

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav klinické rehabilitace

Natálie Šiková

Možnosti ergoterapie v domácím prostředí pacienta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Vladimíra Soporská

Olomouc 2023

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Název práce:	Možnosti ergoterapie v domácím prostředí pacienta
Název práce v AJ:	Occupational therapy options in the patient's home environment
Datum zadání:	2022-11-30
Datum odevzdání:	2023-05-15
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav klinické rehabilitace
Autor práce:	Natálie Šiková
Vedoucí práce:	Mgr. et Ing. Vladimíra Soporská
Oponent práce:	Mgr. Jana Vyskotová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá problematikou ergoterapie v domácím prostředí pacienta. Cílem práce je sumarizace odborných článků a publikací a poukázat na význam rehabilitace v domácím prostředí po hospitalizaci.

První část práce se zaměřuje na stručné definování oboru ergoterapie s možnostmi uplatnění ergoterapeuta. V následující části je práce zaměřena na význam ergoterapie v domácím prostředí. Poslední část práce rozebírá ergoterapeutickou intervenci u pacienta seniorského věku.

K vyhledávání odborné literatury byly použity internetové databáze PubMed, Google Scholar, EBSCO, přičemž bylo využito 50 zdrojů.

Abstrakt v AJ:

The bachelor thesis deals with the issue of occupational therapy options in the patient's home environment. The aim of the thesis is to summarize scientific articles and publications and point out the importance of rehabilitation in the home environment after hospitalization.

The first part of the thesis focuses on brief definition of the field of occupational therapy with the possibilities of an occupational therapist's employment. The next part of the thesis is

focused on point out the importance of occupational therapy in the patient's home environment. Last part of the thesis analysis occupational therapy intervention in an elderly patient.

Online databases Pubmed, Google Scholar, EBSCO were used to search for the literature, while 50 resources were used.

Klíčová slova v ČJ: ergoterapie, domácí prostředí, domácí péče, kompenzační pomůcky, rodina, telerehabilitace

Klíčová slova v AJ: occupational therapy, home environment, home care, compensatory tools, family, telerehabilitation

Rozsah: 56 stran/1 příloha

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 16. 6. 2023

Natálie Šiková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. et Ing. Vladimíře Soporské za odborné vedení, cenné rady a poznámky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	8
1 Ergoterapie	10
1.1 Definice.....	10
1.2 Působení ergoterapeuta	11
1.3 Činnosti ergoterapeuta	11
1.4 ADL	12
1.5 Proces ergoterapie.....	12
1.9 Česká asociace ergoterapeutů	15
2 Význam ergoterapie v domácím prostředí.....	17
2.1 Možnosti terapie v domácím prostředí	17
2.2 Legislativa.....	18
2.2.1 Pojišťovny a ČAE	18
2.3 Výhody a nevýhody domácí terapie	19
2.3.1 Výhody a nevýhody z pohledu pacienta	19
2.3.2 Výhody a nevýhody z pohledu terapeuta	19
2.4 Současná praxe soukromé ergoterapie.....	20
2.5 Spolupráce s rodinou	20
2.6 Zkušenosti ze zahraničí.....	21
2.7 Distanční terapie – telerehabilitace.....	22
3 Ergoterapeutická intervence v domácím prostředí.....	24
3.1 Cílová skupina	24
3.1.1 Ergoterapie v pediatrii.....	24
3.1.2 Ergoterapie u dospělých.....	24
3.1.3 Ergoterapie v geriatrii.....	24
3.1.4 Ergoterapie u osob s postižením.....	24
3.2 Poskytované služby.....	25
3.2.1 Hodnocení domácího prostředí	26

3.2.2 Hodnocení a nácvik ADL.....	26
3.2.3 Hodnocení a terapie kognitivních funkcí	28
3.2.4 Poradenství	29
3.2.5 Kompenzační pomůcky	29
3.2.6 Jemná motorika	33
3.2.7 Kondiční cvičení	35
3.2.8 Autoterapie	37
Závěr.....	38
Referenční seznam.....	40
Seznam zkratk	46
Seznam obrázků	47
Seznam příloh	48
Přílohy	49

Úvod

Každý člověk je vázán na své domácí prostředí nehledě na jeho věk. Ať už jsme kdekoliv, domov je vždy místem, kam se rádi vracíme a kde se cítíme bezpečně a vše má svůj systém a řád. Proto není divu, že pacienti v zařízeních jsou mnohdy nesví a nechtějí participovat při terapii. Mají narušený svůj bezpečný prostor, do kterého mu vstupují cizí lidé a on nemá svoje doma. V tomto případě je po odeznění akutní fáze nemoci či jiného poškození žádoucí, aby měl pacient terapii uskutečněnou v domácím prostředí. V nemocnicích se setkáváme s trendem, kdy je člověk hospitalizován pouze na dobu nezbytně nutnou, poté je propouštěn do domácího prostředí, i když by mnohdy terapii fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta ještě potřeboval.

Při terapii v domácím prostředí je možné plně spolupracovat s rodinou pacienta, vidět v jakém prostředí pacient žije, vše modifikovat dle aktuálních potřeb pacienta i jeho rodiny a vše stavět pacientovi na míru.

Práce s pacientem v domácím prostředí je součástí komplexní rehabilitace, která zajišťuje návaznost na léčebnou rehabilitaci, a tím umožňuje plynulejší přechod pacienta do domácího prostředí. Při přechodu z nemocničního do vlastního sociálního prostředí jsou pacienti mnohdy závislí na pomoci jiných osob a častokrát si samostatně vyhledávají rehabilitační pracovníky, kteří by poskytovali rehabilitaci v domácím prostředí. Málomocná zařízení tuto službu poskytují, a proto se pacienti obrací například na služby domácí péče, služby sociální péče, anebo si podávají inzeráty s poptávkou rehabilitace v domácím prostředí. Jestliže by bylo poskytování rehabilitace v domácím prostředí podporováno legislativně a ze stran pojišťoven, mohlo by se předcházet situacím, ve kterých je pacientům poskytována rehabilitační péče sestrami a neerudovanými pracovníky.

Při pobytu v nemocničním zařízení se při potřebě zajišťují pacientům kompenzační pomůcky, na které má z pojišťovny pacient nárok až po propuštění do domácího prostředí, a proto nemá ergoterapeut prostor pro vyzkoušení pomůcky s pacientem. Poté tyto pomůcky zůstávají pacienty netknuté, protože neví, jak pomůcky správně používat. Při možnosti domácí ergoterapie by tento problém nenastal, protože by měl terapeut možnost navštívit pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí a mohl by mu vysvětlit a ukázat, jak pomůcka funguje, popř. s pacientem natrénovat přímo používání pomůcky. Kompenzační pomůcky by tak našly své plné využití.

V nemocničním prostředí ergoterapeut s pacienty trénuje také sebeobslužné činnosti (ADL), s využitím zdejšího vybavení a pomůcek. Nevýhodou je, že terapeut nedokáže

nasimulovat nemocniční prostředí tak, aby se shodovalo s domácím prostředí pacienta. Po propuštění pak nastává situace, kdy si pacient sice natrénoval ADL činnosti v prostředí nemocničním, ale jeho prostředí tomu neodpovídá a on nabyté zkušenosti neumí využít jinak. V praxi si to můžeme představit jako trénink nástupu do klasické vany, kdy jsme s pacientem vyzkoušeli tuto aktivitu nespočetněkrát, zvládá ji samostatně, ale v domácím prostředí má pacient vanu rohovou a tuto skutečnost pacient terapeutovi nesdělil. Pak nastává situace, kdy v nemocničním prostředí byl pacient v této aktivitě soběstačný, ale v domácím prostředí aktivitu nezvládne a potřebuje pomoc jiné osoby, anebo vhodnou kompenzační pomůcku.

Práce se věnuje možnostem práce ergoterapeuta v domácím prostředí pacienta, legislativním ukotvením, využitím ergoterapie ve vlastním sociálním prostředí pacienta a možnou intervencí u pacienta seniorského věku.

Ergoterapie v domácím prostředí není běžným standardem, tudíž cílem bakalářské práce je sumarizovat odborné články zahraničních i českých autorů, kteří se zabírají významem rehabilitace v domácím prostředí a zhodnocení, zda má tato terapie význam v komplexní rehabilitaci.

1 Ergoterapie

1.1 Definice

Ergoterapie je obor, který se skládá ze dvou řeckých slov, a to ergon (práce) a therapia (léčení). Ve slově ergoterapie se slovo ergon nevztahuje pouze k práci nebo k zaměstnání, ale obsahuje i veškeré činnosti, které souvisí s každodenním životem člověka a vyplňují tak všechny jeho čas (Krivošíková, 2011, s. 13).

Existuje mnoho definic, které shrnují profesi ergoterapeuta, ale pro účely práce si uvedeme definici České asociace ergoterapeutů (ČAE) (2008) „Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“

Z této definice vyplývá, že pro smysluplný život jedince je důležité vyplňovat dny činnostmi, které vytváří jeho osobnost. V terapii je žádoucí se zaměřit na aktivity, jež jsou pro daného jedince důležité a vždy činnosti individualizovat.

Zaměstnávání v ergoterapii se označují termínem oblasti výkonu zaměstnávání a dělí se do tří skupin. Jako první skupinu označujeme ADL, dále práci, produktivní činnosti a jako poslední hru a volný čas (AOTA, 1994).

Cíle ergoterapie jsou hodnocení chování jedince v zaměstnávání, usilování o udržení výkonu jedince během celého jeho života, zabránění vzniku dysfunkce, rozvíjení a podporování zdraví jedince (Reedová a Sandersonová, 1983 in Krivošíková, 2011, s. 19).

V roce 2019 proběhl sběr dat pro mapování ergoterapeutické profese ve světě a porovnání jednotlivých zemí. Z výzkumu vyplynulo, že ergoterapeutů v praxi bylo v České republice pouze 1000, což odpovídá 1 ergoterapeutovi na 10 000 osob. Oproti tomu Dánsko má ergoterapeutů 22 na 10 000 obyvatel (WFOT, 2020). Z tohoto průzkumu vyplývá, že v České republice je stále nedostatek ergoterapeutů, kteří jsou v praxi.

1.2 Působení ergoterapeuta

Ergoterapeut může své služby poskytovat ve zdravotnických zařízeních, v sociálních službách a službách zaměstnanosti. Do zdravotnických zařízení zařazujeme lůžkovou a ambulantní péči, přičemž do lůžkové péče spadají kliniky rehabilitačního lékařství, centra léčebné rehabilitace a rehabilitační oddělení. Do ambulantních zařízení spadají centra a oddělení léčebné rehabilitace, denní rehabilitační stacionáře, specializované léčebné ústavy, agentury domácí péče a lázně. V sociálních službách se ergoterapeut může uplatnit v denních stacionářích a sociálně aktivizačních službách pro děti, dospělé i seniory, denních stacionářích a terapeutických dílnách pro osoby s duševním onemocněním, domovech pro osoby se zdravotním postižením, penziencech a domovech pro seniory, při osobní asistenci, v chráněném bydlení, rané péči, programech předpracovní a pracovní rehabilitace, a programech chráněného zaměstnání (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 11–12).

