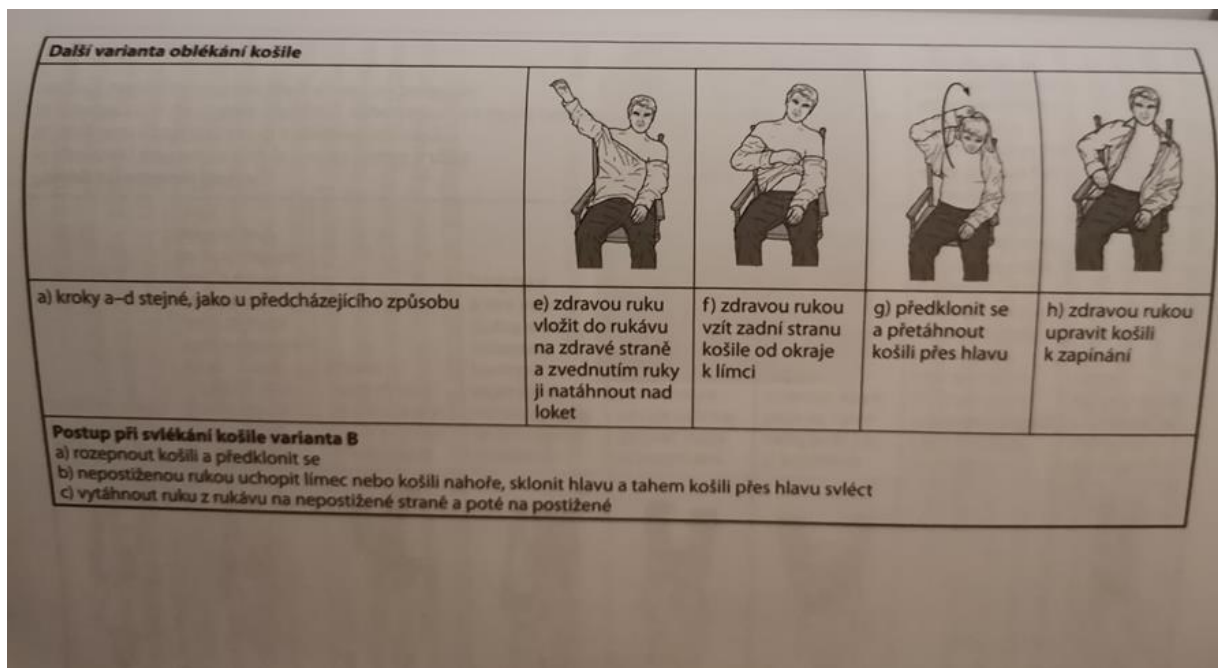
Tabulka č. 8: Test „GUSS“ 1. hodnocení (převzato z archivu autorky práce).



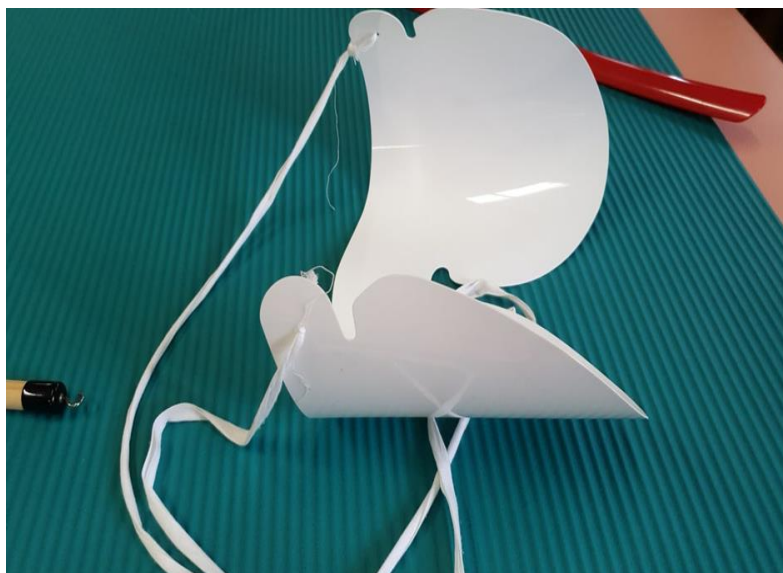
Obrázek č. 12: Postup při oblékání dolní poloviny těla - kalhot (převzato z Krivošíková, 2011, s. 298).



Obrázek č. 13: Postup při oblékání horní poloviny těla – košile (převzato z Krivošíková, 2011, s. 296).



Obrázek č. 14: Jiná varianta postupu oblékání horní poloviny těla – košile (převzato z Krivošíková, 2011, s. 297).



Obrázek č. 15: Navlékač ponožek (převzato z archivu autorky práce).



Obrázek č. 16: Postup při navlékání ponožek (převzato z Krivošíková, 2011, s. 295)



Obrázek č. 17: Švédský podavač předmětů (převzato z Krivošíková, 2011, s. 295)



Obrázek č. 18: Elastické šněrovadlo (převzato z Krivošíková, 2011, s. 299)



Obrázek č. 19: Zapínač knoflíků (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 20: Obouvací lžíce (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 21: podpora při vstávání z lůžka (převzato z archivu autorky práce).



Obrázek č. 22: Přesouvací prkno (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 23: Tříbodová vycházková hůl (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 24: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 25: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 26: Přesouvací podložka (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 27: Přesouvací pás (převzato z archivu autorky práce)



Obrázek č. 28: Přesouvací pomůcka „*prodloužené ruce*“ (převzato z archivu autorky práce)

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta Pan X. Y
 Jméno hodnotitele
 Datum hodnocení 23. 4. 2019 (1. průběžné hod)

Činnost	Skóre
Jedení 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	5
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu vsedě nebo není schopen používat invalidní vozík	10
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličeje, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	0
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, oblečení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	5
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	0
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	10
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nezávládne	5
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	0
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	5
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	5
Celkový součet (0-100)	45

STUPNĚ ZÁVISLOSTI
 0-40: vysoce závislý
 40-60: závislý s pří. stupně
 65-95: lehce závislý
 100-100: nezávislý

Tabulka č. 9: Test „BI“ 1. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu: Jméno pacienta Pavla X. Y.
 Jméno hodnotitele _____
 Datum hodnocení 23. 4. 2019 (PRVA PRÁCE)

DOMOV HRUBÁ VODA
 příspěvková organizace
 Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
 IČ: 750 04 399

Činnost	Skóre
Chápání 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému) 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy 5 = rozumí jednoduchým požadavkům 0 = nerozumí	10
Komunikace 15 = schopen vyjádřit téměř vše 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit	5
Sociální interakce 15 = neporušeny 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje	5
Řešení každodenních problémů (plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků) 15 = v podstatě neporušeno 5 = potřebuje malou pomoc 0 = potřebuje značnou pomoc	0
Paměť, učení a orientace 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči) 10 = vyžaduje příležitostné připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky 5 = musí se mu často připomínat 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat	10
Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení) 15 = v podstatě neporušeno 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami) 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)	0

Celkový součet (0-90) 30

Maximální celkový součet je 90 bodů.

STUPNICE HODNOCENÍ

90-70 : žádné omezení nebo mírné kognitiv. omezení
70-65 : střední kognitiv. omezení
0-15 : závažné kognitiv. omezení

Tabulka č. 10: Test „EBI“ 1. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Příjmení: Pan X. Y
 Jméno: _____
 Rodné číslo: _____

Test rovnováhy podle Bergové

Berg Balance Scale (BBS)

Popis úkolu	Hodnocení (0 - 4)			
	datum	datum	datum	datum
1. Vstávání ze sedu	2. 5. 2019			
2. Stoj bez opory (2 min. samostatně = 4, méně než 30s = 0)	3			
3. Sed bez opory rukou, nohy na podložce (2 min. = 4, <10s = 0)	4			
4. Posazování se ze stoje	4			
5. Přesuny	3			
6. Stoj bez opory – oči zavřené (10s = 4, <3s = 1, nutná pomoc = 0)	3			
7. Stoj spojný bez opory (1min. = 4, i s pomocí neschopen 15s = 0)	0			
8. Dosahování vpřed předpaženou paží (>25cm = 4, >5cm = 2)	4			
9. Zvednutí předmětu ze země	4			
10. Otočení se – pohled vzad přes jedno pak druhé rameno	3			
11. Otáčení se kolem své osy dokola v obou směrech.	4			
12. Střídavé pokládání nohou na stupínek (8x / 20s = 4)	2			
13. Stoj bez opory – tandem (30s = 4, neschopen nakročít ani výdrž = 0)	2			
14. Stoj na 1DK bez opory (výdrž > 10s = 4, < 3s = 1, s asistencí = 0)	3			
Celkem:	39			
Poznámky: <u>2. 5. 2019 BBS skóre je 39 < 40.</u> <u>Pravděpodobnost opakovaných pádů</u> <u>je 54%.</u>				
Hodnotil (razítko a podpis):				

Metodika vyšetření:

Zaznamenejte každý úkol, použijte doporučené pokyny. Při hodnocení zaznamenejte nejnižší reakční úroveň, platnou pro jednotlivé úkoly.

U většiny úkolů požadujeme, aby testovaná osoba udržela zadanou polohu po určitý čas. Postupně odečítáme body jestliže:

- není dodržen požadovaný čas nebo vzdálenost,
- provedení vyžaduje pomoc,
- osoba použije zevní oporu nebo pomoc testujícího.

Testovaná osoba by měla chápat, že musí udržet rovnováhu po dobu plnění úkolů. Na testované osobě se nechává rozhodnutí, kterou nohu použije, nebo jak daleko bude sahat. Chybné rozhodnutí ovlivní nepříznivě provedení a výsledné hodnocení.