1.3 Činnosti ergoterapeuta

Dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 55/2011 Sb. může ergoterapeut vykonávat řadu činností. Na základě indikace lékaře je pacientovi předepsána ergoterapie, přičemž ergoterapeut může s pacientem vykonávat dle indikace ergoterapeutické vyšetření, které analyzuje aktivity pacienta, hodnotí oblast senzomotoriky, provádí hodnocení lokomoce a mobility a zaměřuje se na orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k ADL aktivitám. Dále se ergoterapeut soustředí na hodnocení a nácvik ADL aktivit ať už v prostředí nemocničním, tak i domácím. Hodnotí také oblast pracovních a zájmových aktivit, sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán na základě ergoterapeutického vyšetření a podílí se na vytvoření dlouhodobého komplexně rehabilitačního plánu v rámci multidisciplinárního týmu. Poskytuje ergoterapeutické služby individuálně anebo v rámci skupinové ergoterapie, navrhuje i zhotovuje kompenzační pomůcky, poskytuje poradenství v oblastech kompenzace, adaptace a substituce poruch a nemocí. Uplatnění také najde v oblasti ergodiagnostiky, kde analyzuje zbylý pracovní potenciál pacienta, trénuje toleranci na zátěž a v rámci odborného týmu doporučuje vhodné začlenění osob se zdravotním postižením. Podílí se na edukaci ošetrovatelského personálu v oblasti péče o imobilní pacienty, aby se předešlo komplikacím vzniklým z imobility. Samostatně bez odborného dohledu a indikace lékaře ergoterapeut provádí poradenství a instruktáž v oblasti prevence vzniku onemocnění a strukturálních změn z povolání a také se podílí na úpravách pracovního prostředí. Aplikuje zásady ergonomie v domácím i pracovním prostředí, doporučuje vhodné úpravy těchto prostředí vzhledem k funkčním schopnostem

pacienta, a tím se podílí na prevenci vzniku poruch hybného aparátu. Manipuluje se zdravotnickými prostředky, může je kontrolovat, ukládat a dezinfikovat. V rámci sociální rehabilitace seznamuje pacienty s možnostmi péče v oblasti sociálních služeb a vykonává činnosti vzhledem k jeho odborné způsobilosti. Na základě indikace klinického logopeda, klinického psychologa anebo lékaře, nacvičuje ergoterapeut komunikační a rozumové funkce s pacientem (Zákony pro lidi, 2011).

1.4 ADL

Jsou veškeré aktivity, které člověk provádí každý den, a díky nim je člověk nezávislý ve vlastním sociálním prostředí a širším okolí. Mezi ADL aktivity se řadí činnosti související s:

- mobilitou,
- sebeobsluhou,
- komunikací,
- vedením domácnosti,
- širším sociálním prostředím (Krivošíková, 2011, s. 289).

ADL aktivity můžeme dělit na aktivity personální (pADL) a instrumentální (iADL), přičemž personální se vztahují konkrétně na jedince a sebeděle a instrumentální zahrnují činnosti, které člověk potřebuje v rámci širšího okolí. Role ergoterapeuta v této oblasti je především ve zhodnocení pacienta při provádění jednotlivých aktivit ADL, jejich nacvičování podle priorit a přání pacienta, v doporučení správné kompenzační pomůcky a zacvičení pacienta v jejich používání, mapování a případné odstranění bariér, které brání pacientovi v provádění ADL aktivit. Terapeut vždy musí zvážit, do jakého prostředí se bude pacient po hospitalizaci vracet, jestli bydlí v domácnosti sám anebo má někoho, kdo mu s každodenními činnostmi pomůže. Musí také zhodnotit, zda je pacient schopen činnost zvládnout tak, jak ji prováděl před onemocněním a pokud ne, jaká kompenzační pomůcka je pro něj vzhledem k jeho možnostem a schopnostem vhodná (Krivošíková, 2011, s. 289–290).

1.5 Proces ergoterapie

V první řadě je proces založen na hodnocení, které je vstupní, průběžné, specifické a kontrolní. Díky tomuto hodnocení ergoterapeut zjišťuje role pacienta, jaké činnosti zvládá a jaké mu dělají problém. Společně s pacientem se ergoterapeut zaměřuje na individualitu jedince, jeho schopnosti, facilitátory prostředí a na problémy v souvislosti s ADL. V souvislosti s hodnocením ergoterapeut využívá standardizované i nestandardizované hodnotící prostředky, rozhovor, pozorování pacienta při provádění činností v různém prostředí a také rozhovor s blízkými osobami pacienta. Po hodnocení následuje proces

plánování, který vychází z výsledků hodnocení. Plán terapie zahrnuje krátkodobý i dlouhodobý cíl a musí odrážet individualitu jedince, jeho životní styl, zvyky, role a úroveň funkčních schopností. Terapie poté navazuje na proces plánování a musí obsahovat stanovené cíle. Zaměřuje se na potřeby jedince a umožňuje výkon ADL činností. Veškeré provedené úkony a terapeutické prostředky musí být vedeny v dokumentaci. Dokumentace slouží k monitorování terapie a kontrolování dosažení stanovených cílů (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 7-8).

Ergoterapeuti jsou součástí multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracují a podílí se na realizaci holistického přístupu v terapii. Součástí týmu nejsou jen odborníci z praxe, ale také rodina pacienta, která je rovněž v péči o pacienta významná (WFOT, 2023).

1.6 Plán

Plán terapie se dle časového hlediska stanovuje v krátkodobých a dlouhodobých cílech. Cíle by vždy měly být podle SMART – specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické a časově ohraničené (Krivošíková, 2011, s. 276-277).

Krátkodobé cíle se stanovují dle analýzy aktivity a problémů v jednotlivých oblastech výkonu. Zpravidla se krátkodobý plán stanovuje na 1-4 týdny a pravidelně se mění na základě aktuálního stavu pacienta. Jedná se o jednotlivé kroky k dosažení dlouhodobých cílů (Krivošíková, 2011, s. 276-277).

Na **dlouhodobé cíle** navazují krátkodobé, přičemž na základě cílů dlouhodobých plánujeme cíle krátkodobé. Dlouhodobé cíle jsou ohraničeny delším časovým úsekem, často to bývá do propuštění z nemocnice či ukončení léčby (Krivošíková, 2011, s. 276–277).

1.7 Prostředky

Jedním z prostředků využívaných v ergoterapii je prostředek diagnostický. V terapii ergoterapeut může využívat vlastní prostředky pro diagnostiku, díky kterým plánuje terapii. Při vyšetření a intervenci využívá přístup zdola nahoru anebo shora dolů (Crepeau, Cohn, Boyt Schell, 2003, In Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 8).

Přístup zdola nahoru

Ergoterapeut zaměřuje na hodnocení funkcí a jejich poruch. Jakmile si ergoterapeut zjistí poruchu, je schopen odvodit omezení pacienta u provádění jednotlivých činností. Předpokládá se, že při obnovení porušených funkcí dojde k možnosti provádění činnosti, která je vlivem poruchy omezená (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 8).

Přístup shora dolů

Terapeut na rozdíl od přístupu zdola nahoru nejdříve zaměřuje na role a činnosti, které osoba zastává v běžném životě. Ve vyšetření ergoterapeut zjišťuje, v jakých činnostech je pacient limitován a stanovuje důvody problémů. Terapeut se především zaměřuje na limitaci aktivity a z toho vyplývající narušení sociálních rolí (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 8).

Dalšími prostředky jsou terapeutické, z nichž hlavním je zaměstnávání. Stanovené činnosti odráží osobnost jedince, měly by zohledňovat pacientův funkční stav, věk a podmínky prostředí. V oblasti terapeutické se využívá mnoha technik a přístupů, které si terapeut zvolí na základě teorií a rámců vztahů, ze kterých tyto techniky a přístupy vycházejí. V terapii je možné je různě kombinovat a střídat. U osob s tělesným postižením se zpravidla využívají rámce kognitivní, neurovývojové a biomechanické z nichž každý obsahuje různé techniky a metody. Z neurovývojového rámce nejčastěji využíváme Bobath koncept, přístup dle Affolterové, pohybovou terapii dle Brunnstromové a senzoryckou integraci dle Ayres. Kognitivní rámec využívá léčebný a adaptační přístup (Krivošíková, 2011, s. 22-23).

V rámci biomechanického rámce se využívá tři přístupy, a to přístup stupňovaných aktivit, ADL a kompenzační přístup (Krivošíková, 2007, In Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 9).

1.8 Oblasti

Dle Pfeiffera (1997, In Krivošíková, 2011, s. 23) je rozdělení ergoterapie dle oblastí na ergoterapii zaměřenou na nácvik běžných denních činností, na nácvik pracovních dovedností, ergoterapii zaměstnáváním, ergoterapii funkční a ergoterapii zaměřenou na poradenství.

Ergoterapie zaměřena na nácvik ADL

Usiluje o maximální soběstačnost pacienta v pADL i iADL za využití kompenzačních či substitučních mechanismů, anebo vybavením pacienta vhodnou kompenzační pomůckou. Ergoterapeut při nácviku využívá postupné zvyšování náročnosti činnosti. Nácvik ADL by měl nejlépe probíhat v domácím prostředí, nicméně je často nahrazován ergoterapeutickými místnostmi, anebo cvičnými místnostmi s kuchyní a koupelnou. V rámci této oblasti se ergoterapeut také realizuje v návrzích na úpravu domácnosti pro maximální soběstačnost v provádění ADL činností (Krivošíková, 2011, s. 23-24).

Ergoterapie zaměstnáváním

Zaměřuje se na smysluplné aktivity, které jedinci vykonávají buď samostatně, anebo s rodinou a přáteli. Zaměstnávání usiluje o to, aby jedinec vyplnil svůj čas a dal svému volnému času smysl (WFOT, 2012).

U ergoterapie zaměstnáváním se využívá rukodělných činností, společenských her, pohybových aktivit a her, sledování televize, poslech hudby atd. Vždy ergoterapeut činnosti volí dle zájmů pacienta, aby jej aktivity bavily. Nejčastěji se tato oblast uskutečňuje ve skupinách, jedinci se tak mohou navzájem motivovat (Krivošíková, 2011, s. 26–27).

Nácvik pracovních dovedností

Nejčastěji je využívána u osob v produktivním věku. Je založena na ergodiagnostickém vyšetření, u kterého ergoterapeut hodnotí zbytkový pracovní potenciál a analyzuje pracovní dovednosti. V rámci předpracovní rehabilitace ergoterapeut trénuje s pacientem toleranci zátěže, vytrvalost a vhodné pracovní dovednosti (Krivošíková, 2011, s. 25–26)

Funkční ergoterapie

Je zaměřena na konkrétní oblast a klade si za cíl zlepšení této postižené oblasti. Základem této oblasti je intenzivní a opakované cvičení, hraní rolí anebo některé druhy kreativní terapie. V této oblasti se často pracuje s různými pomůckami, proto je žádoucí, aby měl ergoterapeut dostatečně vybavenou ergoterapeutickou místnost (Krivošíková, 2011, s. 27).

Ergoterapie zaměřena na poradenství

Klade si za cíl poskytnout pacientovi a jeho rodině pomoc při vzniklých problémech. Především se jedná o pomoc s orientací v možnostech, které může pacient využít. Do oblasti poradenství spadá i pomoc s výběrem kompenzačních pomůcek a s jejich následným používáním. Také se uplatňuje u instruktáží, jak správně manipulovat s imobilními pacienty, abychom neublížili sobě ani pacientovi (Krivošíková, 2011, s. 28–29).

1.9 Česká asociace ergoterapeutů

Česká asociace ergoterapeutů (ČAE) je nezisková organizace, která vznikla v roce 1994 v Ostravě a je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC). Jako jeden z úkolů ČAE je hájit profesní práva ergoterapeutů. Dalšími úkoly jsou rozvoj ergoterapie jako oboru, informovat širokou veřejnost o oboru ergoterapie, jaké má přínosy a jaké je uplatnění. Cílem ČAE je napomáhat k takovému vzdělání, které odpovídá standardům vzdělávání WFOT a zvýšit standard poskytovaných ergoterapeutických služeb za pomoci celoživotního vzdělávání. Je jedinou organizací, která sdružuje ergoterapeuty v České republice, svým členům nabízí řadu výhod, mezi které se řadí slevy na účast vzdělávacích kurzů, slevové kupóny, přehled nabídky práce pro ergoterapeuty, legislativu, odbornou literaturu a sborníky. Rovněž jsou pro členy přístupné záznamy z webinářů ČAE. Ceny členského příspěvku se liší podle toho, jestli se

jedná o plné členství (700 Kč), přidružené (300 Kč), studentské (300 Kč), čestné (bezplatné), pro členy na mateřské/rodičovské dovolené a členy na starobním důchodu (300 Kč). ČAE je také spřátelená s organizacemi COTEC, WFOT, Asociace senzorické integrace (ASI), Ergo Aktiv, UNIFY, Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Na stránkách ČAE je dne 21. 2. 2023 zaregistrováno 177 zařízení, která poskytují ergoterapeutické služby, nicméně se zde nacházejí pouze ta zařízení, která souhlasila se zveřejněním jejich pracovního kontaktu (ČAE, 2023).

2 Význam ergoterapie v domácím prostředí

Podle Choi et al. (2016) je rehabilitace účinnější, pokud je uskutečňovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Dle studie Weisse et al. (2004) rehabilitace v domácím prostředí vykazuje lepší výsledky než rehabilitace v institucích, přičemž náklady na léčbu jsou nižší. Také uvádí, že časné propuštění po cévní mozkové příhodě (CMP) z nemocničního zařízení nemá z dlouhodobého hlediska žádný nepříznivý dopad. Dále uvádí, že do domácího prostředí docházeli jak fyzioterapeuti, tak ergoterapeuti, přičemž u fyzioterapeutů byla frekvence návštěv dvakrát za týden a u ergoterapeutů jednou týdně. Při srovnání vstupních a kontrolních výsledků se ukázalo, že došlo ke zlepšení v oblasti pasivních i aktivních pohybů u horních i dolních končetin, v oblasti mobility a ADL. Zlepšil se také svalový tonus, koordinace a citlivost, ale tyto parametry nebyly statisticky významné.

2.1 Možnosti terapie v domácím prostředí

Vlastní sociální prostředí pacienta je místo, kde člověk pobývá sám, nebo s rodinou po neurčitě dlouhou dobu (Ward et al. 2008, s. 4).

Dle Macháčkové et al. (2014) definujeme domácí prostředí jako místo, kde provádíme především ADL aktivity.

Dále můžeme domácí prostředí definovat jako klíčový determinant zdraví, kvality života, popřípadě spokojeného stárnutí bez ohledu na věk, pohlaví, bydliště nebo národnost. Domov se stává pro osoby staršího věku, osoby s chronickým onemocněním, s následky úrazu nebo osoby s kognitivními poruchami zvláště důležitý, protože zde tyto osoby tráví nejvíce času. Nicméně jejich vlastní sociální prostředí se pro ně může stát nevhodné, kvůli bariérám anebo vybavení (Chiatti, Iwarsson, 2014, s. 323).

Pole působnosti ergoterapeutů v domácím prostředí může být například hodnocení domácího prostředí, které ale probíhá mnohdy pouze z rozhovoru pacienta s ergoterapeutem a ten si tak musí pouze představovat, jak pacientovo prostředí vypadá a podle této představy pak navrhuje úpravy, nebo umístění pomůcek: madla, protiskluzové podložky atd. (Krivošíková, 2011, str. 24).

Návštěva v domácím prostředí je vždy časově, ale i finančně nákladná, tudíž je nutné, aby terapeut vycházel z informací, které získal již na pracovišti. Také je žádoucí, aby si terapeut s pacientem stanovili cíle terapie předem. Poté se terapeut již nemusí těmito informacemi v domácím prostředí zabývat a může se soustředit na pozorování pacienta při provádění ADL činností v jeho vlastním prostředí, na zaznamenávání architektonických

bariér, vybavení domácnosti, zjišťování informací o pacientově bydlení a jeho rodině. Všechny získané informace terapeut vyplňuje do formuláře, který má předem připravený (Krivošíková, 2011, s. 254).

2.2 Legislativa

Podle zákona o zdravotních službách 372/2011 Sb. §10 se zdravotní péčí poskytované v domácím prostředí pacienta rozumí návštěvní služba anebo domácí péče, kam spadá právě léčebně rehabilitační péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

Podle zákona 55/2011 Sb. §6 může ergoterapeut na základě indikace lékaře poskytovat hodnocení a nácvik ADL v nemocničním i domácím prostředí pacienta. Bez indikace lékaře může ergoterapeut doporučovat úpravu domácího prostředí vzhledem k funkčním schopnostem pacienta a bariérám prostředí (Zákony pro lidi, 2011).

2.2.1 Pojišťovny a ČAE

Na jaře 2020 v době pandemie Covid-19 kontaktovala ČAE Vojenskou zdravotní pojišťovnu České republiky (VoZP) ohledně kódu pro distanční terapii v období opatření vlády ČR, VoZP se vyjádřila, že je možné poskytovat v rámci odbornosti rehabilitace (902) výkon Léčebná tělesná výchova – instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků i na základě elektronické konzultace pacienta s lékařem telefonicky, e-mailem anebo videokonferenčně. Podmínkou pro vykázaní je provedení záznamu ve zdravotnické dokumentaci. Dále byla kontaktovaná Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), která na žádost reagovala obdobně jako VoZP. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) byla rovněž kontaktována se stejnou žádostí a reagovala, že v rehabilitačních oborech nelze najít ekvivalent klinického vyšetření, neboť je nutná fyzická návštěva pacienta v ordinaci, a proto nelze aplikovat distanční terapii. ČAE kontaktovala VZP dále 13. 11. 2020, aby odbornost 917 – ergoterapeut mohla poskytovat distanční terapii, nicméně byla tato žádost odmítnuta, protože se pojišťovna domnívá, že v této situaci měly být využívány pouze nezbytné služby pro pacienty tzn. předepisování léků, konzultace zdravotníka s pacientem. Nicméně na závěr vyjádření bylo uvedeno, že se do budoucna plánuje, aby telemedicína měla jasně definované místo v poskytovaných službách za předem daných legislativních předpisů a pravidel. Stejný požadavek byl vznesen VoZP a bylo uvedeno, že návrh byl projednán, nicméně panují závažné pochybnosti o kvalitě a účinnosti distanční individuální ergoterapie (ČAE, 2020).

2.3 Výhody a nevýhody domácí terapie

Jak terapeuti, tak i pacienti mohou shledávat v terapii v domácím prostředí řadu výhod, ale také nevýhod. Tyto skutečnosti jsou vždy individuální, každý jedinec spatřuje výhody a nevýhody této terapie v něčem jiném.

2.3.1 Výhody a nevýhody z pohledu pacienta

Hlavní výhodou z pohledu pacienta může být, že se pacient nemusí starat o dopravu do zařízení a o případné komplikace, které mohou souviset s jeho zdravotním stavem. Další výhodou je časové hledisko, kdy čas strávený na cestách může pacient věnovat jiným aktivitám. Neopomenutelnou výhodou je také možnost trénovat konkrétní aktivity ADL v reálném prostředí pacienta, kde si může aktivity vyzkoušet s terapeutem tak, aby je byl schopen zvládat sám i bez terapeuta.

Nevýhodou jsou vyšší finanční náklady na poskytovanou terapii z důvodu nákladů na dopravu a terapeutův čas strávený dopravou. Dalším problémem může být narušení soukromí pacienta, kdy například rodina zajistí terapii v domácí péči, ale pacient tuto skutečnost vnímá jako příliš velký vstup do jeho soukromí, může být proto v terapii nespolupracující a mnohdy pasivní.

2.3.2 Výhody a nevýhody z pohledu terapeuta

Dle dotazníkového šetření Tothové, Bártlové a Veisové (2011) vyplývá, že nejvýznamnější výhodou péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je známé prostředí. Jako další výhody shledávají lepší spolupráci s rodinou, lepší možnost pro navázání kontaktu, snadnější posouzení zdravotního, psychického i sociálního stavu, rychlejší zotavení a možnost zapojení dobrovolníků.

Také možnost natrénovat s pacientem použití kompenzační pomůcky v jeho domácím prostředí je velkou a neopomenutelnou výhodou. Výhodou je také přesná představa terapeuta o pacientově bydlení, a tak vhodnější návrhy na úpravu domácího prostředí.

Hlavní nevýhodou poskytování péče v domácím prostředí je především vzdálenost bydliště od zařízení poskytující tuto službu. Dalšími nevýhodami jsou nedodržení režimu nastaveného terapeutem, nedostatek pomůcek, časová nedostupnost a nemožnost zajistit kvalitnější odbornou péči (Tothová, Bártlová, Veisová, 2011, s. 134).

Nevýhodou může být i velké množství pomůcek, které terapeut při své práci potřebuje a musí je ke pacientovi dopravit. Další nevýhodou je časová náročnost terapie, započítáme – li k terapii i čas potřebný na dopravu terapeuta k pacientovi, takže by se například terapie, která by v zařízení trvala 45 minut, mohla protáhnout až na 90 minut.

Při domácí terapii se terapeut dostává do situace, kdy je v roli hosta, ale také terapeuta. V některých situacích může být toto střídání rolí nepříjemné, jelikož se terapeut v roli odborníka musí pacienta ptát, zda může některé předměty v domácnosti pacienta použít. Naopak pacient se také ocitá v situaci, kdy na jednu stranu musí respektovat pokyny terapeuta, ale vzhledem k tomu, že je doma, častěji odmítá činnosti, které by v nemocničním prostředí absolvoval (Koch, Wottrich, Holmqvistl, 1998, s. 370–371).

2.4 Současná praxe soukromé ergoterapie

V České republice se nachází několik zařízení, které poskytují ergoterapii v domácím prostředí. Například RehaBaru, což je ergoterapeutka, která poskytuje terénní ergoterapii, se ve své praxi se věnuje především terapii s dětmi, edukaci rodiny, individuální terapii a tejpování (Vávrová, RehaBaru, 2023).

Dalším zařízením poskytující ergoterapii v domácím prostředí je FyzioAktiv, které se rovněž věnuje terapii s dětmi. Zaměřují se na zvládání běžného dne, rozvoji jemné i hrubé motoriky, bilaterální koordinaci, kognitivním a exekutivním funkcím, písmu, rannému vývoji, sociálním dovednostem, kompenzačním pomůckám a úpravě domácího prostředí (FyzioAktiv, 2023).

Mgr. Veronika Vítová poskytuje ve svém zařízení Hnízdo také ergoterapii v domácím prostředí soustředěnou na dětské pacienty (Vítová, Hnízdo).

Ergoterapii v domácím prostředí se zabývá i zařízení My Clinic, které zdůrazňuje důležitost spolupráce s rodinou (My Clinic, 2023).

2.5 Spolupráce s rodinou

Rodina, jakožto základní společenská jednotka, je pro společnost i pro jednotlivce nesmírně důležitá. Jestliže není rodina v blízkosti pacienta, ale je rozptýlená po různých částech země či světa, je tento faktor komplikující ze strany poskytování péče zejména seniorům. Rodina by měla být zapojena do péče o nemocné příbuzné, nebo by alespoň měla být informována o zdravotním stavu jedince. Informovanost rodiny je klíčová, a to proto, aby rodina mohla kdykoliv podat pomocnou ruku. Pokud se jedná o opatření, cvičení, doporučení anebo úpravy domácího prostředí, měla by rodina tyto zásady akceptovat a přijmout je za své, tudíž by se měly stát součástí rodiny (Bártlová, 2005, s. 96–99).

Jelínková (2009, s. 127) uvádí, že v současné době je známo, že podpora kontaktu rodiny s nemocným je nezbytnou součástí péče o nemocného a podílí se na lepším psychickém stavu pacienta.

Jakmile se poskytované služby začaly přesouvat do komunitní péče, lékaři a zdravotníci si začali uvědomovat postavení rodiny při poskytování péče a léčení rodinného příslušníka. Praktičtí lékaři také uznali, že každý člen rodiny má jiný pohled na potřeby jedince a má jiné priority při poskytování péče. Tato zjištění zajistilo přesun od vnímání rodiny jako osob, které jsou mimo léčebný proces, k důležité součásti, která o nemocném jako o člověku nejvíc ví a pomáhá mu při rozhodování (Crepeau, Cohn, Boyt Schell, 2003, s. 70).

Spolupráce s rodinou nemusí vždy znamenat, že se pacientovi vytvoří optimální podmínky pro život a že všichni členové domácnosti onemocnění anebo postižení přijmou. Dle šetření vyplývá, že dlouhodobé pečování o rodinné příslušníky má za následek negativní efekt pečování, což má za následek častokrát i zdravotní problémy. Tyto problémy se promítají také do oblasti psychického zdraví a do sociální oblasti (Bártlová, 2002, s. 23).