Pomůcky potřebné k testování: stopky nebo hodinky se vteřinovou ručičkou, pravítko, nebo podobné měřidlo.
 2 židle - jedna s opěrkami pro ruce, druhá bez opěrek, schůdek nebo nízká židlička. Použitá židle by měla mít přiměřenou výšku, podobně i stupínek pro test č.12.

Hodnocení:

5-ti stupňová stupnice 0-4. Stupeň 0 reprezentuje nejnižší úroveň funkce, stupeň 4 nejvyšší úroveň funkce.

Celkové skóre: 56

Gradient rizika pádů a BBS skóre:	BBS skóre	Pravděpodobnost opakovaných pádů
	≥55	10%
50-54	11%	
45-49	16%	
40-44	31%	
<40	54%	

Upraveno podle: Shumway-Cook, A., Woollacott, M.H.: Motor Control. 2010, s. 279-282


Katalog tiskopisů FNO - složka NOP, Kód MT: 360759

Strana 1 (celkem 1)

Revize číslo: 00

Tabulka č. 11: „Test rovnováhy dle Bergové“ (převzato z archivu autorky práce).

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:								
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 ✓ 1 (5)</p>								
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>3 (2)</p>								
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5 (0)</p>								
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	<p>3 (0)</p>								
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>(2) 1 (0) 3 (1) 1 (1) 1 (0) 1 (0)</p>								
<p>Hodnocení:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">00 – 10 bodů</td> <td>těžká kognitivní porucha</td> </tr> <tr> <td>11 – 20 bodů</td> <td>středně těžká kognitivní porucha</td> </tr> <tr> <td>21 – 23 bodů</td> <td>lehká kognitivní porucha</td> </tr> <tr> <td>24 – 30 bodů</td> <td>pásmo normálu</td> </tr> </table>	00 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha	11 – 20 bodů	středně těžká kognitivní porucha	21 – 23 bodů	lehká kognitivní porucha	24 – 30 bodů	pásmo normálu	<p>10 k.</p>
00 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha								
11 – 20 bodů	středně těžká kognitivní porucha								
21 – 23 bodů	lehká kognitivní porucha								
24 – 30 bodů	pásmo normálu								

8. 5. 2019

Tabulka č. 12: „MMSE test“ (převzato z archivu autorky práce).

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta Pan XY
Jméno hodnotitele _____
Datum hodnocení 15.6.2020 (Druhé vstupní hodnocení)

Činnost Skóre

Jedení

- 10 = samostatně
- 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety
- 0 = neprovede

Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět

- 15 = samostatně bez pomoci
- 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou)
- 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit
- 0 = neprovede, neudrží rovnováhu v sedě nebo není schopen používat invalidní vozík

Provádění osobní hygieny

- 5 = samostatně umytí rukou, obličje, čištění zubů, holení
- 0 = nutná pomoc s osobní hygienou

Posazení na toaletu a vstání z ní

- 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, obléčení, zvednutí)
- 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně
- 0 = závisle na pomoci

Koupání nebo sprchování

- 5 = samostatné koupání nebo sprchování
- 0 = závisle na pomoci

Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu

- 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů
- 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů
- 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů
- 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů

Chůze do schodů a ze schodů

- 10 = samostatně bez pomoci
- 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou)
- 0 = nezvládne

Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů)

- 10 = samostatně
- 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně
- 0 = závisle na pomoci

Ovládání stolice

- 10 = kontinentní
- 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru
- 0 = inkontinentní

Ovládání močení

- 10 = kontinentní
- 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou
- 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení

Celkový součet (0-100)

STUPNĚ ZÁVISLOSTI
0-40: VYSOCE ZÁVISLÝ
45-60: ZÁVISLOST PŮ. STUPNĚ
65-95b: LEHKÁ ZÁVISLOST
100b: NEZÁVISLÝ

Tabulka č. 13: Test „BI“ 2. vstupní hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu: Jméno pacienta *Pazv X. Y.*
Jméno hodnotitele
Datum hodnocení *15. 6. 2020 / PRVNÍ VST. HODNOCENÍ*

Činnost	Skóre
Chápání 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému) 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy 5 = rozumí jednoduchým požadavkům 0 = nerozumí	<input type="text" value="0"/>
Komunikace 15 = schopen vyjádřit téměř vše 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit	<input type="text" value="0"/>
Sociální interakce 15 = neporušeny 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje	<input type="text" value="0"/>
Řešení každodenních problémů (plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků) 15 = v podstatě neporušeno 5 = potřebuje malou pomoc 0 = potřebuje značnou pomoc	<input type="text" value="0"/>
Paměť, učení a orientace 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči) 10 = vyžaduje příležitostné připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky 5 = musí se mu často připomínat 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat	<input type="text" value="0"/>
Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení) 15 = v podstatě neporušeno 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami) 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)	<input type="text" value="0"/>
Celkový součet (0-90)	<input type="text" value="0"/>

Maximální celkový součet je 90 bodů.