Je důležité, aby odborník pracující s pacientem a jeho rodinou, se všemi dostatečně komunikoval, a to především se členem rodiny, který se stává hlavním pečujícím. Tento pečující často zapomíná na sebe a své zájmy a přebírá na sebe velkou zodpovědnost (Bártlová 2006, s. 238–239).

2.6 Zkušenosti ze zahraničí

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) uvádí, že od roku 2001 spolupracují s neziskovou organizací Rebuilding Together. Tato organizace se zabývá revitalizací a úpravou domů. Společně se snaží o úpravu domácího prostředí pro klienta tak, aby bylo co nejvíce dostupné a bezpečné jedincům s postižením (AOTA, 2023).

Bishop a Brott (2021) ve svém článku uvádějí, že na Novém Zélandu je ergoterapie v domácím prostředí prováděna, nicméně v některých zařízeních jsou ergoterapeuti, kteří jsou jednak na lůžkovém oddělení a zároveň jsou pověřeni domácími návštěvami. Pokud tedy ergoterapeut odjede z oddělení na domácí návštěvu ke klientovi, dochází k nedostatku ergoterapeutů na oddělení a stejná situace nastává, pokud ergoterapeut zůstane na oddělení, protože není k dispozici další ergoterapeut, který může vyjet za klientem domů.

Raymond, Feldman a Demers (2020) v článku zmiňují, že v Kanadě existuje profese ergoterapeuta pracujícího v domácím prostředí, který poskytuje služby lidem žijícím v komunitách. Tyto služby jsou ale tak žádané, že osoby se dostávají na čekací listinu a na terapeuta jsou kladeny vyšší nároky, přičemž hrozí terapeutovi syndrom vyhoření. S cílem minimalizovat důsledky čekání jsou doporučeni na domácí ergoterapii řazeni dle potřeb klienta za použití interních předpisů či hodnotících nástrojů.

2.7 Distanční terapie – telerehabilitace

V různých publikacích jsou využívány pojmy telehealth a telemedicína, přičemž se často zaměňují. Pojem telehealth je obecnější pojem, který zahrnuje i nezdravotnické profese, které například monitorují pacienta pomocí různých chytrých hodinek, trackerů apod. (Pětioký, Hoidekrová, Trtílková, 2021 s. 44).

Telerehabilitaci můžeme označit jako konzultační, preventivní, diagnostické a terapeutické služby, které se uskutečňují pomocí moderních technologií a internetu (Wakeford et al., 2005, s. 1).

Chen et al. (2020) ve své studii uvádí, že využití telerehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě má pozitivní výsledky, přičemž nejvýznamnějšími změnami bylo zlepšení motoriky horních končetin, zlepšení kognitivních funkcí, a lepší emoční naladění. Pacienti vyzdvihli možnost zapojení rodinných příslušníků do procesu rehabilitace. U telerehabilitačního cvičení je možnost využití rovněž videohovoru s terapeutem, který na průběh cvičení pacienta dohlíží a koriguje jej.

Původně byla telerehabilitace využívána v rehabilitaci pro konzultace, především po telefonu. S rozvojem moderních technologií se rozvinulo mHealth neboli mobilní zdravotnictví. Bez rozvoje mHealth by telerehabilitace byla stále doménou videokonferencí a jiných finančně nákladných systémů. Často se můžeme setkat s pojmem distanční terapie, což je po významové stránce slov téměř zaměnitelné s pojmem telerehabilitace, protože distanční znamená vzdálený a tele(rehabilitace) znamená rehabilitace na dálku. Jiný význam mají tyto termíny při poskytování péče, kdy telerehabilitace znamená poskytování služeb přes moderní technologie v reálném čase, ale distanční terapie znamená poskytování služeb offline, přičemž má pacient k dispozici například videa anebo soubory, u kterých rehabilituje sám a terapeut není přítomen (Pětioký, Hoidekrová, Grünerová Lippertová, 2022, s. 167).

V České republice se roku 2019 v rehabilitačním ústavu Kladruby zavedl model Virtuální ambulance pro terapii online. Telerehabilitace byla zavedena především pro klinickou logopedii, ergoterapii a fyzioterapii. Největší přínos měla distanční terapie v období pandemie Covid-19, kdy mnohé ambulance musely být uzavřeny. Pacienti tak mohli zůstat v domácím prostředí, kde jim stačilo internetové připojení a o terapii kvůli zavřeným ambulancím nepřišli. Nevýhodou této terapie je však nemožnost korekce pacienta dotekem při provádění jednotlivých cviků tzv. hands-on. Jako další nevýhody můžeme zařadit nekvalitní internetové připojení ze strany terapeuta anebo pacienta, nízkou znalost ovládání chytrých

technologií a zajištění ochrany osobních dat (Pětioký, Hoidekrová, Grünerová Lippertová, 2022, s. 166–170).

V roce 2021 byla vyvinuta česká webová aplikace eAmbulance, která usnadňuje komunikaci mezi pacientem, terapeutem a lékařem, zároveň je šifrovaná a podporuje individuální i skupinové hovory. U eAmbulance se pacient nemusí nikam registrovat, to znamená, že není smluvně vázán. Zájemce o tuto službu si zarezervuje v kalendáři datum terapie a na základě tohoto požadavku systém zašle SMS kód. Video ani audio soubory z probíhající terapie nejsou nikde uchovávány ani nikam zasílány, takže se pacient nemusí obávat nežádoucího úniku osobních či jinak citlivých dat. Samotná aplikace obsahuje jednoduché ikony, které v ní mají pacienti usnadnit orientaci. Další funkcí je chat, který probíhá v reálném čase a je vhodný pro upřesnění pojmů, které by mohly být zaměněny, nebo pro shrnutí cviků a jiných informací. Aplikace dále umožňuje šifrované zasílání lékařských a jiných dokumentů. Je také vhodná pro konzultaci samotných odborníků mezi sebou (Pětioký, Hoidekrová, Grünerová Lippertová, 2022, s. 169–170).

Při rešerši bylo dále zjištěno, že distanční terapii poskytuje také zařízení Armandi Therapy Clinic, které se zabývá v online prostředí poradenstvím pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra (Armandi Therapy Clinic).

S online konzultacemi se můžeme setkat i u zařízení Ergoterapie Plzeň, které zároveň poskytuje možnost přípravy několika individuálních cviků pro děti, přičemž cviky terapeuti vysvětlí i předvedou (Ergoterapie Plzeň, 2020).

Zařízení Centrum Kompre nabízí rehabilitační cvičení na svých webových stránkách formou videí, tudíž se jedná o distanční terapii. Cvičení se věnuje oblasti kognitivního tréninku, ergoterapii, relaxaci, logopedii atd. (Centrum KOMPRES).

3 Ergoterapeutická intervence v domácím prostředí

3.1 Cílová skupina

Služby poskytované v domácím prostředí se mohou lišit podle cílové skupiny pacientů. Jestliže by byly služby poskytované pacientům dětského věku, budou se služby lišit od služeb, které jsou poskytované pacientům seniorského věku nebo od služeb pro pacienty s různým typem postižení, ať už mentálním, tělesným anebo smyslovým.

3.1.1 Ergoterapie v pediatrii

Pokud bychom se věnovali pacientům dětského věku, naše služby by vždy směřovaly k terapii hrou. Děti je potřeba zaujmout a vymyslet například nějaký příběh, který zakomponujeme do terapie. Také je potřeba, aby terapeuti s dětskými pacienty neměli striktně bílé oblečení z důvodu možného strachu ze zdravotnického personálu. U dětských pacientů se zaměřujeme na nácvik ADL, senzoricou integraci, bilaterální koordinaci, grafomotoriku, kompenzační pomůcky, kognitivní a exekutivní funkce, rozvoj jemné a hrubé motoriky a rovnováhu (Klusoňová, 2011, s. 199–200).

3.1.2 Ergoterapie u dospělých

U pacientů dospělého věku se služby rozdělují podle toho, jestli se jedná o pacienta traumatologického, neurologického, pacienta s degenerativním onemocněním anebo s jinými diagnózami. U těchto pacientů se mohou poskytovat služby z oblasti nácviku ADL, zvýšení či udržení soběstačnosti, pracovní rehabilitace a ergodiagnostiky, tréninku jemné a hrubé motoriky, úpravy domácího či pracovního prostředí, výběru kompenzačních pomůcek a tréninku zacházení s nimi, taky se zde ergoterapeuti mohou uplatnit v oblasti terapie ruky.

3.1.3 Ergoterapie v geriatrii

U pacientů seniorského věku se často zaměřujeme na terapii kognitivních funkcí, udržení či zkvalitnění soběstačnosti, jemnou a hrubou motoriku, udržení či zlepšení kondice, výběru či úpravě kompenzačních pomůcek a návrhu úprav domácího prostředí. Záleží také na přáních pacienta a jeho rodiny. Vždy služby individualizujeme a přizpůsobujeme člověku na míru (Klusoňová, 2011, s. 194–196).

3.1.4 Ergoterapie u osob s postižením

Ergoterapeutické služby u pacientů s postižením by se zaměřovaly na aktuální potřeby daného jedince. I v této oblasti se můžeme setkat s pacienty různého věku a opět terapii individualizujeme.

U osob s psychosociálním postižením se využívá behaviorálního, kognitivně-behaviorálního, psychodynamického a humanistického rámce vztahů. Každý tento rámec se

soustředí na jinou oblast. Zatímco behaviorální se zaměřuje na osoby s vývojovými poruchami, mentální retardací, s psychiatrickým onemocněním nebo osobami s poraněním mozku, kognitivně-behaviorální rámec se využívá především u osob, které mají psychiatrickou diagnózu. Může se jednat o depresi, fobie, úzkosti, nebo problémy vyvolané stresovými faktory. Psychodynamický rámec vztahů se aplikuje u osob s úzkostmi, s afektivními poruchami a fobiemi. Humanistický rámec se váže na individualizaci a léčbu zaměřenou na jedince (Krivošíková, 2011, s. 147–154).

U osob s postižením sluchového ústrojí se může ergoterapeut uplatnit u výběru kompenzačních či technických pomůcek. Může se jednat o světelné zvonky, náhradu klasického budíku vibračním, výběru sluchadla atd.

Osoby se zrakovým postižením služeb ergoterapeuta mohou využít především kvůli oblasti kompenzačních pomůcek. Pomůcky pro osoby se zrakovým postižením se dělí na pomůcky haptické a zvukové a jako příklad můžeme uvést hmatové nebo mluvící budíky, váhy s hlasovým výstupem, indikátor hladiny napuštěné vody, lupy, speciální software, mobilní telefony. S těmito osobami ergoterapeut provádí nácvik s kompenzačními pomůckami tak, aby byla osoba tyto pomůcky schopna využívat samostatně (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček, 2012).

Osoby s tělesným postižením ergoterapeutické služby využívají například kvůli deficitu v oblasti soběstačnosti, problému se zařazením do zaměstnání, kompenzačním pomůckám (například berle, mechanické vozíky (MIV), elektrické vozíky atd.). Ergoterapeut může při terapiích využívat různé polohy, odlišné materiály předmětů, se kterými pacient pracuje, různou hmotnost předmětů a pomůcek. Při cvičení se dají využívat kompenzační pomůcky nebo dlahy, přičemž statické dlahy působí stabilizačně a dynamické dlahy napomáhají zvyšovat rozsah pohybu (Krivošíková, 2011, s. 108–115).

3.2 Poskytované služby

Pro další rozbor možností ergoterapeutické intervence v domácím prostředí se budu soustředit na pacienty seniorského věku, jelikož zlepšující se kvalitou poskytované zdravotnické péče se každým rokem zvyšuje počet osob nad 65 let.

Dle Českého statistického úřadu (2021) počet obyvatel nad 65 let byl 2 169 109, oproti roku 2010, kdy počet obyvatel nad 65 let byl 1 635 826, přičemž v roce 2010 byl celkový počet obyvatel vyšší, než v roce 2021 a to konkrétně o 16 063 obyvatel.

V závislosti na odebrané anamnéze a vyšetření si s pacientem stanovíme krátkodobý a dlouhodobý cíl a plán terapie. Na základě těchto informací se stanoví, jaká služba bude pacientovi poskytována.

3.2.1 Hodnocení domácího prostředí

Ergoterapeut provádí hodnocení domácího prostředí na základě návštěvy, jejíž cílem může být zhodnocení provádění ADL, mapování bariér ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále se při domácích návštěvách s pacientem nacvičuje používání kompenzační pomůcky. Tato návštěva se může uskutečnit kdykoliv během ergoterapeutického procesu na základě lékařova doporučení. Zpravidla se návštěva plánuje před ukončením pobytu v nemocničním nebo zdravotnickém zařízení, aby mohl ergoterapeut zhodnotit, zda je prostor pro pacienta bezpečný a zda zvládne samostatné fungování (Krivošíková, 2011, s. 254).

Ke zhodnocení domácího prostředí můžeme využít Smart Evaluation Methodology of Accessibility for HOME (SEMAFOR home), což je standardizovaná metodika zejména pro ergoterapeuty, ale využívaná je i odborníky pracujícími s osobami s potížemi v oblasti motoriky. Tato metodika obsahuje 3 části, z nichž první je část popisná, druhá se týká subjektivního hodnocení a poslední část se zabývá objektivním hodnocením. V popisné části hodnocení se terapeut ptá na identifikační údaje pacienta, na diagnózu, popisuje zde motorické postižení, stav kognitivních funkcí. Část subjektivního hodnocení se soustředí na pacienta, přičemž cílem je zhodnotit pohled pacienta na provádění ADL aktivit a pomoci zacílit na nejproblematictější oblasti v domácnosti. Poslední část má za úkol identifikovat bariéry vyplývající z šetření v domácnosti, zmapovat kolikrát za den musí pacient bariéru překonávat. Hodnocení poslední části provádí ergoterapeut nebo jiný zaškolený pracovník v domácím prostředí společně s pacientem, přičemž u každé bariéry se stanoví závažnost na škále 0-3 a kolikrát je pacient nucen tuto bariéru překonávat na škále 0-5. Hodnotící listy obsahují i kolonku pro případné vložení fotografií nebo doplnění informací (Semafor home).

3.2.2 Hodnocení a nácvik ADL

Dle Jelínkové (2009, s. 148) se ergoterapeuti zaměřují při hodnocení a intervenci na schopnosti pacienta zvládat ADL činnosti, protože se jedná o jednu z hlavních oblastí, díky které se podílí na úrovni participace pacienta ve společnosti.

V ergoterapii se setkáme s pojmy personální a instrumentální ADL, přičemž do personálních zařazujeme koupání, oblékání, osobní hygienu, mobilitu, použití WC, přesuny a jedení a do instrumentálních řadíme nakupování, použití mobilního telefonu, péči

o domácnost, použití hromadné dopravy, nakládání s penězi a vaření (Krivošíková, 2011, s. 24).

K hodnocení ADL činností se v rehabilitaci využívá hned několik testů. Jeden z nejpoužívanějších testů v České republice je Barthel Index (BI), popřípadě modifikovaný Barthel Index. Dále se využívá test funkční míry nezávislosti (FIM), Katzův test, Test aktivit a Frenchayský test aktivit (Kolář, Máček et al., 2015, s. 90).

Pro představu si uvedeme metodiku a hodnocení nejpoužívanějšího BI. Tento test bodově hodnotí omezení a to tak, že 10 bodů je maximum, při některých činnostech 15 bodů, a minimálně 0 bodů, takže pokud nastanou menší změny v soběstačnosti pacienta, tento test je není schopen zachytit. V praxi si to můžeme představit tak, že pokud si pacient při testování osobní hygieny není schopen vyčistit zuby sám, ale pouze s dopomocí jiné osoby, hodnotíme ho 5 body, při kontrolním testování si pacient sám vezme kartáček na zuby a dá si pastu na kartáček, zuby si ale vyčistí opět pouze s dopomocí jiné osoby, stále ho hodnotíme 5 body. Výhodou je možnost provádění tohoto testu i ošetrovatelským personálem, jednoduchost a rychlá administrativa (Lippertová-Grünerová, 2005, s. 275).

Hodnotí se 10 aktivit: jedení, přesuny z mechanického vozíku na postel a zpět, osobní hygiena, použití toalety (manipulace s oděvem, očištění, spláchnutí), koupání, lokomoce po rovném povrchu, chůze po schodech a ze schodů, oblékání (včetně zavazování bot), kontinence moči a stolice (Mahoney, Barthel, 1965). Hodnocený může v jednotlivých aktivitách dostat maximálně 10 bodů za plnou soběstačnost, u některých činností i 15 bodů za plnou soběstačnost, 5 bodů za dopomoc jiné osoby a při nezvládnutí dané úlohy získává 0 bodů. Bodové rozpětí je 0-100, přičemž 0–40 bodů odpovídá vysoké závislosti, 45–60 bodů závislosti středního stupně, 65–95 bodů lehké závislosti a 100 bodů nezávislosti (Loewen, Anderson, 1988, s. 1078).

Pro příklad ergoterapeutické intervence u pacientů seniorského věku uvádím pacientku, která je aktivní řidičkou a zároveň uživatelkou chytrého telefonu. V rámci tréninku iADL je vhodné jí doporučit volně dostupnou aplikaci Reflex na trénink reflexů, protože vlivem stárnutí dochází ke zhoršení reakční doby. Zde se ergoterapeut může zaměřovat na ukázání aplikace, vysvětlení, jak funguje a poté již v rámci terapie trénovat. V aplikaci lze sledovat zlepšení, tudíž terapeuti mohou sledovat případné zlepšení či zhoršení.

Dále se ergoterapeut může soustředit na trénink ADL činností přímo v přirozeném prostředí pacienta s využitím pomůcek nebo předmětů, které má dotyčný pacient doma.



Obrázek 2 Ukázka
tréninku sebesycení



Obrázek 1 Ukázka
tréninku pití

3.2.3 Hodnocení a terapie kognitivních funkcí

Kognicí se rozumí poznávání, které tvoří procesy, jež spolu navzájem souvisí. Jedná se o vnímání, organizaci a asimilaci, zpracovávání informací a schopnost učit se (Abreu a Togliola, 1987, in Krivošíková, 2011, s. 216).

Kognitivní funkce rozdělujeme na tři vzájemně se propojující skupiny. První skupinou jsou základní kognitivní funkce, do nichž zahrnujeme vnímání, orientaci, pozornost a paměť. Vyšší kognitivní funkce pokrývají oblast myšlení, utváření konceptu, řešení problému a exekutivní funkce. Poslední skupinou jsou metakognitivní schopnosti, které souvisí s poznáváním, a to konkrétně uvědomování si vlastního myšlení (Krivošíková, 2011, s. 217–218).

V rámci ergoterapeutického vyšetření můžeme využít testy pro hodnocení kognitivních funkcí. V České republice se nejčastěji setkáme s testem Mini – Mental State Examination (MMSE), který se používá zejména u geriatrických pacientů. Cílem tohoto testování je zjištění závažnosti demence a sledování případných změn v kognitivních funkcích. Maximální bodové skóre, jež může pacient dosáhnout, je 30 bodů. Dalším testem je Addenbrookský kognitivní test, který se využívá při diagnostice syndromu demence a určení typu tohoto onemocnění. Výhodou Addenbrookského testu je, že obsahově zahrnuje MMSE, ale zároveň

zahrnuje i Test hodin. Maximální bodové skóre je 100 bodů. Posledním testem, který se běžně v ergoterapeutické praxi využívá je Montrealský kognitivní test (MoCA), který je určen pro odhalení kognitivních poruch nebo lehkou demenci. Maximální bodové skóre činí 30 bodů (Krivošíková, 2011, s. 222–223).

Pro příklad hodnocení kognitivních funkcí uvádím testování kognitivních funkcí pomocí Adenbrookského kognitivního testu (Příloha 1). Výsledné skóre v testu bylo 93 bodů, což odpovídá normě.

V rámci trénování kognitivních funkcí je možnost pacientovi doporučit trénování kognitivních funkcí pomocí volně dostupných aplikací, které zábavnou formou pomáhají procvičit kognitivní funkce. Pro procvičení krátkodobé paměti uvádím například aplikaci Memo Game, což je aplikace zahrnující pexeso. Disponuje několika různými úrovněmi a lze v ní sledovat zlepšení dle času stráveného u jednotlivých úrovní, což terapeutům může posloužit jako zpětná vazba. V terapii lze využít i klasické pexeso, kdy pacient trénuje nejen kognitivní funkce, ale i úchopy.

Dále lze využít různé pracovní listy, které si terapeut vytvoří nejlépe podle zájmů pacienta. V terapii kognitivních funkcí se dají využít aktivity s různými předměty, které si pacient musí zapamatovat za určitý čas např. za minutu a poté se předměty schovají a jedinec si musí dané předměty vybavit.

3.2.4 Poradenství

Ve zdravotnictví se vyskytuje mnoho odborných výrazů, kterým laická veřejnost nemusí rozumět, proto je vhodné pacientům vždy vše vysvětlit. Stejně je tomu i u ergoterapie, kdy se pacienti a jejich rodiny setkávají s různými kompenzačními pomůckami, odbornými termíny, cvičebními jednotkami, se kterými dříve nepřišli do styku. Z tohoto důvodu je důležitá i oblast poradenství, která zajišťuje pacientům lepší orientaci v péči o ně samotné, rodiny pacientů pochopí, jak pečovat o svého blízkého a poskytne jim informace o službách a možnostech, na které má jedinec nárok. Ergoterapeut také řeší s pacienty a jeho rodinou domácí prostředí a jeho úpravu, popřípadě bezbariérovost domu či bytu, která je nezbytná po vzniklém úrazu nebo hospitalizaci a je také vhodná pro prevenci pádů v domácím prostředí (Krivošíková, 2011, s. 28–29).

3.2.5 Kompenzační pomůcky

Ergoterapeut se při své praxi setkává s kompenzačními pomůckami na denní bázi. Než se na řadu dostanou kompenzační pomůcky, ergoterapeut s pacientem se vždy v rámci terapie snaží nacvičit danou činnost, se kterou má pacient problém, nicméně někdy dotyčný

vynakládá příliš velké úsilí, aby danou činnost zvládl, a proto se poté sahá pro vhodných kompenzačních pomůckách. Kompenzační pomůcky se mohou vyrábět pacientům na míru a těmto pomůckám se říká individuální. Dále jsou sériově vyráběné a mohou je používat pacienti s různou škálou postižení a některé pomůcky se dokonce hodí i pro zdravou populaci (Klusoňová, 2011, s. 55).

Své uplatnění ergoterapeut nachází při výběru a doporučení kompenzačních pomůcek, dále při zacvičení pacienta s danou pomůckou nejlépe ve vlastním sociálním prostředí, při výrobě a individuální úpravě pomůcek (např. dlahy, úchyty), při zajištění pomůcky a také pacienty informuje o úhradě pomůcek, zda jsou hrazeny z pojištění plně, částečně, zda přispívá úřad práce, jestli lze pomůcky sehnat jako dar, zda lze pomůcky zapůjčit anebo jestli je musí hradit pacient sám (Krivošíková, 2011, s. 309).

Jelínková (2009, s. 150–151) uvádí, že pomůcek, které usnadňují lidem s disabilitou každodenní fungování, je celá řada, přičemž v souvislosti s domácím prostředím se můžeme setkat s pomůckami pro pADL a iADL. Do pomůcek pADL spadají činnosti, které vykonáváme od okamžiku, kdy se vzbudíme, do chvíle, než jdeme spát. Jedná se o oblast osobní hygieny, oblékání, příjem jídla, koupání, použití WC, přesuny a lokomoci.