STUPNICE HODNOCENÍ:

90-70 : žádné omezení nebo mírné kognitiv. omezení
70-65 : střední kognitiv. omezení
0-15 : závažné kognitiv. omezení

Tabulka č. 14: Test „EBI“ 2. vstupní hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno: Pav. X. V.
 Datum: 19.6.2019
 Čas: 10.00

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volní</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(2)	(3) (5)
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušťovadlo, chléb)

V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušťovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zbarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		


GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ	
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normální dieta. ▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). ▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. ▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda.
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. ▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány! ▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. ▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence. ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Žádná strava per os ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

Tabulka č. 15: Test „GUSS“ 2. hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - 1 - Které je roční období? - 1 - Můžete mi říci dnešní datum? - 1 - Který je den v týdnu? - 1 - Který je teď měsíc? - 1 - Ve kterém jsme státě? - 1 - Ve které jsme zemi? - 1 - Ve kterém jsme městě? - 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) - 1 	
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3 (0)
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5 (0)
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3 (0)
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 2 (0) - Jestliže 1 (0) - Kdyby 1 (0) <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl 1 (0) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 (0) 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	
<p>Hodnocení:</p> <p>00/10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	06

4.4.2019

Tabulka č. 16: „MMSE test“ (převzato z archivu autorky práce).

Zpráva z vyšetření

Jméno: Pan X. Y., r. narození 1941
Bydliště: Domov Hrubá Voda, Hrubá Voda 11, 78361 Hlubočky
Datum vyšetření: 29. 07. 2019

OA:

- F019 Neurokognitivní porucha – stav po CMP, expresivní afázie, paréza 1. dx (na pravou stranu)
- 2. CMP – září 2019
- mimika chudá – téměř nekomunikuje
- pohyb – pán se pohybuje pomocí chodítka, ale na delší trasy je přepravován na vozíku
- pán fixuje na levou stranu
- krátkodobá pozornost
- zrakem vyhledává dle pokynů – levá strana, pravá strana
- CT neprovedeno, neurologické vyšetření neprovedeno na základě zamítnutí ze strany ošetřujícího lékaře

Průběh vyšetření:

- Pan P. byl přivezen na vozíku do místnosti fyzioterapie, kde pracuje jak s fyzioterapeutkou, tak také logopedkou,
- Komunikace s ním byla vedena s pečlivým důrazem na každou relevantní informaci s tím, co se s ním bude dít, stejně tak jako, co se děje.
- Pán vydržel spolupracovat cca 15 – 20 minut s občasnými pauzami.

Pozorování očních projevů:

- Pán se dívá za zvukem.
- Víčka má přivřená, dívá se spodní polovinou ZP, nad tuto horizontální linii nejde – nezvedá víčka a ani motivace prostřednictvím kontrastu či světla nereaguje.
- Světlo nesleduje, ale reaguje na ně při pohledu horizontálním či dolů...
- Nepříjemné bylo světlo obarvené žlutým filtrem, naproti tomu světlo s modrým filtrem bylo příjemné a reagoval na něj nejlépe...
- Ve chvíli, kdy nechce spolupracovat, či je unavený, oči zavře.
- Pohybem očí zároveň dává najevo, souhlas, či nesouhlas.

Zorné pole

- Pohled pouze pod horizontální linií
- Bez sledujících pohledů
- Pouze fixace a přenášení pozornosti
- Při pohledu na předmět reakce až po odvrácení zraku jinam
- Delší prodlevy mezi projevy.
- Suspektně se jeví jako člověk s CVI

Obrázek č. 29: Zpráva ze vstupního vyšetření zrakového terapeuta (převzato z archivu autorky práce).

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu:	Jméno pacienta _____	
	Jméno hodnotitele _____	
	Datum hodnocení	17.8.2019 (Druhý průběžné hodnocení)
Činnost		Skóre
Jedění 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede		5
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu vsedě nebo není schopen používat invalidní vozík		5
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličej, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou		0
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, obléčení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci		0
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci		0
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů		0
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nevládne		0
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci		5
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní		0
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení		0
	Celkový součet (0-100)	15

STUPNĚ ZÁVISLOSTI
 0-40b: výsoce závislý
 45-60b: závislý s. stupně
 65-95b: lehká závislost
 100b: nezávislý

Tabulka č. 17: Test „BI“ 2. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Rozšířený Barthelov test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu:

Jméno pacienta

Pan X.Y.

Jméno hodnotitele

DOMOV HRUBÁ VODA

příspěvková organizace

Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky

IČ: 750 04 399

Činnost

Datum hodnocení

17. 8. 2019 / (druhé přehodnocení)

Činnost	Skóre
Chápání 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému) 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy 5 = rozumí jednoduchým požadavkům 0 = nerozumí	0
Komunikace 15 = schopen vyjádřit téměř vše 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit	0
Sociální interakce 15 = neporušeny 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje	0
Řešení každodenních problémů (plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků) 15 = v podstatě neporušeno 5 = potřebuje malou pomoc 0 = potřebuje značnou pomoc	0
Paměť, učení a orientace 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči) 10 = vyžaduje příležitostně připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky 5 = musí se mu často připomínat 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat	0
Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení) 15 = v podstatě neporušeno 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami) 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)	0
Celkový součet (0-90)	0

Maximální celkový součet je 90 bodů.

STUPNICE HODNOCENÍ:

90 - 70 : žádná omezení nebo mírná kognitiv. omezení
20 - 65 : střední kognitiv. omezení
0 - 15 : závažná kognitiv. omezení

Tabulka č. 18: Test „EBI“ 2. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p> <p>- 1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3 0
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5 0
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3 0
<p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 0</p> <p>✓ 0</p> <p>3 0</p> <p>✓ 0</p> <p>✓ 0</p> <p>✓ 0</p>
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	06

27. 11. 2019

Tabulka č. 19: „MMSE test“ (převzato z archivu autorky práce).

Zpráva z vyšetření

Jméno: Pan X.Y., r. narození 1941
Bydliště: Domov Hrubá Voda, Hrubá Voda 11, 78361 Hlubočky
Datum vyšetření: 30. 9. 2019

OA:

- F019 Neurokognitivní porucha – stav po CMP, expresivní afázie, paréza 1. dx (na pravou stranu)
- 2. CMP – září 2019
- mimika chudá – téměř nekomunikuje
- pohyb – pán se pohybuje pomocí chodítka, ale na delší trasy je přepravován na vozíku
- pán fixuje na levou stranu
- krátkodobá pozornost
- zrakem vyhledává dle pokynů – levá strana, pravá strana
- CT neprovedeno, neurologické vyšetření neprovedeno na základě zamítnutí ze strany ošetřujícího lékaře

Pozorování/ Průběh vyšetření:

- Po příjezdu – pan P. byl fyzioterapeutkou přivezen na vozíku – stékaly panu slzy – nutno vypořizovat, zda to byla jen chvilková reakce, nebo vyjadřuje daným způsobem nesouhlas, či nechuť, smutek atp...
- Pracovali jsme opět u stolku, zády k delší straně oken
- Pan P. vydržel spolupracovat cca 15–20 minut s občasnými / krátkými pauzami.

Pozorování očních projevů:

- Víčka jsou opět přivřená – pan P. se dívá spodní polovinou ZP, nad tuto horizontální linii nejde – nezvedá víčka a ani hlavu, aby se na podnět podíval.
- Světlo nesleduje, ale reaguje na ně při pohledu horizontálním či dolů... - fixace je v pořádku – funjuje pozornost přenášení ze stimulu na stimul – i nadále je potřeba v daném pokračovat a trénovat – prodlužovat vzdálenosti.
- Od minulé návštěvy je žluté světlo stále nepříjemné, ale k modrému dobře přijímanému světlu se přidalo světlo i zelené.
- Pohybem očí pan P. dává najevo nesouhlas.

Zorné pole

- Pohled pouze pod horizontální linií
- Pouze fixace a přenášení pozornosti
- Při pohledu na předmět reakce až po odvrácení zraku jinam
- Suspektně se stále jeví jako člověk s CVI
- Převažuje sledování levou stranou zorného pole...
- Odpovídá to narušení zrakových drah za Chiasma optici (pan většinu věcí dělá levou stranou) – což odpovídá narušení pravé mozkové hemisféry za chiasma optici

Reakce na kontrast:

Použity karty HH na vzdálenost 30 cm od obličeje (pozoruje jen pod střední horizontální čárou): VOO – 5%

Zraková ostrost:

Použitý test: cardiff z 30 cm

VOO – 6/9,5 (tato vzdálenost by měla být na 50 cm)

Použitý test: paddles, 27 cm

VOO 8cpd (výrazné zlepšení oproti minule, avšak stále pod normou a jedná se o opravdu jen krátkou vzdálenost...)

Kontrastní citlivost:

Vyšetřovací test: HH, 50 cm

Obrázek č. 30: Zpráva z kontrolního vyšetření zrakového terapeuta (převzato z archivu autorky práce).

Barthelové index základních všedních činností (BI)

Identifikace případu: Jméno pacienta Pan X.Y.
 Jméno hodnotitele
 Datum hodnocení 25.11.2019 (3. průběžné hod)

Činnost	Skóre
Jedení 10 = samostatně 5 = s pomocí (např. krájení, roztírání másla) nebo s potřebou speciální diety 0 = neprovede	5
Přesun z invalidního vozíku na lůžko a zpět 15 = samostatně bez pomoci 10 = s menší pomocí (verbální nebo fyzickou) 5 = s větší pomocí (fyzickou, jednoho nebo dvou lidí), může se posadit 0 = neprovede, neudrží rovnováhu vsedě nebo není schopen používat invalidní vozík	5
Provádění osobní hygieny 5 = samostatně umytí rukou, obličeje, čištění zubů, holení 0 = nutná pomoc s osobní hygienou	0
Posazení na toaletu a vstání z ní 10 = samostatně bez pomoci (usednutí, otření, oblečení, zvednutí) 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá některé úkony samostatně 0 = závisle na pomoci	0
Koupání nebo sprchování 5 = samostatně koupání nebo sprchování 0 = závisle na pomoci	0
Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu 15 = chůze samostatně (případně s oporou, např. holí) nad 50 metrů 10 = chůze s malou pomocí nad 50 metrů 5 = samostatný pohyb na vozíku, včetně zatáčení, nad 50 metrů 0 = imobilní, nebo mobilní do 50 metrů	0
Chůze do schodů a ze schodů 10 = samostatně bez pomoci 5 = s pomocí (verbální, fyzickou, s podporou) 0 = nevládně	0
Oblékání a svlékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů) 10 = samostatně 5 = potřebuje pomoc, ale zvládá z poloviny samostatně 0 = závisle na pomoci	5
Ovládání stolice 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s aplikací klystýru 0 = inkontinentní	0
Ovládání močení 10 = kontinentní 5 = příležitostné nehody nebo potřeba pomoci s externí pomůckou 0 = inkontinentní, nebo katetrizovaný bez možnosti samostatného močení	0
Celkový součet (0-100)	15

STUPNĚ ZÁVISLOSTI:
 0-40 b: vysoce závislý
 45-60 b: středně závislý
 65-95 b: lehce závislý
 100 b: nezávislý

Tabulka č. 20: Test „BI“ 3. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index - EBI)

Identifikace případu: Jméno pacienta *Pan X. Y.*
 Jméno hodnotitele
 Datum hodnocení 25. 11. 2019 (3. návštěva) *hoden*

DOMOV HRUBÁ VODA
 příspěvková organizace
 Hrubá Voda č. 11, 783 61 Hlubočky
 IČ: 750 04 399

Činnost

Skóre

Chápání

- 15 = neporušené (nikoli pacienti, kteří rozumí jen psanému)
 10 = rozumí komplexnímu věcnému obsahu, ale ne vždy
 5 = rozumí jednoduchým požadavkům
 0 = nerozumí

5

Komunikace

- 15 = schopen vyjádřit téměř vše
 5 = schopen vyjádřit jednoduchý věcný obsah
 0 = zcela nebo téměř neschopen se vyjádřit

0

Sociální interakce

- 15 = neporušeny
 5 = příležitostně nespolupracuje, je agresivní, bez přiměřeného odstupu, odtažitý
 0 = (téměř vůbec) nespolupracuje

5

Řešení každodenních problémů

(plánování průběhu různých akcí, přizpůsobování se změnám, dodržování termínů, přesné brání léků, náhled deficitů a jejich běžných důsledků)

- 15 = v podstatě neporušeno
 5 = potřebuje malou pomoc
 0 = potřebuje značnou pomoc

0

Paměť, učení a orientace

- 15 = v podstatě neporušeno (žádné další nároky na péči)
 10 = vyžaduje příležitostně připomínání nebo používání externí paměťové pomůcky
 5 = musí se mu často připomínat
 0 = dezorientován, bez nebo s tendencí utíkat

5

Zrak a neglect syndrom (syndrom opomíjení)

- 15 = v podstatě neporušeno
 10 = vážná porucha čtení, ale známé i neznámé prostředí zvládá bez problémů (případně s pomůckami)
 5 = známé, nikoli neznámé prostředí zvládá bez problémů
 0 = ani známé prostředí nezvládá zcela bez problémů (například nenajde svůj pokoj nebo oddělení/přehledně překážky nebo osoby nebo na ně narazí)

0

STUPNICE HODNOCENÍ

90-70: žádné omezení nebo mírné kognitiv. omezení

70-65: střední kognitiv. omezení

0-15: závažné kognitiv. omezení

Maximální celkový součet je 90 bodů.

Celkový součet (0-90)

15

Pozn: Komunikuje pouze nonverbálně, je schopen projevit vůli.

Tabulka č. 21: Test „EBI“ 3. průběžné hodnocení (převzato z archivu autorky práce).

PŘÍLOHA Č. 6 – TABULKOVÝ A OBRÁZKOVÝ MATERIÁL KE KAPITOLE Č. 7

Příloha BI testu: Záznamový arch pro hodnocení funkčního stavu uživatele v oblasti ADL z
pozice ergoterapeuta / speciálního pedagoga se somatopedickým zaměřením / klinického
logopeda / zrakového terapeuta

Jméno a příjmení			
Rok narození	Pojišťovna	Číslo odd./pokoje:	Patro, pokoj č.:
Adresa			
Diagnóza a vývoj onemocnění			
Psychiatrická Dg:			
Speciálně pedagogická Dg:			
Smyslová porucha:			
Lateralita (orientačně):			
Mimovolní pohyby těla:			
Sociální anamnéza:			
Pracovní anamnéza:			
Zájmové činnosti:			
Navrhované aktivity:			
Cíl klienta:			

Bodové ohodnocení ADL:

5 - Plná závislost
4 - Náročná fyzická asistence se spoluúčastí klienta a slovním vedením
3 - Nenáročná fyzická asistence s KP nebo slovním vedením
2 - Bez fyzické asistence s kompenzačními pomůckami nebo slovním vedením
1 - Nezávislý s obtížemi při činnostech
0 - Nezávislý, bez obtíží
Poznámka = slovní popis, x = netestováno/nehodnoceno

ADL PERSONAL

HODNOCENÍ:	Vstupní	Průběžné	Průběžné
Datum:			

MOBILITA: VERTIKALIZACE

Dětský sed			
Sed s DKK přes okraj			
Stoj			
POZNÁMKA:			

Mobilita: LOKOMOCE

Chůze bez opory			
Chůze s oporou			
Vzdálenost v metrech			
Vytrvalost v minutách			
Na MV - v interiéru			
Na MV - v exteriéru			
Na Ev - v interiéru			
Na Ev - v exteriéru			
POZNÁMKA:			

MV = mechanický vozík; EV = elektrický vozík

OBLÉKÁNÍ:

Horní část oděvu			
Dolní část oděvu			
Oblékání ponožek			
Přikládání pleny			
Přikládání ortézy, protézy			
Péče o osobní pomůcky či prostředky			
POZNÁMKA:			

OSOBNÍ HYGIENA:

Na lůžku			
V sedě umyvadla			
Ve stoje u umyvadla			
Péče o vzhled			
POZNÁMKA:			

KOUPÁNÍ/SPRCHOVÁNÍ, INTIMNÍ HYGIENA, OVLÁDÁNÍ MOČENÍ a VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE:

Mytí na lůžku			
Na sprchovém vozíku			
Na sprchové sedačce			
Ve vaně			
Použití toalety			
Intimní hygiena po toaletě			
Ovládání stolice			
Ovládání moči			
POZNÁMKA:			

PŘÍJEM STRAVY:

Pouze se lžící			
Pouze se lžící a vidličkou			
Kompletním příborem			
Podání pití			
Podání léků			
POZNÁMKA:			

ADL INSTRUMENTAL

HODNOCENÍ:	Vstupní	Průběžné	Průběžné
Datum:			
Telefonování			
Transport			
Nakupování			
Vaření			
Domácí práce			
Práce okolo zařízení			
Užívání léků			
Hospodaření s penězi			
POZNÁMKA:			

Hodnocení klinického logopeda

HODNOCENÍ:	Vstupní	Průběžné	Průběžné
Datum:			

Expresa:

Verbální komunikace (telefon)			
Porozumění textu			
Čtení			
Psaní			
Opis			
POZNÁMKA:			

Percepce:

Porozumění mluvenému slovu			
Porozumění psanému slovu			
POZNÁMKA:			

Kognice:

Řešení problému			
Paměť			
Učení			
Orientace			
POZNÁMKA:			

Sociální interakce*			
POZNÁMKA:			

Bodové hodnocení:

5 - Plná závislost, není schopen bez pomoci vykonat danou aktivitu (slovní vedení/AAK)
4 - Náročná asistence se spoluúčastí klienta a slovním vedením/AAK
3 - Nenáročná fyzická asistence s KP nebo slovním vedením/AAK
2 - Bez fyzické asistence s kompenzačními pomůckami nebo slovním vedením/AAK
1 - Nezávislý s obtížemi při činnostech, aktivitu vykoná samostatně
0 - Nezávislý, bez obtíží, aktivitu vykoná samostatně
Poznámka: * = slovní popis; x = netestováno/nehodnoceno

Hodnocení zrakového terapeuta

HODNOCENÍ:	Průběžné	Průběžné	Průběžné
Datum:			
Zraková ostrost do blízka*			
Zraková ostrost do dálky*			
Zorné pole*			
Hloubkové vidění*			
Úroveň barvocitu*			
Reakce na kontrast*			
POZNÁMKA:			

Zrakové funkce:

Uvědomění si zrakového podnětu			
Lokalizace			
Fixace			
Přenášení pozornosti z předmětu na předmět			
POZNÁMKA:			

Bodové hodnocení:

5 - Plná závislost, není schopen bez pomoci vykonat danou aktivitu (slovní vedení/AAK)
4 - Náročná asistence se spoluúčastí klienta a slovním vedením/AAK
3 - Nenáročná fyzická asistence s KP nebo slovním vedením/AAK
2 - Bez fyzické asistence s kompenzačními pomůckami nebo slovním vedením/AAK
1 - Nezávislý s obtížemi při činnostech, aktivitu vykoná samostatně
0 - Nezávislý, bez obtíží, aktivitu vykoná samostatně
Poznámka: * = hodnocení na základě provedeného testu; x = netestováno/nehodnoceno

Tabulka č. 22: Výsledný záznamový arch (převzato z archivu autorky práce).

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Marcela Kučerová, DiS
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název závěrečné práce:	Podpora samostatnosti a soběstačnosti osoby po cévní mozkové příhodě v kontextu ADL aktivit: návrh pilotního projektu
Název závěrečné práce v angličtině:	Supporting the independence and self-sufficiency of a person after a cerebrovascular accident in the context of ADL: a proposal for a pilot project
Anotace závěrečné práce:	<p>Předložená diplomová práce je koncipována jako návrh pilotního projektu, zaměřený na analýzu a evaluaci procesů podpory u vybrané osoby seniorského věku po CMP v kontextu ADL v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. a má charakter systematické případové studie. Jejím hlavním cílem je konstrukce záznamového archu pro monitorování a hodnocení poskytované péče v rámci intervence klinického logopeda, ergoterapeuta, zrakového terapeuta a návrh postupu využitelného pro rozvoj soběstačnosti u vybraného uživatele po CMP vycházejícího z interdisciplinárního přístupu. Dále by práce měla také poukázat na možný přínos speciálních pedagogů v procesu pomoci a podpory soběstačnosti.</p> <p>Teoretický rámec poskytuje teoretická východiska v kontextu CMP, která je považována za jedno z nejzávažnějších cévních onemocnění mozku, zejména ve vyšším věku. Vzhledem k variabilitě následků CMP a nejisté prognóze</p>

	<p>představuje závažný medicínský, ekonomický a sociální problém. Pozornost je proto soustředěna na léčebnou rehabilitaci a její složky zejména ergoterapii, konkrétně ADL, které tvoří průsečík mezi speciální pedagogikou a touto profesí. Cílovou skupinou jsou zde osoby seniorského věku.</p> <p>Výzkumná část popisuje realizaci šetření. Identifikuje, analyzuje a interpretuje data získaná metodou pozorování a práce s dokumenty, které se na začátku šetření staly významným zdrojem informací o případu a rovněž průběžně dále doplňovaly data získaná pozorováním. Závěry této studie poskytují výsledný záznamový arch a doporučení pro praxi. Současně také prokazují přínos interdisciplinární péče a poukazují na potřebnost profese speciálního pedagoga v domovech pro seniory.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>CMP, ADL, soběstačnost, osoba seniorského věku (senior), ADL, interdisciplinární péče.</p>
<p>Anotace v angličtině</p>	<p>This diploma thesis is designed as a pilot project and a case study in the facility Domov Hrubá Coda, p. o. The thesis is focused on the analysis and evaluation of support processes in the context of Activities for Daily Living (ADL) for a selected senior citizen who suffered from a cerebrovascular accident (CVA). Its main goal is the design of a record sheet for monitoring and evaluation of care provided by several care professionals (speech, occupational and visual therapists) as well as the design of an interdisciplinary procedure that targets the development of self-sufficiency on an individual who suffered from a CVA. Furthermore, this work also demonstrates a possible contribution of special educators in the process of improving and supporting</p>

	<p>self-sufficiency.</p> <p>The theoretical part provides background on CVA, which is considered the most serious vascular disease of the brain, especially in senior citizens. Due to the variability of the consequences of CVA and uncertain prognosis, it represents a serious medical, social and economic problem. Attention is therefore focused on medical rehabilitation, in which components of occupational therapy and ADL are particularly important. The target group for this study is senior citizens.</p> <p>The research part describes the implementation of the investigation. It identifies, analyses and interprets data obtained by observation method and research works, which at the beginning of the investigation became an important source of information about the issue, as well as continuously supplement the data obtained by observation. The conclusions of this study provide the proposed record sheet and recommendations for practitioners, at the same time, it also demonstrates the benefits of interdisciplinary care and highlights the need for special educators in homes for senior citizens.</p>
Klíčová slova v angličtině	Keywords: CVA, ADL, self-sufficiency, senior citizens, interdisciplinary care.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 – Obrázkový materiál ke kapitole č. 1</p> <p>Příloha č. 2 – Obrázkový a tabulkový materiál ke kapitole č. 2</p> <p>Příloha č. 3 – Tabulkový materiál ke kapitole č. 3</p> <p>Příloha č. 4 – Tabulkový a obrázkový materiál ke kapitole č. 5</p> <p>Příloha č. 5 – Tabulkový a obrázkový materiál ke kapitole č. 6</p> <p>Příloha č. 6 – Tabulkový a obrázkový materiál ke kapitole č. 7</p>
Rozsah práce:	161 stran

Jazyk práce:

Český jazyk