Činnosti širší soběstačnosti neboli pomůcky iADL obecně zahrnují péči o druhé osoby, péči o domácí zvířata, péči o své zdraví, nakládání s penězi a péči o domácnost (Meriano a Latella, 2008 in Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009 s. 152).

Sebeobsluha

V rámci sebeobslužných pomůcek se pohybujeme v oblasti stravování, hygieny, oblékání, koupání, použití WC.

V oblasti hygieny může osoba seniorského věku využít prodlouženou mycí houbu nebo kartáč (Obr. 3, s. 30), který slouží osobám s omezeným rozsahem pohybů, dále hřeben s prodlouženou rukojetí, kartáč na mytí nohou, který je vhodný osobám s vertebrogenními poruchami anebo po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Mezi další významné pomůcky patří madla k vaně či k toaletě, které slouží osobám se sníženou svalovou silou dolních končetin. Nesmíme opomenout také nástavec na WC, který taktéž osobám napomáhá při vstávání z toalety tím, že zvýší okraj mísy, a to způsobí větší úhel mezi kyčelním kloubem a tělem pacienta a zajistí tak méně náročné vstávání z mísy. Svě místo rovněž zaujme protiskluzová podložka do vany anebo sprchy, protože na nevhodném povrchu podlahy hrozí uklouznutí.



Obrázek 3 Prodloužený mycí kartáč
(DMA Praha)

Lokomoce

Pomůcky pro lokomoci dopomáhají osobám k pohybu. U osob staršího věku se setkáváme s francouzskými holemi, dále s chodítky, vozíky mechanickými anebo elektrickými, holemi a podpažními berlemi.

U mechanických vozíků se ergoterapeut uplatňuje u správného zaměření vozíku. Důkladné změření je velmi důležité, protože je to většinou pomůcka, na které osoba tráví nejvíc času a je žádoucí, aby byla každé osobě přizpůsobena na míru. V případě, že by vozík byl nevyhovující, mohly by nastat komplikace jako například otláčeniny anebo dekubity, zkrácené svaly, nestabilita na vozíku atd. Ergoterapeut by měl po doporučení vhodného vozíku s pacientem trénovat základní manipulaci s vozíkem (Krivošíková, 2011, s. 312).

U berlí je vždy důležité zkontrolovat správné výškové nastavení, aby byl stoj a chůze ergonomický a co nejméně energeticky náročný (Obr. 4 a Obr. 5 s. 31). Při nesprávném nastavení dochází k nepřiměřené zátěži na různé segmenty (např. záda, krční páteř), která může mít nepříznivé dopady, jako jsou například ztuhlé svaly, bolesti v oblasti páteře, bolesti hlavy, zvýšená protrakce ramen je příčinou zkrácení prsních svalů, ochablé břišní svalstvo.

Jako příklad si můžeme uvést předsunuté držení hlavy, které může mít za následek bolest hlavy. Při předsunutém držení hlavy dochází k opakovanému přetěžování cervikokraniálního přechodu. Toto přetěžování podporuje spasmy hlubokých natahovačů krku, které mají na bolestech hlavy svůj podíl (Janda, Lewit, 2001, s. 2–3).



Obrázek 4 Stoj s nesprávně nastavenými berlemi



Obrázek 5 Stoj se správně nastavenými berlemi

S berlemi se trénuje chůze, ať už po rovině anebo po schodech. Je důležité dbát na vhodnou obuv pacienta, správný stereotyp chůze, aby nedošlo k nežádoucímu zranění například spadnutí při nesprávné chůzi do schodů. Při chůzi do schodů jdeme vždy stereotypem zdravá noha (DK), nemocná (nebo noha slabší) DK a až naposled se přidávají berle. Při chůzi do schodů terapeut vždy stojí za pacientem. Při chůzi ze schodů chůzi začínají chůzi berle, následuje postižená (nebo slabší) DK a nakonec zdravá (silnější) DK. Při chůzi ze schodů stojí terapeut před pacientem (Dupalová, 2012, s. 408–409).

Pomůcky pro IADL

V této oblasti se můžeme setkat s pomůckami pro přípravu jídla, na úklid, pomůckami pro komunikaci, v oblasti léků. Jako příklad si můžeme uvést drtič léků, který mohou využívat osoby se sníženou svalovou silou, osoby s problémem polykání nebo osoby, které potřebují léky podávat perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG). Další hojně využívanou pomůckou v oblasti podávání léků je půlič léků (Obr. 6), který je vhodný pro osoby se sníženou svalovou silou, u osob s poruchami polykání, u dětí apod.



Obrázek 6 Půlič léků (DMA Praha)

3.2.6 Jemná motorika

Jemnou motoriku můžeme definovat jako schopnost prstů obratně a kontrolovaně manipulovat s drobnými předměty na malém prostoru (Berger, Krul, Daanen, 2008, s. 145).

Do jemné motoriky spadá nejen aktivita prováděna rukama, ale i aktivita úst a nohou. Zahrnujeme zde všechny aktivity, kdy je třeba využít drobných svalových skupin (Vyskotová, Macháčková, 2013, s. 10).

K jemné motorice můžeme zahrnout manipulační aktivity, grafomotoriku, logomotoriku, oromotoriku, mimiku a vizuomotoriku (Opatřilová, 2005 in Hanák, 2005, s. 22-23).

Jako ergoterapeuti se v oblasti manipulačních funkcí můžeme zaměřit na řadu testování, přičemž nejvyužívanějšími testy jsou kolíčkové testy. Do kolíčkových testů řadíme Nine-Hole Peg Test, Purdue Pegboard, Functional Dexterity Test a Minnesotské rychlostní manipulační testy. Dále se využívají orientační testy, do kterých spadají videonahrávky, na které je možno

nahlédnout zpětně bez přítomnosti pacienta. Při testování terapeut nestihne zachytit drobné detaily, jelikož často musí kontrolovat sed pacienta, zda úkol provádí správně, zapisovat si údaje a ještě musí kontrolovat stopky. Další metodou jsou úkolové testy, které se zaměřují na složky ADL, přičemž nejznámějším testem je Jebsen-Taylor test. Jako další test si můžeme uvést Test manipulačních funkcí, který hodnotí pacienta pomocí stavebnice Ministav a skládá se z několika subtestů (Vyskotová, Macháčková, 2013, s. 97–107).

V rámci terapie se dají využít předměty, které má pacient doma, například kolíčky na prádlo, klíče, kelímky, knoflíky, tužky, špendlíky, víčka od lahví atd.

Při terapii mohou být aktivity různorodé, dá se pracovat s terapeutickou hmotou, přičemž se dá různě protlačovat, válet, tvarovat, uždibovat a podobně. Dalšími aktivitami s pacientem může být zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, trénink úchopů, u kterých postupujeme od jednodušších větších úchopů až po složitější, drobnější, úchopy. Mezi úchopy řadíme úchopy jemné, do nichž patří úchop pinzetový (Obr. 7), nehtový, klíčový (Obr. 8), špetkový, diskový a dynamický boční tříprstový úchop, který se využívá například při držení přístroje. Dalšími úchopy jsou silové úchopy, do kterých patří úchop válcový, kulový a dlaňový. Následují úchopy přechodné, které zahrnují úchop háčkový, který se uplatňuje při nošení tašek nebo jiných těžkých předmětů, dále diagonálně – dlaňový úchop, který se využívá, když se snažíme nakrájet jídlo příborem (Krivošíková, 2011, s. 193–197).



Obrázek 7 Ukázka tréninku pinzetového úchopu



Obrázek 8 Ukázka tréninku klíčového úchopu

V rámci grafomotoriky začínáme rozpohybováním horní končetiny směrem od ramene, respektive lopatky a končíme u drobných kloubů ruky. Jako úvodní rozcvičení můžeme zařadit malování prstem v písku anebo v jakékoliv sypké surovině, kterou si připravíme, kdy osoba bude obkreslovat velký kruh a tím se rozpohybuje celý pletenec. Následně se jako ergoterapeuti můžeme zaměřit na samotný úchop pera, který může vytvářet značné problémy. Můžeme vytvořit kompenzační pomůcku, která dopomůže k úchopu pera, nebo doporučit pacientovi správnou kompenzační pomůcku ze škály pomůcek, které jsou na trhu např. trojhranný nástavec, prstový nástavec, pero s ploškami pro uchopení. Jako vyrobenou pomůcku můžeme považovat molitanový míček, do kterého umístíme pero, a tak rozšíříme plochu uchopovaného předmětu (Obr. 9).

Poté terapeut pacientovi poskytne různé pracovní listy, ve kterých má pacient za úkol pouze vytvářet svislé a vodorovné čáry, obkreslit obrazce, vybarvovat atd. (Fajkusová, 2022, s. 31–36).



Obrázek 9 Kompenzační pomůcka pro grafomotoriku

3.2.7 Kondiční cvičení

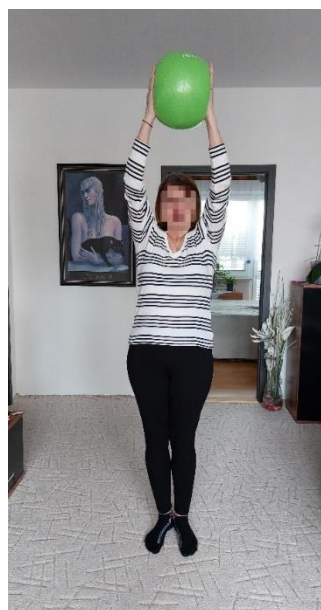
Každé kondiční nebo jiné cvičení začíná rozcvičkou, která je důležitá pro protažení a zahřátí organismu, aby nevzniklo žádné poranění (Křištofič, 2007, s. 12).

Do aktivit kondičního cvičení můžeme zařadit házení overballem, chůzi na místě, mostění, které je vhodné pro případný trénink oblékání na lůžku anebo pro pomoc nemocničnickému personálu při údržbě pacientova lůžka. Dalšími cviky jsou výdrž s overballem

ve vytažení nad hlavou (Obr. 11, s. 35), stlačování overballu mezi rukama (Obr. 12, s. 35), stlačování overballu mezi kolena, posilování s odporovými gumami, dosedy na židli (Obr. 10), trénink dosahů s výdrží (Obr. 13) Cílem kondičního cvičení je, aby byl pacient schopen si cviky zapamatovat a zařazoval je do každodenního života. Nikdy pacienty nezahlcujeme velkým množstvím cviků, raději volíme menší počet cviků, které budou kvalitně provedené. Jestliže má pacient problémy se zapamatováním si cviků, je vhodné mu cviky přepsat, nebo umožnit vyfotografování nebo natočení cvičení na telefon.



Obrázek 10 Trénink
dosedů



Obrázek 11 Výdrž s
overballem nad hlavou



Obrázek 12 Stlačování
overballu mezi dlaněmi



Obrázek 13 Trénink
dosahů

3.2.8 Autoterapie

Při každém setkání je vhodné pacientovi sdělit, že terapie, kterou s námi terapeuti absolvuje nestačí a je nutné pokračovat v terapii i samostatně či za pomoci rodinných příslušníků. Terapeut si vždy musí být jistý, že pacient cviky chápe, bezpečně je zvládá, ví jak často a s jakou intenzitou má cvičit. Pro ověření si terapeut nechá cviky pacientem předvést a případné chyby opraví. Je možno si cviky v terapii nafotit, nebo natočit, aby se pacient mohl zpětně podívat na provedení cviků a mohl ho případně někdo z rodiny korigovat.

Jednou z možností kontroly pacientova cvičení je zavedení deníku, kde si bude zaznamenávat jednotlivé cviky, které odcvičil, počet opakování a kolikrát za den toto cvičení zopakoval. Můžeme zde nechat i kolonku pro případné poznámky pacienta, kde může zaznamenávat, jak se u cvičení cítil, nebo zda nenastaly nějaké potíže při cvičení například bolest, která donutila pacienta cvičení zanechat.

Autoterapie se bude týkat vždy oblastí, na které jsme v terapii s pacientem cílili, tudíž se může zaměřovat na fyzickou stránku pacienta, ale i na tu kognitivní. Jestliže se budeme zaměřovat na fyzickou stránku, počet opakování cviků by měl být ideálně 3-5. Cviky se odkazují na proběhlou terapii, v případě ukázek terapie v bakalářské práci bychom dbali na cviky provedené v rámci kondičního cvičení, a to konkrétně dosedy na židli, stlačování overballu mezi dlaněmi, výdrž s overballem nad hlavou a trénink dosahů s výdrží. Co se týče kognitivních funkcí, opět bychom měli navazovat na proběhlou terapii, konkrétně u ukázek tréninku paměti a reflexů bychom se zaměřovali na aplikace Memo game a Reflex, kde lze přímo v aplikaci sledovat pokrok pacientů.

Závěr

Ergoterapie v domácím prostředí je téma značně opomíjené, čemuž nasvědčuje i nedostatek odborných článků zabývajících se problematikou ergoterapie v domácím prostředí. Ve výsledcích nejnovějších studií se však autoři přiklání k pozitivnímu významu rehabilitace v domácím prostředí, přičemž je důležitá podpora nejbližší rodiny.

Rodina má v terapii také svůj význam, na čemž se shoduje většina autorů. Několik autorů však také poukázalo na to, že rodina může působit v terapii rušivě, a to jednak pro terapeuta, tak i pro pacienta.

V terapii se ergoterapeut může zaměřovat na celou řadu činností a aktivit, vždy však terapie směřuje k individualizaci směrem k pacientovi. Může se zaměřovat na kognitivní, senzorickou i fyzickou stránku pacienta.

Z článků vyplynulo, že ačkoliv je ergoterapie v domácím prostředí v České republice málo využívaná, své místo zde zaujímá, čemuž nasvědčuje souhrn zařízení poskytujících ergoterapii v domácím prostředí. Velkou část řešerše zaujala distanční terapie, přičemž z článků vyplynulo, že největší rozvoj v této oblasti nastal v roce 2020–2022 vlivem pandemie Covid-19, kdy byli všichni nuceni přizpůsobit se vzniklé situaci.

Pro ucelenou představu o problematice ergoterapie v domácím prostředí byla v první kapitole popsána profese ergoterapeuta, možnosti jeho uplatnění, oblasti ergoterapie, a oblast ADL, která tvoří velkou část práce ergoterapeuta. Také byla krátce představena Česká asociace ergoterapeutů, jež je jedinou organizací sdružující ergoterapeuty v České republice. Následující kapitola pojednávala o významu ergoterapie v domácím prostředí, legislativním ukotvením, problematikou českých pojišťoven a ČAE, která v době pandemie Covid-19 usilovala o zavedení kódu pro distanční terapii, spoluprací s rodinou, výhodami a nevýhodami terapie v domácím prostředí a současnou soukromou ergoterapeutickou praxí. V poslední kapitole byly shrnuty možnosti ergoterapeutické intervence v domácím prostředí klienta v oblastech kognice, ADL, hodnocení domácího prostředí, kondičního cvičení, kompenzačních pomůcek, jemné motoriky a poradenství, přičemž zde bylo využito vlastních fotografií pro ukázkou terapie v jednotlivých oblastech.

Bakalářská práce měla hlavní cíl zjistit význam ergoterapie v domácím prostředí. Ve vyhledaných studiích a člancích byla zmíněna důležitost domácího prostředí, byla vyzdvihnuta potřeba kompenzačních pomůcek a jejich vyzkoušení v domácím prostředí a výhody a nevýhody terapie v domácím prostředí. Z bakalářské práce vyplynulo, že náklady na poskytování péče u pacientů po CMP ve zdravotnickém zařízení jsou oproti nákladům na

poskytování péče v domácím prostředí vyšší, zároveň vyplynulo, že dochází ke zlepšení mobility, ADL a pasivních a aktivních pohybů končetin.

Myslím si, že poskytování ergoterapeutické péče v domácím prostředí má smysl pro širokou škálu pacientů a je škoda, že v České republice nemá podporu ze stran pojišťoven. Dle mého názoru by ergoterapeuti, kteří jsou součástí ČAE měli nadále usilovat o zavedení kódu pojišťoven pro ergoterapii v domácím prostředí.

Referenční seznam

- About Occupational Therapy, 2023, World Federation of Occupational Therapists | WFOT [online]. World Federation of Occupational Therapists. [cit. 04.05.2023]. Dostupné z: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- American Occupational Therapy Association. 2023. Home modifications and key community partnerships [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.aota.org/practice/practice-settings/home-modifications-key-community-partnerships>
- Armandi Therapy Clinic. 2023. Ergoterapie – online poradenství [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.atc.life/ergoterapie-online-poradenstvi/>
- BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6289-0.
- BÁRTLOVÁ, S., 2006. Position of lay care givers in taking care of seniors and patients. *Kontakt* [online]. **8**(2), 235-239 [cit. 2023-04-04]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2006.040.
- BÁRTLOVÁ, S. 2002. Sociologická problematika laické péče o seniory a nemocné. *Sestra*. Praha: Strategie Praha. 10: 23–24. ISSN 1210-0404.
- BERGER, M., KRUL A. J. a DAANEN, H. 2009. Task specificity of finger dexterity tests. *Applied Ergonomics* [online]. **40**(1), 145-147 [cit. 2023-04-08]. ISSN 00036870. Dostupné z: doi:10.1016/j.apergo.2008.01.014.
- BISHOP, A., BROTT, T., 2020. Digital age of occupational therapy home visits. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 14-18., ISSN 1171-0462.
- BUBENÍČKOVÁ, H., KARÁSEK, P., PAVLÍČEK, R., 2012. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, ISBN 978-80-260-1538-3.
- Centrum KOMPRES, 2023. Návod pro domácí rehabilitaci [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://cedrops.cz/navody-pro-domaci-rehabilitaci/>

- CREPEAU, E. B., COHN, E. S., BOYT SCHELL, B. A. 2003. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 10.: Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 0-7817-2798-7.
- Česká asociace ergoterapeutů, 2008. O nás [online]. [cit. 17-04-2023]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-nas/>
- Český statistický úřad, 2021. Věkové složení obyvatel k 31. 12. (základní skupiny) - Počet obyvatel celkem [online]. [cit. 12-03-2023]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEMZU06&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&str=v625>
- DUPALOVÁ, D. 2012. Péče o pacienta s poruchou hybnosti v domácím prostředí – rehabilitační aspekty. *Medicína pro praxi*, 9(10): 406-409. ISSN 1803-5310.
- Ergoterapie Plzeň. 2020. Online konzultace [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://ergoterapie-plzen.cz/online-konzultace/>
- FAJKUSOVÁ, E. 2022. *Aktivity pro rozvoj grafomotoriky u osob po cévní mozkové příhodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-6192-2.
- FyzioAktiv. 2023. Ergoterapie pro děti [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.fyzioaktiv.cz/ergoterapie-pro-deti/>
- GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, M. 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-317-6.
- CHEN, Y., CHEN, Y., ZHENG K., et al. 2020. A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. 27(2), 81-92 [cit. 2023-04-13]. ISSN 1074-9357. Dostupné z: doi:10.1080/10749357.2019.1683792.
- CHIATTI, C., IWARSSON, S. 2014. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 21(5), 323-333 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2014.900109.

- CHOI, J. S., KANG, D. W., SEO J. W., KIM, D. H., YANG S. T., TACK, G. R. 2016. The development and evaluation of a program for leg-strengthening exercises and balance assessment using Kinect. *Journal of Physical Therapy Science* [online]. **28**(1), 33-37 [cit. 2023-04-02]. ISSN 0915-5287. Dostupné z: doi:10.1589/jpts.28.33.
- JANDA, V., LEWIT, K. 2001. Bolesti hlavy myoskeletální etiologie [online]. *Doporučené postupy pro praktické lékaře, projekt ČSL JEP*. Dostupné z: <https://www.tevapoint.cz/storage/app/media/doporucene-postupy/bolest/Bolesti-hlavy-myoskelet%C3%A1ln%C3%AD-etiologie.pdf>
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ M. 2007. Koncepce oboru ergoterapie [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, [cit. 2022-12-11]. Dostupné na: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf.
- JELÍNKOVÁ, J., 2009. Rodina a její místo v péči o klienta. In JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JELÍNKOVÁ, J. 2009. Rozdělení běžných denních činností. In JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KLUSOŇOVÁ, E. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOCH, L., WOTTRICH A. W., HOLMQVISTL. W. 2009. Rehabilitation in the home versus the hospital: The importance of context. *Disability and Rehabilitation* [online]. **20**(10), 367-372 [cit. 2023-04-13]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi:10.3109/09638289809166095.
- KOLÁŘ, P., MÁČEK M. 2015. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-219-0.
- KRIŠTOFIČ, J. 2007. *Kondiční trénink: 207 cvičení s medicinbaly, expandery a aerobary*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-623.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

- LOEWEN, S. C., ANDERSON, B. A. 1988. Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index. *Physical Therapy* [online]. **68**(7), 1077-1081 [cit. 2023-03-22]. ISSN 0031-9023. Dostupné z: doi:10.1093/ptj/68.7.1077.
- MAHONEY F., BARTHEL, D. 1965. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal* 14:56-61. [online]. [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: doi:10.1037/t02366-000.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2011 [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/legislativa/>
- My Clinic, 2023. Ergoterapie [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.myclinic.cz/ergoterapie>
- OPATRĚILOVÁ, D., 2005. Grafomotorika, jemná motorika, hrubá motorika. In HANÁK, P., *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPPP, ISBN 978-80-86856-89-6
- Ordinace MUDr. Jaroslav Haman [online]. [cit. 12.05.2023]. Dostupné z: http://www.ordinacehaman.cz/tl_files/ke%20sta%C5%BEen%C3%AD/Addenbrooksky%20kognitivni%20test.pdf
- PĚTIOKÝ, J., HOIDEKROVÁ, K., TRTÍLKOVÁ, M. 2021. Telerehabilitation: current development in the Czech Republic. *Listy klinické logopedie* [online]. **5**(2), 44-49 [cit. 2023-03-30]. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2021.030.
- PĚTIOKÝ, J., HOIDEKROVÁ, K., GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ, M. 2022. Digitalizace a telehealth – telemedicína v rehabilitaci v českém prostředí. *Vnitřní Lékařství*, vol. 68, iss. 3, p. 166-171.
- Prodloužený mycí kartáč BA 7155 - DMA Praha – zdravotnické pomůcky. [online]. [cit. 17.04.2023]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/ba-7155_z871/
- Půlič prášků HA 4128 - DMA Praha – zdravotnické pomůcky. [cit. 17.04.2023]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/ha-4128_z575/

- RAYMOND, M. H., FELDMAN D. E., DEMERS, L. 2020. Referral Prioritization in Home Care Occupational Therapy: A Matter of Perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. **87**(3), 182-191 [cit. 2023-04-13]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/0008417420917500.
- SEMAFORhome. Identifikace architektonických bariér v domácím prostředí [online] cit. 11.04.2023]. Dostupné z: <http://www.semaforhome.com/>
- SEMAFORhome. Popis metodiky [online] cit. 11.04.2023]. Dostupné z: <http://www.semaforhome.com/cs/popis-metodiky/>
- Uniform Terminology — Third Edition: Application to Practice, 1994. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **48**(11), 1055-1059 [cit. 2023-03-30]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.48.11.1055
- VÁVROVÁ, B. *RehaBaru* [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://rehabaru.eu/>
- VÍTOVÁ, V. *Hnízdo* [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <http://www.hnizdo.info/odkazy.htm>
- VYSKOTOVÁ, J., MACHÁČKOVÁ K., 2013. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4698-2.
- WAKEFORD, L. et al., 2005. Telerehabilitation Position Paper, *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **59**(6), 656-660 [cit. 2023-03-22]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.59.6.656.
- WARD, D., DRAHOTA, A., GAL, D., SEVERS M., DEAN, T. P. 2008. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. (4)18 [cit. 2023-03-16]. ISSN 1465-1858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD003164.pub2.
- WEISS, Z., SNIR, D., KLEIN, B., et al. 2004. Effectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research* [online]. **27**(2), 119-125 [cit. 2023-04-13]. ISSN 0342-5282. Dostupné z: doi:10.1097/01.mrr.0000128059.54064.58.

World Federation of Occupational Therapists. 2020. Occupational Therapy Human Resources Project [online]. [cit. 17-04-2023]. Dostupné z: <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2020-alphabetical>

World Federation of Occupational Therapists, 2023. About Occupational Therapy, [online]. [cit. 04.05.2023]. Dostupné z: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Zákony pro lidi [online]. 2011. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Seznam zkratk

ADL	Activities of daily living – běžné denní aktivity
ASI	Asociace senzorické integrace
BI	Barthel Index
CMP	Cévní mozková příhoda
COTEC	Council of Occupational Therapists for The European Countries
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
DK	Dolní končetina
FIM	Test funkční míry nezávislosti, Functional Independent Measure
iADL	Instrumentální všední denní činnosti
MIV	Mechanický invalidní vozík
MMSE	Mini-mental state examination
MoCA	Montrealský kognitivní test
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů
pADL	Personální všední denní činnosti
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
SEMAFOR home	Smart Evaluation Methodology of Accessibility for HOME
VoZp	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Seznam obrázků

Obrázek 1 Ukázka tréninku sebesycení	28
Obrázek 2 Ukázka tréninku pití	28
Obrázek 3 Prodloužený mycí kartáč (DMA Praha)	31
Obrázek 4 Stoj s nesprávně nastavenými berlemi.....	32
Obrázek 5 Stoj se správně nastavenými berlemi.....	32
Obrázek 6 Půlič léků (DMA Praha).....	33
Obrázek 7 Trénink pinzetového úchopu.....	35
Obrázek 8 Trénink klíčového úchopu.....	35
Obrázek 9 Kompenzační pomůcka pro grafomotoriku.....	36
Obrázek 10 Trénink dosedů.....	38
Obrázek 11 Výdrž s overballem nad hlavou.....	38
Obrázek 12 Stlačování overballu mezi dlaněmi.....	38
Obrázek 13 Trénink dosahů.....	38

Seznam příloh

Příloha 1 Adenbrookský kognitivní test (ordinacehaman).....	49
--	----

Přílohy

Příloha 1 Adenbrookský kognitivní test (ordinacehaman)

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST

Jméno a příjmení	XX	Datum vyšetření	17. 4. 2023
Datum narození	29. 3. 1955	Administrátor	Natálie Šíková
Délka vzdělání (roky)	11		
Dosažený stupeň vzdělání	UČILŮSTĚ	Laterálita	pravák <input checked="" type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

Který je dnes den v týdnu? <input checked="" type="checkbox"/>	Jaké je roční období? <input checked="" type="checkbox"/>	Ve kterém jsme městě? <input checked="" type="checkbox"/>
Kolikátého je dnes? <input checked="" type="checkbox"/>	Jak se jmenuje budova, ve které jsme? <input checked="" type="checkbox"/>	V jakém jsme kraji? <input checked="" type="checkbox"/>
Který máme nyní měsíc? <input checked="" type="checkbox"/>	V kolikátém jsme poschodí? <input checked="" type="checkbox"/>	V jaké jsme zemi? <input checked="" type="checkbox"/>
Který máme nyní rok? <input checked="" type="checkbox"/>		

(Skóre 0-10)

10 10

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

POZORNOST A ORIENTACE

2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko klíč balón

■ Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:
„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“
Po pacientovi požádáme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (příčímž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).
Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování

(Skóre 0-3)

3 3

POZORNOST A ORIENTACE

3. POZORNOST A POČTY

■ Požádejte pacienta:
„Nyní odečtete číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93 T | 86 **87** S | 79 **80** E | 72 **63** C | 65 **57**

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).
Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

■ Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:
„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“
Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

(Skóre 0-5)

3 3

POZORNOST A ORIENTACE

4. PAMĚT – VYBAVENÍ

■ Zeptejte se pacienta:
„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(e) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko klíč balón

Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

(Skóre 0-3)

3 3

POZORNOST A ORIENTACE

5. PAMĚT – ANTEROGRADNÍ PAMĚT

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“
Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák			✓
Sadová ulice 73			✓
Hostěnice			✓
Liberec			✓

(Skóre 0-7)

7 7

PAMĚT

Final Revised Version A – 2005 © Pflzar, 2007

6. PAMĚT – RETROGRADNÍ PAMĚT

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

4

PAMĚT

7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	pytel	8	padák	15	pelynk	22	
2	padák	9	puget	16	pyl	23	
3	párátka	10	papír	17	pokladna	24	
4	paravan	11	plechovka	18	párek	25	
5	prasklina	12	pergola	19		26	
6	prkno	13	práh	20		27	
7	paraple	14	pdorys	21		28	

Počet slov Odpovídá skóre

>17 7

14–17 6

11–13 5

8–10 4

6–7 3

4–5 2

2–3 1

<2 0

(Skóre 0–7)

7

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	antilopa	9	zajíc	17	žába	25	pes
2	husa	10	krocan	18	kapr	26	kocour
3	býk	11	vrána	19	velryba	27	žížala
4	vlk	12	koza	20	delfin	28	
5	kráva	13	prase	21	žralok	29	
6	ovce	14	zebra	22	mravenec	30	
7	jelen	15	slon	23	motýl	31	
8	dank	16	žirafa	24	škvor	32	

Počet slov Odpovídá skóre

>21 7

17–21 6

14–16 5

11–13 4

9–10 3

7–8 2

5–6 1

<5 0

(Skóre 0–7)

7

VERBÁLNÍ FLUENCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na listu pro pacienta a požádejte hoji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

1

1

- 8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl. Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

3

3

JAZYK

9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“
Použijte List pro pacienta.

(Skóre 0-1)

1 1

Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

(Skóre 0-2)

10a nosorožec výstřednost nesrozumitelný statistik

2

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

10b „Více než, naopak a podobně.“

(Skóre 0-1)

1 1

10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

(Skóre 0-1)

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

0

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

tužka + hodinky
(Skóre 0-2)

2

Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.

všech 12 obrázků
(Skóre 0-12)

12



12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

(Skóre 0-4)

4

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

13. JAZYK – ČTENÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní přečtete následující slova.“
Použijte List pro pacienta.

(Skóre 0-1)

1

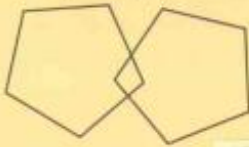
šít litr saze těsto výška

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětúhelníky

- Požádejte pacienta: „Překreslete následující dvourozměrný obrázek.“
U pětúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.
Použijte List pro pacienta.



Příklad:
Správně = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



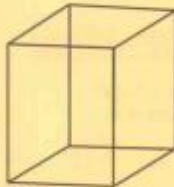
(Skóre 0-1)

1

1

14b Kostka

- Požádejte pacienta: „Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0-2)

1

14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

(Skóre 0-5)

4

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěné v kruhu, 2x číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

Skóre 5



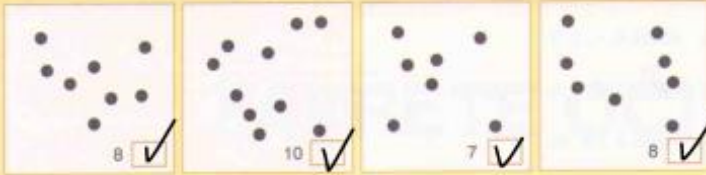
15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.“
Použijte List pro pacienta.

(Skóre 0–4)

4

Přiděleme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.



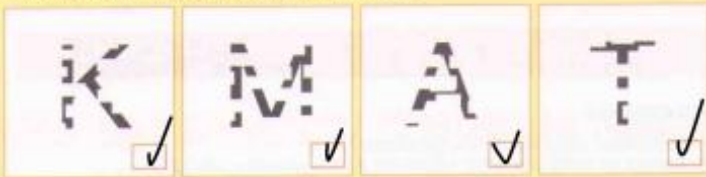
16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „Přečtěte následující písmena.“
Použijte List pro pacienta.

(Skóre 0–4)

4

Přiděleme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: „Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“

(Skóre 0–7)

7

Přiděleme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

Martin	<input checked="" type="checkbox"/>	Dvořák	<input checked="" type="checkbox"/>
Sadová	<input checked="" type="checkbox"/>	ulice	<input checked="" type="checkbox"/>
Hostěnice	<input checked="" type="checkbox"/>	73	<input checked="" type="checkbox"/>
Liberec	<input checked="" type="checkbox"/>		

18. ZNOVUPOZNAVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0–5)

5

- Pacientovi řekněte: „Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smichov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

CELKOVÉ SKÓRE					
ACE-R	95	/100	MMSE	28	/30

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	16	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	26	/26
Verbální fluence	úloha č. 7a, 7b	14	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	25	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a-c, 15, 16	14	/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru demenčních pacientů ve věku 46-86 let a kontrolní skupině ve věku 52-75 let.

VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech - viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení - recall).

<i>(nezvládají pacienti s FTD)</i>							
POMĚR	Verbální fluence <i>(viz subskóre)</i>	14	+	Jazyk <i>(viz subskóre)</i>	25	= 1,7	Jestliže < 2,2 = FTD Jestliže > 3,2 = ACH
	Orientace <i>(viz subskóre)</i>	16	+	Paměť <i>(pouze úloha č. 17)</i>	7		
<i>(nezvládají pacienti s ACH)</i>							

III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a-c, 15, 16).

IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově oddělené provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

Kruh

1 bod - za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body - pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod - pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěné

Umístění ručiček

2 body - obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod - pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod - pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku

nebo 1 bod - pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

INSTRUKCE

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

Bliží se svátek, musím uklízet.

11.

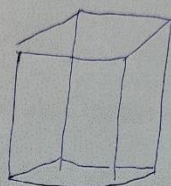
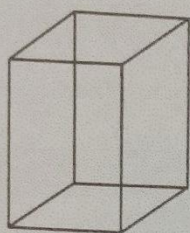
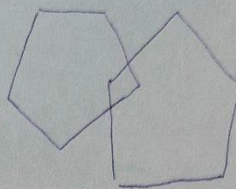
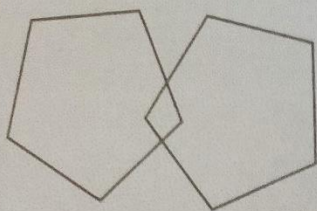


JAZYK

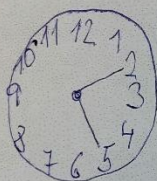
13.

šít litr těsto
saze výška

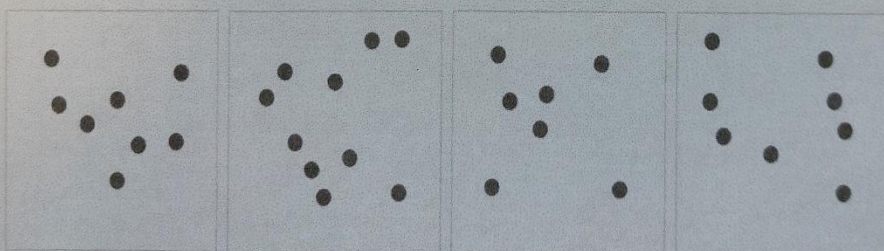
14.



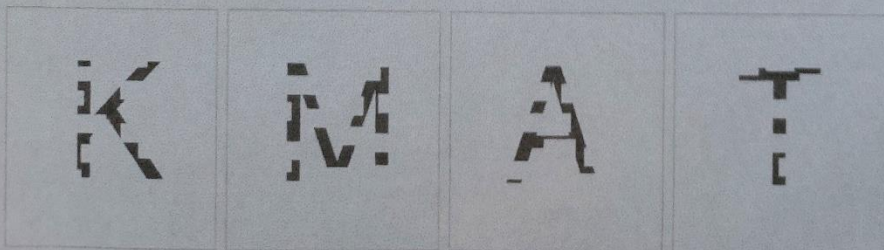
Hodiny



15.



16.



ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI