

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Marcela Kučerová, DiS.,

**Možnosti využití prvků kinestetické mobilizace u vybraných osob seniorského věku v  
zařízení Domov Hrubá Voda**

Olomouc 2018

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

## **PROHLÁŠENÍ**

Já, níže podepsaná Marcela Kučerová, prohlašuji, že uvedená práce byla vypracována na základě subjektivních myšlenek, s použitím uvedené literatury a zdrojů a za pomoci vedoucího práce.

V Olomouci dne 15. 04. 2018

.....

Marcela Kučerová, DiS

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi Ph.D., za laskavý přístup a také za podporu ze strany mé rodiny a kolegů.

## **OBSAH:**

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 STÁŘÍ (SENIUM).....	10
1.1 Osoba seniorského věku .....	10
1.2 Základní charakteristiky stárnutí a stáří.....	11
1.2.1 Stárnutí.....	11
1.2.2 Stáří.....	12
1.3 Periodizace stáří.....	14
1.4 Charakteristické změny ve fyzické dimenzi stárnoucího člověka .....	16
1.4.1 Pohybový aparát.....	16
1.4.2 Kardiopulmonální systém .....	17
1.4.3 Trávicí systém.....	17
1.4.4 Pohlavní a vylučovací systém.....	17
1.4.5 Kožní systém.....	17
1.4.6 Smyslové orgány.....	17
1.4.7 Nervový systém .....	18
1.5 Charakteristické změny v psychosociální dimenzi stárnoucího člověka.....	18
1.6 Geriatrické syndromy.....	20
1.6.1 Syndrom imobility (imobilizační syndrom).....	20
1.6.2 Syndrom dekondice a hypomobility .....	21
1.6.3 Syndrom psychické alterace .....	21
1.7 Gerontologie, geriatrie a gerontagogika (gerontopedagogika) .....	21
1.7.1 Stáří z pohledu speciálněpedagogické gerontagogiky .....	22



1.8	Historické hledisko v péči o seniory .....	24
1.9	Systém současné sociálně – zdravotní péče o seniory v České republice .....	25
1.9.1	Domácí péče.....	27
1.9.2	Institucionální péče zdravotní a sociální.....	28
1.9.3	Standardy kvality sociální péče .....	30
1.9.4	Pracovníci v pobytových sociálních službách .....	32
1.9.5	Domovy pro seniory .....	34
1.9.6	Specifika péče o seniory se zdravotním postižením .....	35
1.9.7	Specifika péče o seniory s diagnózou demence.....	36
2	DEMENCE VE STÁŘÍ .....	41
2.1	Klasifikace demencí.....	42
2.1.1	Klasifikace demence dle různých náhledů.....	42
2.1.2	Klasifikace demence dle MKN-10.....	44
2.1.3	Klasifikace demence dle DSM 5.....	45
2.1.4	Příznaky, průběh a charakteristické změny u Alzheimerovy nemoci.....	45
2.1.5	Příznaky, průběh a charakteristické změny u ischemicko-vaskulární demence.....	47
2.2	Soběstačnost a funkční stav .....	48
3	PODPORA POHYBU SENIORŮ V OBLASTI ADL PRVKY KINESTETICKÉ MOBILIZACE.....	51
3.1	Pohyb, jeho funkce a význam v péči o seniory.....	51
3.2	Změny ovlivňující pohyb seniora .....	52
3.3	Funkční geriatrické vyšetření.....	54
3.3.1	Hodnocení ADL z pohledu ergoterapie .....	56
3.3.2	Intervenční strategie zaměřené na nácvik ADL v ergoterapii .....	58

3.4	Kinestetika v kontextu speciálně pedagogické gerontagogiky .....	59
3.4.1	Kinestetické principy .....	62
3.4.2	Možnosti konceptu v preventivní mobilizaci.....	67
3.4.3	Hodnocení ADL z pohledu kinestetiky.....	68
PRAKTICKÁ ČÁST .....		70
ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI.....		70
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	71
4.1	Cíl šetření.....	71
4.2	Metodologie .....	72
4.2.1	Případová studie – Kazustika.....	72
4.2.2	Anamnéza .....	73
4.2.3	Pozorování .....	73
4.3	Organizace výzkumného šetření.....	74
4.4	Charakteristika výzkumného vzorku .....	76
4.5	Charakteristika místa šetření.....	76
4.6	Charakteristika metodického postupu v oblasti preventivní mobilizace .....	77
4.6.1	Fáze zahřátí „ <i>Warm-Up</i> “ .....	77
4.6.2	Fáze funkční trénink – změna pozice.....	78
4.6.3	Fáze zklidnění „ <i>Cool-Down</i> “ .....	80
5	UPLATNĚNÍ KONKRÉTNÍCH PRINCIPŮ PREVENTIVNÍ MOBILIZACE V OBLASTI ADL U VYBRANÝCH SENIORŮ V DOMOVĚ HRUBÁ VODA.....	82
5.1	Konkrétní metodické postupy .....	82
5.2	Kazuistika č. 1.....	83
5.2.1	Základní údaje uživatelky č. 1 .....	84
5.2.2	Anamnéza .....	85

5.2.3	Charakteristika stavu uživatelky na počátku výzkumného šetření .....	86
5.2.4	Závěr kazuistiky č. 1 .....	98
5.3	Kazuistika č. 2.....	98
5.3.1	Základní údaje uživatele č. 2 .....	98
5.3.2	Anamnéza .....	99
5.3.3	Charakteristika stavu uživatele na počátku výzkumného šetření .....	100
5.3.4	Pozorování uživatele od ledna 2017 do konce června 2017 .....	101
5.3.5	Pozorování uživatele č. 1 dne 4. 1. 2017 .....	101
5.3.6	Závěr kazuistiky č. 2.....	106
5.4	Kazuistika č. 3.....	107
5.4.1	5.4.1 Základní údaje uživatelky č. 3 .....	108
5.4.2	Anamnéza .....	108
5.4.3	Charakteristika stavu uživatelky na počátku výzkumného šetření .....	109
5.4.4	Závěr kazuistiky č. 3.....	120
	DISKUZE .....	121
	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	124
	ZÁVĚR.....	126
	SEZNAM ODKAZŮ A POUŽITÉ LITERATURY.....	128
	SEZNAM ZKRATEK .....	148
	SEZNAM PŘÍLOH.....	149

## ÚVOD

Při výběru tématu závěrečné práce hrála roli oblast naší specializace „*Somatopedie*“. Z tohoto důvodu se budeme zaměřovat na podporu pohybu seniorů s omezením hybnosti v oblasti personálních všedních denních aktivit v rámci stále se rozšiřujících profesionálních kompetencí speciálního pedagoga, které již výrazně přesahují rámec edukace a zahrnují také terapie, prevenci, poradenství, zaměstnávání a socializaci osob s omezením hybnosti.

Mezi frekventovaně využívané terapeutické přístupy patří i zdravotnický obor „*Ergoterapie*“, který: „*prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností...*“ (Česká asociace ergoterapeutů in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Osoby seniorského věku představují velmi početnou klientelu ve speciálně pedagogické a ergoterapeutické praxi v oblasti všedních denních aktivit, které tvoří také průsečík těchto dvou oborů. Díky praxím vykonávaným v průběhu našeho studia v zařízeních sociálních služeb pro seniory, nemohla zůstat nepovšimnuta neznalost a neobratnost téměř všech pečujících v oblasti terapeutických přístupů a jejich možností, usnadňujících bezpečný pohyb uživatele a zabraňující jeho pasivitě. Hledali jsme tedy vhodnou variantu, která by nebyla profesně omezena a mohli ji v oblasti všedních denních činností využívat jak speciální pedagogové, tak i ergoterapeuti.

V zařízení Domov Hrubá Voda jsme narazili na koncept „*Kinestetické mobilizace*“, kterému se také budeme věnovat. Zaujal nás pro svou variabilitu a možné široké uplatnění na poli speciální pedagogiky, přímé péče, zdravotníků, lékařů a všech pečujících osob. Jeho přínos pro speciální pedagogiku spatřujeme v právě již zmíněné oblasti všedních denních aktivit, zejména personálních. Pozice speciálního pedagoga není v organizační struktuře nejen tohoto zařízení bohužel zakotvena a v oblasti nácviku všedních denních činností by měla své opodstatnění. Koncept vykonávají pracovníci přímé péče, aktivizační pracovníci v součinnosti s ergoterapeutkou či fyzioterapeutkou. V našem případě se bude jednat o spolupráci pracovníků přímé péče a ergoterapeutky.

Teoretická část této bakalářské práce bude členěna do tří hlavních kapitol. V první kapitole vymezíme především stárnutí a stáří v obecné rovině, specifikujeme konkrétní geriatrické syndromy a v druhé kapitole se zaměříme na syndrom demence. Zmíníme zde pouze

ta onemocnění a témata, která korespondují s praktickou částí našeho výzkumu. Ve třetí kapitole uvedeme změny ovlivňující pohyb seniora, funkční geriatrické vyšetření, konkrétně oblast funkčních schopností, kde opět budeme v kontextu praktické části informovat o hodnocení všedních denních činností z pohledu ergoterapie, jako již uvedeného výše jmenovaného průsečíku tohoto oboru a speciální pedagogiky. Charakterizujeme zde také možné intervenční strategie, uplatňované při nácviku personálních všedních denních aktivit nejen v ergoterapii. V podstatné části třetí kapitoly se budeme věnovat podpoře pohybu ve formě „*Konceptu kinestetické mobilizace*“ dále jeho principům, možnostem konkrétně v oblasti preventivní mobilizace a hodnocení všedních denních aktivit nejen z pohledu konceptu.

Ve výše jmenovaném zařízení provedeme rovněž realizaci praktické části našeho výzkumného šetření, ve kterém se budeme zabývat již konkrétními možnostmi kinestetické mobilizace v rozsahu preventivní mobilizace, uplatňované pracovníky přímé péče. Ověříme si, zda prostřednictvím zvoleného metodického postupu dochází ke zlepšení, již zjištěných problematických oblastí PADL. Celý tento proces se budeme snažit přiblížit prostřednictvím třech pozorovaných klientů a jejich případových studií. Zaměříme se na popis celého průběhu práce s uživateli a změny v jejich sebeobsluze, chování a zdravotním stavu.

Ústředním cílem výzkumného šetření je popsat fenomén kinestetické mobilizace, konkrétně v rozsahu preventivní mobilizace a jeho efektivitu v oblasti personálních všedních denních činností u vybraných osob seniorského věku se syndromem imobility v důsledku psychické alterace, se syndromem dekondice a hypomobility bez přítomnosti syndromu psychické alterace a se syndromem dekondice a hypomobility za přítomnosti syndromu psychické alterace. Dále výsledky dosažené pozorováním uživatelů porovnat s výchozím stavem a vymezit změny, které nastaly v důsledku pravidelného provádění stanoveného metodického konceptu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 STÁŘÍ (SENIUM)

V této kapitole vymezíme osobou seniorského věku, základní charakteristiku stárnutí a stáří, jeho periodizaci dle několika autorů. Okrajově definujeme charakteristické změny ve fyzické i psychické dimenzi stárnoucího člověka, významné geriatrické syndromy v návaznosti na naši praktickou část. Uvedeme vědy zabývající se problematikou stáří z různých aspektů. V závěru této kapitoly se krátce zmíníme o historii péče a charakterizujeme současný systém sociálně – zdravotní péče o seniory v České republice (dále jen ČR).

### 1.1 Osoba seniorského věku

Tato věková kategorie tvoří velmi osobitou cílovou skupinu a v dnešní době odbornou veřejností a médií velmi diskutovanou (Maršálek, 2014).

V odborné gerontologické i psychologické literatuře jsme hledali vhodné pojmenování osoby, prožívající toto období a názory autorů ve vztahu k jejich označení. Během studia možných zdrojů, jsme se setkávali s různými termíny i hledisky. Nejčastěji se však objevovalo pojmenování: geront, stařec a stařena, důchodce, starý člověk, senescent, senior, osoba seniorského věku (Tošnerová, 2002; Kalvach, Onderková, 2006; Dienstbier, 2009; Haškovcová, 2010). První tři na nás působily pejorativně a pro účel naší práce jsme se s nimi zcela neztotožnili, ale pro úplnost výčtu je zde uvádíme.

Pojem geront je v odborné gerontologické literatuře velmi častý. Pacovský uvádí jeho možnost obojpolhaviho vnímání a Příbyl ho v této souvislosti zmiňuje jako označení spíše pro nesoběstačné seniory (Pacovský, 1981; Příbyl, 2015).

Titul stařec a stařena je dle Sýkorové odborně sice správný, avšak laikovi se může vybatit člověk těžce stářím zkoušený, což není vždy pravdou (Sýkorová, 2007).

Vidovicová (2008) a Příbyl (2015) zmiňují označení důchodce, které hodnotí jako nepřijatelné, neboť vybízí k vnímání člověka z pohledu příjmu dávky důchodového pojištění a ukončení aktivního pracovního procesu.

Čornaničová (in Petřeková, 2004) uvádí k termínu starý člověk kritiku negativního citového náboje, vyznívajícího z materiálů Organizace spojených národů. Z našeho úhlu pohledu se jeví tento pojem jako popis přirozeného faktu.

Ve starší psychologické literatuře, jak uvádí Petřková s Čornaničovou (2004), lze nalézt pojem senescent. V současné moderní literatuře věnující se staří se však již příliš nepoužívá.

Závěr výčtu uzavřeme termíny senior a osoba seniorského věku, které budeme také používat v rámci naší bakalářské práce. Tato označení se objevují již téměř ve všech moderních publikacích, věnujících se problematice stárnutí a stáří a lze jimi označovat člověka v celém průběhu závěrečné etapy lidského života, bez ohledu na jeho míru soběstačnosti (Maršálek, 2014). Mlýnková (2011) a Holmerová (2014) dodává, že jsou to pojmy emočně neutrální, přijatelné pro různé vědecké disciplíny.

Kromě zmiňovaných označení osob, prožívajících stáří a názorů či postojů autorů bychom ještě dodali i samotné vymezení pojmu senior. Ivanová - Šalingová (1979, s. 788) uvádí v Slovníku cudzích slov charakteristiku seniora takto: „... .., *starší ze dvou lidí stejného jména, příslušník starší věkové kategorie, člen sboru požívající zvláštní úcty*“.

## 1.2 Základní charakteristiky stárnutí a stáří

K základním termínům vědeckého výkladu seniorské problematiky patří beze sporu stárnutí (involuce), stáří, gerontologie, geriatrie a gerontagogika (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

### 1.2.1 Stárnutí

*„Stárnutí znamená souhrn procesů probíhajících s časem, které mají zpravidla nevratný charakter a které nakonec vedou k smrti. Nejdůležitější z příznaků stárnutí je pokles životaschopnosti, který nastává s časem, větší pravděpodobnost zániku jedince“* (Hrůza, 1966, s. 7).

Mühlpachr (2004) dále definuje stárnutí jako celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají viditelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia a jsou zjevné v závislosti na náročnosti prostředí.

Další možný náhled na stárnutí zmiňuje Příbyl (2015, s. 9): *„...komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Involuční změny a reakce, adaptace organismu na ně jsou tak procesem dezintegrováním a asynchronním, jenž je částečně geneticky podmíněn a z části je ovlivněn náhodnými jevy, poruchami“*.

Proces stárnutí lze klasifikovat jak z pohledu fyziologického, tak patologického. Fyziologické stárnutí (primární, zdravé stárnutí) provází obvyklé projevy související s věkem, vytvářející stařecký fenotyp. Ve své podstatě jde o kontinuální děj a akceleraci po 65. roce života člověka. Patologické (sekundární, chorobné) stárnutí neprobíhá přirozeně, je podmíněno chorobným procesem, který celý tento proces značně urychluje. Typickým příkladem, hovořícími za vše, může být Hutchinsonův – Gilfordův syndrom<sup>1</sup> (progerie) s nepoměrem mezi kalendářním a funkčním stárnutím, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Někteří autoři zmiňují ještě stárnutí terciální, spojované s umíráním a velmi rychlým tělesným úpadkem s tímto spojeným (Holmerová, 2007; Kalvach, 2008).

### 1.2.2 Stáří

Neboť jde o termín stále nabývající aktuálnějšího významu, vznikají nové náhledy na jeho definování. Považujeme tedy za nutné zmínit již na začátku několik definic procesu stáří jako takového, které jsme řadili chronologicky.

Jako první uvádíme náhled, který poskytuje Zdeněk Kalvach, Zdeněk Zadák, Roman Jiráček et al. (2004), kteří popisují tento fenomén jako stav člověka, výsledek vývojového procesu stárnutí, vykazující výraznou proměnlivost a rozdílnost, způsobenou celou řadou faktorů. Výsledný obraz stáří je tedy ovlivňován okolním prostředím, nemalý podíl je připisován životnímu stylu, zdravotnímu stavu a sociálně-ekonomickému a psychologickému vlivu.

Další výklad zmiňujeme pojetí Zdeňky Kozákové a Oldřicha Müllera (2006, s. 9): *„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami)“*.

---

<sup>1</sup> Onemocnění vznikající na podkladě mutace genomu. „Předčasné stárnutí při ustrnulém vývoji na dětském stupni“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 455).



Jiné vysvětlení uvádí Vágnerová (2007), která pojímá toto období jako poslední životní etapu a bývá často nazývána jako post vývojová. Toto období přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale často i znatelný úbytek energie. Jedná se o období svobody, ale také ztrát ve všech oblastech života.

Haškovcová (2010, s. 9) definuje stáří takto: „*Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. A protože existuje odklon od osobní problematiky stáří, stává se, že se zvyšuje propast mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý*“.

V Příbylovi (2015) nalezneme stáří také z pohledu Hippokrata, který chápe senium jako ztrátu vlhka a Aristoteles jako ztrátu tepla. Galén hovoří o stavu mezi zdravím a nemocí, způsobeném změnami tělních tekutin a snížením vlhka, tepla a krve (tamtéž).

Čeledová, Kalvach, Čevela (2016, s. 11) vymezují stáří jako: „*...obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Současně jde i o sociální charakteristiku*“.

V odborné literatuře se uvádí okolo tří set možných definic a pohledů na stárnutí a stáří, ale žádná z nich není zásadní a definitivní. Austad (1997) zmiňuje, že doposud neexistuje jednotná shoda odborníků z oblasti medicíny a společenských věd, jak toto období vymezit. Dle Viewegha (1972) brání relativně konstantnímu a striktnímu ohraničení těchto pojmů značné rozdíly v projevech stáří u téhož jedince. Jde o nesoulad mezi projevy fyzickými a psychickými. Dále hraje velkou roli interindividuální variabilita, sociokulturní hledisko hodnocení stáří a v neposlední řadě i prodlužující se délka života.

Panuje však všeobecná shoda na skutečnosti, že stáří (senium) je závěrečnou etapou lidského života (vývojovým obdobím), přičemž stárnutí (senescence) je fyziologickým procesem, který žádný živý organismus neodválí ani se mu nevyhne (Příbyl, 2015).

Toto téma samo o sobě vyžaduje pojmovou orientaci v řadě oborů biologických, včetně medicíny a společenských. Svědčí to tedy o jeho multidimenzionalitě, víceoborovosti a v neposlední řadě i mezioborovosti (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Klevetová a Dlabalová (2008) charakterizují 21. století jako století seniorů. Podle uváděných statistik bude žít na celé zemi, poprvé v dějinách lidstva v první polovině tohoto století, více osob starších 60 let než osob mladších 15 let. V důsledku pokroku v oblasti

medicíny a zlepšení životních podmínek vzniká tak ve společnosti nový fenomén – mnoho dětí seniorů se stává také seniory.

### 1.3 Periodizace stáří

Přesnou věkovou mez stáří je velmi těžké určit. Nejednotnost vymezení panuje v odborné literatuře, jak v pojetí stáří jako takového, tak v jeho periodizaci. Změny odehrávající se v tomto období se vzájemně prolínají a mnohdy mají i protichůdný charakter. Vystává tedy otázka, kde hranice vlastně začíná? Jde o věk nebo o subjektivní pocit každého jedince? Lze však u mnoha odborníků nalézt určitou shodu v rozlišení stáří na kalendářní, biologické a sociální (Tošnerová, 2002; Příbyl, 2015).

Dle Mühlpachra (2004) vychází periodizace lidského života nejčastěji z *kalendářního věku*, označovaného také jako chronologický či matriční. Je vymezeno dovršením určitého jasně definovaného věku, který však nevypovídá nic o interindividuálních rozdílech. Podstatnou hodnotu má ale pro statistické, demografické aj. účely. Jeho výhodou je jednoduchost, snadná komparace a jednoznačnost.

Příbyl (2015) zmiňuje, že za obecně uznávané stanovení časových úseků stáří je považována periodizace lidského věku dle Světové zdravotnické organizace (WHO), pracující s patnáctiletými cykly. Členění je rozloženo do tří etap:

- rané stáří, senescence, stárnutí: (60 – 74 let),
- vlastní stáří, senium, kmetství: (75 – 89 let),
- dlouhověkost, patriarchium, vysoký věk: (90 – více let).

Mühlpachr (2004) udává v souvislosti se stárnutím populace, zvyšující se úrovní poskytované lékařské péče a prodlužováním života postupně se posouvající hranici stáří k věku 65 let.

Odborníci jako Topinková, Neuwirth (1995), Pacovský (1997), Jesenský (2000) a jiní člení od tohoto věku stáří následovně:

- 65 – 74 let: mladší senioři (young old),
- 75 – 84 let: starší senioři (old old),
- 85 a více let: velmi staří senioři (very old).

Periodizaci seniorského věku z pohledu gerontagogiky zmiňuje Petřková, Čornaničová (2004, s. 27):

- 60-74 let mladý senior,
- 75-89 let starý senior,
- 90 a více let velmi starý senior.

Autoři Pacovský, Heřmanová (1981) používají členění na produkční věk, který se užívá ve spojení s ekonomickým pojetím a tzv. funkční věk (reálné schopnosti jedince), který posuzujeme z hlediska biologického, sociálního a psychologického.

*Biologické stáří* má zcela individuální charakter a je podmíněno geneticky daným programem biologického stárnutí, vlivem zevního prostředí, předcházejícím způsobem života, různě rychle se snižující funkcí jednotlivých orgánů, popřípadě přítomností patologického procesu (Pacovský, 1997).

Příbyl (2015) uvádí, že již okolo 25 – 30 roku života lze pozorovat postupný úbytek fyzických, ale i duševních funkcí. Charakterizuje v obecné rovině tři typy změn:

- pokles funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni,
- podstatný úbytek buněčných rezerv, projevující se zejména v zátěžových situacích,
- postupně se vytvářející funkční deficit.

Vnější obraz biologického stáří je nazýván fenotyp stáří (svalová atrofie, úbytek kostní hmoty, změny regulačních a adaptačních mechanismů, hormonální produkce a sekrece, úbytek a šedivění vlasů, ochlupení...) (tamtéž).

Sociální stáří je charakterizováno změnami v kontextu životního stylu, proměnou potřeb i sociálních rolí, doprovázející toto období (penzionování, vymírání okruhů přátel, ovdovění/vdovectví) (Mühlpachr, 2004).

Ve spojitosti se sociálním stářím uvádí Příbyl (2015) tzv. sociální periodizaci lidského života, která kategorizuje lidský život na základě produktivity a sociálních rolí do tzv. věků:

- předproduktivní věk,
- produktivní věk,
- postproduktivní věk,
- fáze závislosti.

Čeledová, Kalvach, Čevela (2016) zmiňují, že označení předposlední a poslední etapy není příliš vhodné, neboť u čtenářů evokuje představu, že stáří musí být nutně spojeno s úbytkem sil, ztrátou nezávislosti a soběstačnosti, popřípadě biologickým úpadkem. Celá tato periodizace se dostává do rozporu s konceptem zdravého stárnutí.

Počátek penzionování je také spojen se strachem z izolace, osamělosti, ztrátou životního partnera či vrstevníků. Spouštěčem může být handicap sociální integrace, který lze chápat jako limitaci možností seniora participovat na běžných sociálních vztazích (Vágnerová, 2000). Z praktických zkušeností z oblasti příspěvkových organizací si troufáme tvrdit, že se jedná o běžný jev. Většina seniorů trpí sociální izolací a nízkou mírou možností participace na běžných všedních denních aktivitách (Klevetová, 2017).

Psychické stáří je podmíněno řadou faktorů, mezi které řadíme zejména osobnostní dispozice, charakteristické změny objevující se průběhu stárnutí a stáří, adaptace na jednotlivé fáze stáří, osobnostní dispozice a jejich proměna (Ondrušková, 2011).

## **1.4 Charakteristické změny ve fyzické dimenzi stárnoucího člověka**

V předešlé podkapitole jsme zhruba charakterizovali biologické involuční změny vycházející nejen z individuálních genetických dispozic, ale i ze životního stylu a úrovně daného jedince. Odrážejí se v obraze stárnutí následujících orgánových soustav a všeobecného poklesu jejich funkcí a výkonnosti.

### **1.4.1 Pohybový aparát**

Během stárnutí se nejvýznamnější změny uskutečňují v kostěné, kloubní a svalové části pohybového aparátu. Nejprve dochází k omezení rozsahu pohybu v kloubech, které může být zapříčiněno rozrušením opěrných oblastí kostí, šířením kostních výrůstků (osteofytů), poškozováním kloubní chrupavky. Následně se snižuje rychlost, přesnost, obratnost pohybu a jako poslední se vytrácí i síla a vytrvalost (Hráský, Bunc in Štěpánková a kol., 2014; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Svalovina postupně atrofuje, ztrácí svou elasticitu a objem, což vede ke snížení celkové síly a výkonnosti. Průměr kostí se zužuje a dochází k jejich přestavbě a změně látkového složení. Páteř se zkracuje o 1 až 5 centimetrů a hrudní koš ztrácí svůj objem (Mühlpachr, 2008; Maršálek, 2014).

#### **1.4.2 Kardiopulmonální systém**

Klesá vitální kapacita a efektivita fungování plic. Srdce přečerpává menší množství krve, zhoršuje se jeho výkonost, což se ale neprojeví na změně tepové frekvence, ale dochází k hypoventilaci. Nezanedbatelným problémem v cévním řečišti je snížení elasticity cév a jejich kornatění představující nesčetná (i život ohrožující) rizika (Kalvach, 2008; Németh, 2009; Červený, Topinková, 2014).

#### **1.4.3 Trávicí systém**

V důsledku úbytku svalové síly břišního lisu se mění střevní peristaltika, tlusté střevo snižuje svou pozici, což se může projevit chronickou zácpou a bolestmi v bederní oblasti (Kalvach, Onderková, 2006; Mlýnková, 2011).

#### **1.4.4 Pohlavní a vylučovací systém**

Ženy se nacházejí v období klimakteria, trpí poklesem dělohy a hormonálními změnami. U mužů se začíná snižovat potence, objevuje se zbytnění prostaty. V močovém měchýři je vlivem hypofunkce močového vyprazdňovače zadržována zbytková moč, potenciálně vyvolávající zánětlivá onemocnění. Poměrně častým jevem je inkontinence moči (tamtéž).

#### **1.4.5 Kožní systém**

Objevuje se hyperpigmentace v určitých oblastech (stařecké skvrny), v jiných částech může naopak chybět. Zmenšuje se vrstva podkožního tuku, snižuje se obsah vody v kůži a redukuje se počet elastinových a kolagenových vláken. Kůže tímto ztrácí pružnost a tvoří se hluboké i jemné vrásky. Hovoříme o takzvané pergamenové, papírové kůži (Ondrušková, 2011; Maršálek, 2014).

#### **1.4.6 Smyslové orgány**

Degenerativní změny postihující všechny smyslové orgány negativně ovlivňují jejich funkčnost. Ubývá receptorů pro vnímání polohy a pohybu těla, pocitu síly, tlaku, chladu a tepla. Názorným příkladem mohou být obtíže s odhadováním vzdálenosti, teplotou předmětu v prostoru. Z této skutečnosti pak pramení mnoho úrazů (Kalvach, Zadák, Jirák, 2004; Holmerová, 2007).

### 1.4.7 Nervový systém

Involuční změny postihují periferní i centrální nervový systém. Dochází k ukládání stařeckého lipofuscinu (odpadový produkt při odbourávání buněk) a tvorbě senilních plaků. Mění se množství neurotransmiterů, snižuje se funkce senzitivních nervů a vzniká porucha volných cílených pohybů (Mlýnková, 2011; Červený, Topinková, 2014).

## 1.5 Charakteristické změny v psychosociální dimenzi stárnoucího člověka

V současné době není v medicíně stále kladen dostatečný důraz na somatizaci psychických problémů, příčina potíží je spatřována v tělesných orgánech. Na podrobnou psychosociální anamnézu není kladen takový důraz. Seniora je však nezbytné vnímat komplexně, v souvislostech biopsychosociálního modelu. Změny v poznávacích schopnostech (myšlení, vnímání, pozornost, paměť, představy) vedou ke snížené adaptabilitě na nově vzniklé životní situace a podmínky. Následné reakce pak vyvolávají strach, nejistotu, úzkost a již dříve zmíněnou izolaci. V popředí klinického obrazu dominují poruchy paměti, úsudku, rozhodovacích schopností, plánování, posloupnosti činností. Přibývá duševních a chronických onemocnění, syndromu demence, zvláště u Alzheimerovi choroby, což vede ke ztrátě soběstačnosti a nezávislosti (Klvetová, 2017).

Hodnocení soběstačnosti – funkčního stavu seniora provádějí v oblasti sociálních služeb zejména ergoterapeuti, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, speciální pedagogové, sociální pracovníci prostřednictvím různých standardizovaných či nestandardizovaných testových metod běžných všedních denních činností Activities of Daily Living (dále jen ADL) (Krivošíková, 2011).

Pro účely naší praktické části jsme zvolili modifikaci Barthelova Indexu (viz příloha č. 1), vytvořenou tamní ergoterapeutkou a používanou pouze v rámci Domova Hrubá Voda pro zkvalitnění péče o seniory v oblasti přímé péče. Vybrané aktivity z oblasti ADL, jsou hodnoceny před započítáním intervencí, v průběhu a na konci. Více v praktické části.

V Příbylovi (2015) nalezneme hodnocení seniorů z hlediska funkční zdatnosti:

- elitní senioři – extrémní výkony i ve vysokém věku,
- zdatní (fit) senioři – dobrá tělesná i duševní kondice, zvládají život i v náročném prostředí, pravidelně sportují a vykonávají pracovní aktivity,

- nezávislí (independent) senioři – soběstační, zvládají instrumentální ADL, nižší funkční rezervy a svalová síla, odolnost a adaptabilita, přínosné jsou rekondiční pobyty,
- křehcí (frail) senioři – výkyvy funkčního i zdravotního stavu, problém s instrumentálním ADL, pružná intervence (pečovatelská služba, tíšňová péče),
- závislí (dependent) senioři – nízký potenciál zdraví, disabilita, závažný funkční deficit, vyžadující podporu a pomoc druhé osoby, systém dlouhodobé péče,
- zcela závislí (totally dependent) senioři – senioři s rozvinutým imobilizačním syndromem nebo s pokročilým stádiem syndromu demence, zcela upoutání na lůžko, trvalá ošetrovatelská péče a dohled, podpora lidské důstojnosti, paliativní péče, koncept kinestetické mobilizace,
- umírající senioři – koncepce paliativní péče.

Předmětem zájmu naší práce se z tohoto pohledu stali křehcí, závislí nebo zcela závislí senioři. Na ně budou nasměrovány i případové studie, včetně intervence ve formě kinestetické mobilizace, uvedené v praktické části.

V kontextu přicházejících změn sociálního prostředí a situací se přesouvá pořadí hodnot, potřeb a životních cílů ve struktuře osobnosti seniora. Registrujeme změny v oblasti citového života (je citlivější, snadno podléhá dojetí, více emočně prožívá situace), které jsou zcela individuální. Zvýrazňují se některé povahové vlastnosti a očekávání (Blatný, 2016).

Zpomaluje se psychomotorické tempo, člověk se stává nerozhodným, váhavým, opatrným. Klesá míra koncentrace a pozornosti, kreativity. Může se ale zvyšovat vytrvalost ve fyzické i duševní činnosti, stupňovat trpělivost a pochopení (Thorová, 2015).

Klevetová (2017), Haškovcová (1990) a Pacovský (1990) se shodují v názoru, že mnoho dnešních seniorů nemá program pro nadcházející stáří a neví, jak naložit s volným časem. Odchodem do penze se ztrácí pracovní přátelství, mění se rodinné vztahy. Role babičky bývá často nenaplněna. Začne převládat touha po soukromí a vlastním pohodlí, nepřátelské postoje vůči sobě samému, okolí i celé společnosti.

## 1.6 Geriatrické syndromy

Nyní se zaměříme na hodnocení poruch zdraví (geriatrické syndromy), které doplňují diagnostiku nemocí.

U většiny osob seniorského věku vzniká, v důsledku kombinace involučních změn, polymorbidity, malnutrice či celkového úbytku fyzické zdatnosti, komplex příčin, vzájemně se ovlivňujících a graduujících. Z tohoto důvodu dochází také v geriatrii k vzestupu významu takzvaných “geriatrických syndromů“. Pod tímto termínem se rozumí závažný symptom či soubor symptomů způsobený měnící se kombinací příčin. Zájem odborníků je orientován na kauzální – příčinnou terapii prognosticky dobře léčitelných chorob, ale i multidisciplinární přístup k zvládnutí obtíží a situace seniora (Dienstbier, 2009; Maršálek, 2014).

Kalvach, Onderková (2006), Dienstbier (2009), Németh (2009) a Maršálek (2014) vymezují následující, zásadní geriatrické syndromy:

- syndrom imobility,
- syndrom dekondice a hypomobility,
- syndrom psychické alterace,
- syndrom instability,
- syndrom inkontinence,
- syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace,
- syndrom terminální geriatrické deteriorace.

Pro účely naší bakalářské práce bychom podrobněji vymezili syndrom dekondice a hypomobility, syndrom imobility a syndrom psychické alterace.

### 1.6.1 Syndrom imobility (imobilizační syndrom)

Souhrn negativních dopadů dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžko, popřípadě křeslo: fixní flekční kontraktury, dekubity, snížená plicní ventilace, zahlenění a pneumonie, flebotrombóza s plicní embolizací, ortostatický kolapsový stav a hrozící riziko pádu po vertikalizace do sedu či stoje, povšechná svalová atrofie, dekondice, porucha stereotypu chůze, dehydratace, urolitiázy a ledvinové koliky, obstrukce, retence a inkontinence moči, sensorická deprivace, deprese, úzkost (Kalvach, 2008).



Za jedno z možných léčebných východisek lze považovat důslednou prevenci, a to ve všech oblastech ADL formou kinestetické mobilizace, prováděné denně pracovníky sociálních služeb, zejména přímou péčí (Bauder Mißbach, 2010; Nedělková, Halmo, 2007).

### **1.6.2 Syndrom dekondice a hypomobility**

Vyvíjí se na základě snížení pohybové aktivity a preference převážně odpočinkového režimu (posedávání, polehávání), poklesu kondice projevující se imitací srdečních obtíží během ADL (pocení, únava, dušnost, palpitace), svalové atrofie dolních končetin. Etiologie vzniku může být různá – ztráta motivace, poruchy výživy, nežádoucí účinky léků, deprese, pohybový diskomfort. Řešením jsou pravidelné rekondiční programy, motivace seniora ke zlepšování pohybových dovedností a kauzální léčba (Onderková, 2006; Maršálek, 2014).

### **1.6.3 Syndrom psychické alterace**

U osoby seniorského věku není žádnou zvláštností přítomnost více onemocnění najednou. Indikovaná farmakoterapie je tedy bohatá. Mnohé z nasazených léků nebo jejich náhlé vysazení (hypnotika, anxiolytika) v kombinaci s nepodnětností prostředí, dále některé somatické stavy (horečnatý zánět, porucha vnitřního prostředí, zejména vody a sodíku) mohou vést ke vzniku či prohloubení kognitivního deficitu až syndromu demence s poruchami chování (agitovanost, apatie, bloudění), orientace či zmatenosti ve smyslu deliria. Součástí léčebného řešení poruch chování u syndromu demence a delirantních stavů je především zvýšený dohled, navýšení personálního obsazení, kauzální léčba příčiny, zajištění bezpečnosti seniora a jeho okolí (nedělené postranní zábrany, fixační opatření, psychofarmaka, vedoucí k celkovému útlumu, ze kterého už mnohdy není cesta zpět) (Kalvach, 2008; Dienstbier, 2009; Kubešová, 2011; Maršálek, 2014; Příbyl, 2015).

## **1.7 Gerontologie, geriatrie a gerontagogika (gerontopedagogika)**

S termínem stáří se pojí i termíny gerontologie, geriatrie a gerontagogika. Mühlpachr (2004) mluví o rozvoji těchto věd, který vymezuje do druhé poloviny 20. století.

Gerontologie vychází z řeckého slova „*geron*“ – starý člověk a „*logos*“ – věda. Jde o vědní disciplínu, která v sobě nese souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě v tomto období. Je členěna do tří hlavních proudů:

- gerontologie experimentální – předmětem jejího zájmu je mechanismus a příčiny stárnutí živých organismů,
- gerontologie klinická – označovaná též jako geriatric, z řeckého slova „*iatró*“ – léčím, zabývající se problematikou zdraví, zvláštnostmi zdravotního stavu a chorobami, funkčním stavem a kvalitou života ve stáří podmíněnou zdravotním stavem (Kalvach, Onderková, 2006),
- gerontologie sociální – cílí na vzájemný vztah a očekávání seniora od společnosti, na stárnutí populace, jak ovlivňuje společnost a její rozvoj. Uplatňují se zde poznatky z oblasti demografické, psychologické, sociologické, andragogické a dalších (Skopalová, 2009; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Významným mezníkem událostí, které přispěly k rozvoji gerontologie, bylo vytvoření základny pro mezinárodní spolupráci roku 1939. Na podnět britských vědeckých pracovníků vzniká Mezinárodní sdružení pro výzkum stárnutí. Následně v Liège, roce 1950 došlo k založení Association Internationale de Gérontologie (Livečka, 1979). Toto společenství se stalo hlavním iniciátorem a organizátorem světových gerontologických kongresů, jejichž pravidelné konání mělo nemalý podíl na formování vědní disciplíny o vzdělávání seniorů. V popředí zájmu odborníků z oblasti vzdělávání stárnoucích a starých lidí tak stálo konstituování a pojmenování této nové vědní disciplíny (Salivarová, Veteška, 2014).

Mühlpachr (2004) nazývá tuto vědu gerontopedagogikou. Tento pojem byl užíván především v počátcích jejího zrodu. V současné době je však také aplikován pro zdůraznění pedagogických aspektů. Dalším, v současné době v České republice více používaným termínem, je gerontagogika (Jesenský, 2000; Petřková, Čornaničová, 2004). Čornaničová (in Petřková, Čornaničová, 2004) uvádí, že na Slovensku se upřednostňuje pojem geragogika. V anglosaské literatuře nalezneme termíny jako „*elderly education*“ či „*elderagogy*“, v německé pak „*Gerontagogik*“.

### **1.7.1 Stáří z pohledu speciálněpedagogické gerontagogiky**

V této podkapitole je naší snahou vymezení a vývoj pojmu speciálněpedagogická gerontoandragogika, její konstituování, charakteristika předmětu a cíle, v pojetí uvedených autorů.

Vzdělávání seniorů nabývá v současné společnosti zásadního významu, vzhledem k prodlužující se délce života. Začíná se formovat speciálněpedagogická gerontoandragogika,

její základní teoretická východiska a principy. Uplatňují se přitom osvědčené a ověřené postupy speciální pedagogiky školního věku, které jsou náležitě uzpůsobené potřebám dospělých osob s disabilitou a seniorů (Benešová, 2014).

Geneze pojmu gerontagogika (gerontogogika) není až tak jasná a jednotná. Termín geront (geron) - slovo řeckého původu vymezuje člena gerusie (státní rada ve Spartě, volená z 28 starců a 2 králů) a starce. Geronto (stejného původu) představuje starce, dotýkající se stáří, stařecký, stárnutí. Druhá část této složeniny agogika označuje vědu, nauku (agogé je doslovně vedení, výchova). Správně by tedy podle tohoto překladu měla znít složenina slova "gerontoagogika". Vzhledem však k obtížnosti tohoto termínu se počátkem 90. let 20. století začalo užívat pojmenování gerontagogika, které je ustáleno, jak v české odborné literatuře, tak v anglických (gerontagogy) a německých (Gerontagogik) textech (Špatenková, 2013; Benešová, 2014; Veteška, 2017).

Mühlpacher (2004) zmiňuje pojmovou pluralitu v této oblasti a dodává i jiná označení jako pedagogika stáří, pedagogika starých lidí. Pacovský, Heřmanová (1981) doplňuje odbornou terminologii o geragogiku a gerogogiku. Veteška (2017), Palán a Langer (2008), Veteška a Salivarová (2014) užívají ve svých odborných pracích již ustálené pojmosloví gerontagogika. Na Slovensku Čornaničová (in Petřková, Čornaničová, 2004) a Határ (2010) uvádí termín geragogika. Terminologická nejednotnost brání do značné míry konstituování samostatné vědní disciplíny věnující se edukaci seniorů.

Veteška (2017, s. 91) uvádí, že: „*V současné době patří gerontagogika mezi andragogické disciplíny. Jejím hlavním zaměřením je výchovná a vzdělávací (edukační) práce s dospělými a seniory. Podstatou je výchova a vzdělávání ke stáří, tj. jak samotná příprava na stáří a stárnutí, tak především intencionální učení se ve stáří s důrazem na funkcionální působení prostřednictvím aktivizace, animace a vzdělávání (edukace). Zohledňuje přitom zejména biologická, sociální a psychologická hlediska procesu učení a zahrnuje širokou oblast teorie i praxe, která se zabývá intencionálním edukačním působením ve stáří. Zabývá se též studiem mezigeneračních vztahů, tzv. mezigeneračním učním*“.

Odlišné požadavky na výchovu a vzdělávání umocňují v posledních několika letech tlak na vymanění se z andragogických disciplín. Dochází k systematickému rozvinutí (empiricky, metodologicky a teoreticky) problematiky aktivizace, animace, sociálního začlenění seniorů do společnosti, sociální soudržnosti, terapie, autonomie ve stáří a kvality života (Špatenková, Smékalová, 2015).

Salivarová, Veteška (2014) uvádí, že uvedené aktivity probíhají zejména v rezidenčních zařízeních a celodenních stacionářích kombinovaně, neboť se mísí několik prvků najednou (rozvoj kognitivních funkcí, včetně některých dovedností s pohybovou aktivitou). U seniorů pobývajících v domácím prostředí či v rodině je situace zcela odlišná. Na venkově a ve městě taktéž. Z tohoto vyplývá fakt úzké provázanosti se sociální, zdravotní a pečovatelskou péčí.

Gerontagogika čerpá své poznatky také kromě andragogiky, která je pro ni výchozí disciplínou, z didaktiky (andro- a psychodidaktiky), z teorie a filozofie učení a z psychologie učení. Nelze tedy hovořit o ustáleném modelu. Předmětem jejího zájmu není tedy jen edukační (výchovně – vzdělávací), ale zejména sociálně – kulturní činnost, pohybové aktivity a životospráva (Špatenková, Smékalová, 2015).

Ve svém působení se zaměřuje na čtyři cílové skupiny, kterými jsou zejména samotní jednotlivci a různé skupiny seniorů s postižením, dále partneři a rodinní příslušníci handicapovaných seniorů, intaktní (nepostižená) veřejnost a odborníci jiných oborů a profesí (Jesenský, 2000).

## **1.8 Historické hledisko v péči o seniory**

Mühlpachr (2004) v této souvislosti zmiňuje neexistenci forem institucionalizované péče v prvotní společnosti. Dle náboženského pohledu se všeobecně na nemocné nahlíželo jako na posedlé zlým duchem. Tento názor přetrvával až do období středověku. Exorcismus se praktikoval jako možný a účinný způsob léčby. Zdravotní péče spočívala v magických ochranných symbolech. Postupně se tedy začalo rozvíjet i lidové léčitelství, které je dnes považováno za alternativu vědecké medicíny (Benešová, 2014).

Haškovcová (2010) definuje péči o osoby seniorského věku ve třech vývojových stádiích:

- charita,
- obec,
- stát.

Předpokládá se, že péče byla nejprve realizována v kruhu rodinném. Od raného středověku vznikají klášterní hospitály, jako útulky pro osoby vysokého věku, nesoběstačné a trpící syndromem demence. Poskytovaná pomoc měla charitativní charakter. O nemocné se staral mnich s jistou medicínskou přípravou. Prioritou bylo materiální zajištění nemohoucích.

Ve 14. století postupně vznikají v různých částech Evropy „domovy pro staré osoby“ neboli starobince, chudobince a začíná se budovat systémová péče. Od poloviny 19. století zajišťuje v nemoci obec, popřípadě dobročinné ústavy nutnou výživu a opatření. Postupem času převzal odpovědnost za celý systém poskytované péče stát. Za zmínku stojí Masarykovy domovy v samostatném Československu, které neměly v Evropě obdoby. Areál Masarykových domovů v Praze – Krči čítal celkem 21 budov (starobince, chudobince, ozdravovny a zotavovny, dětský chorobinec) a nacházelo se zde 3256 lůžek. (Pacovský, Heřmanová, 1981; Mühlpachr, 2004).

V současné době většina seniorů končí v institucionální péči. Poskytování služeb je pro jednotlivé sociální skupiny osob diferencované. Nabídka jednotlivých služeb je poměrně pestrá (Kalvach, Onderková, 2006). Z tohoto prostředí pochází i případové studie vybraných seniorů z Domova Hrubá Voda.

## **1.9 Systém současné sociálně – zdravotní péče o seniory v České republice**

Vzhledem k tomu, že populace stárne, vzrůstají nároky na dlouhodobou péči. Koncept dlouhodobé péče (dále jen LTC<sup>2</sup>) vznikl v prvním desetiletí 21. století jako transformované řešení péče o osoby s dlouhodobým deficitem v oblasti ADL, kdy dochází k plné či částečné ztrátě schopností výkonu zaměstnávání. Dochází zde k průniku potřeb služeb na zdravotně sociálním pomezí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Příbyl, 2015).

Na vzniku LTC se podílely studie Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD<sup>3</sup>). Cílem pluralitního politického úsilí byla integrace různých služeb pro osoby

---

<sup>2</sup> LTC (z angl. Long – term care) – Koncept dlouhodobé péče (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

<sup>3</sup> OECD (z angl. Organisation for Economic Co-operation and Development) je mezivládní organizace 35 velmi ekonomicky rozvinutých států světa, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. Koordinuje ekonomickou a sociálně-politickou spolupráci členských zemí, zprostředkovává nové investice, prosazuje liberalizaci mezinárodního obchodu nezaměstnanosti, stabilizaci a rozvoji mezinárodních finančních trhů. Česká republika je členem od 21. prosince 1995 (OECD, Dostupné z: <http://www.oecd.org/about/>)

dlouhodobě závislé s omezenou funkční kapacitou, tělesnou či duševní na podpoře při vykonávání PADL a IADL. Pomoc při sebeobslužných úkonech je poskytována v kombinaci se základními zdravotnickými službami (ošetřování ran, podání léků, prevence, rehabilitace, atp.) (Truhlářová, Levická, Vosečková, Mydlíková, 2015; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016).

LTC se vnímá jako třetí, zdravotně sociální sektor, který rozpracovává transformační představy z 80. let (4xD):

- deinstitucionalizaci,
- desektorizaci,
- deprofesionalizaci,
- nediskriminační demedicinalizaci předcházejících stupňů (Prudká, 2015).

Hlavním cílem LTC je vytvoření personalizovaně jednotného systému z rozsáhlé nabídky portfolia komunitních služeb a podpůrných aktivit. Zdůrazňovaným základem však stále je propojení domácí nelékařské zdravotní péče (home care) a pečovatelské služby s rozšířeným rozvojem domácí hospicové péče. Hrozí zde však nebezpečí diskriminačně laciného dožívání a umírání (Průša, Bareš, Holub, Šlapák, 2015).

LTC může být pojímána ve formě ústavní či komunitní (terénní a ambulantní služby), ve které by také mělo spočívat i těžiště. Dostupnost terénních služeb je stále v ČR malá a výrazně nerovnoměrná. V praxi bezesporu stále chybí provázanost, koordinovanost a ucelenost služeb a v neposlední řadě i informovanost klientů a jejich rodinných příslušníků o nabídce služeb (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Komunitní systém integrovaných podpůrných služeb je tvořen především těmito složkami:

- pečující rodina,
- klient,
- sousedská pomoc,
- opatrovnictví,
- praktický lékař,
- geriatrická ambulance,
- komunitní psychiatrie,
- geriatrická nemocniční oddělení pro krátkodobé hospitalizace,

- pečovatelská služba,
- domy s pečovatelskou službou,
- jiné formy chráněného bezbariérového bydlení,
- domovy pro seniory,
- domácí paliativní péče,
- agentury home care,
- osobní asistence,
- fyzioterapie, ergoterapie,
- tísňová péče,
- komunitní psychiatrie,
- psychoterapie a krizová intervence,
- půjčování nákladných kompenzačních a ošetrovatelských zdravotnických pomůcek,
- denní centra, stacionáře,
- sociální práce,
- dobrovolnictví,
- společenství,
- předčitatelské a tlumočnické služby,
- volnočasové aktivity,
- jiné služby a aktivity (Holmerová, 2014; Lukasová, Hradilová, 2014; Průša, Bareš, Holub, Šlapák, 2015).

### **1.9.1 Domácí péče**

V minulosti byl vztah mezi rodiči a dětmi považován za generační symbiózu. Bylo samozřejmostí postarat se o nejstaršího člena rodiny. Lidé umírali v domácím prostředí. Šlo o jakýsi solidární vztah. Zodpovědnost a podpora rodičů byla zjevná, dnes už to bohužel tak není (Příbyl, 2015).

Ve zdrojích odborné literatury lze najít fakt, na kterém se většina autorů věnujících se problematice péče o seniory shoduje. Dnes se v institucionální péči (zdravotní či sociální) nachází mnohem více seniorů, než by bylo nutné. Jednou z možných příčin je disfunkce většiny současných rodin, která evokuje mínění necitlivosti vůči svému seniorovi. Lze vycházet i ze skutečnosti, že v dětství (období snížené soběstačnosti) většina z nás prožila institucionální péči

v podobě jeslí a mateřských školek. Nepovažujeme to tedy za něco nenormálního (Kalvach, 2014, Holmerová, 2014).

Dalším faktorem, jež byl v úvodu této podkapitoly zmíněn, je neprovázanost a nedostatečná nabídka a dostupnost služeb v oblasti domácí péče. Nemalý podíl zaujímá také ekonomická prosperita rodiny, která je mnohdy nad veškeré hodnoty a rodinné vztahy a vazby (Průša, Bareš, Holub, Šlapák, 2015).

Rodina má v životě seniora nezastupitelnou roli, neboť v tomto období dochází ke ztrátě životního partnera, výraznému snížení kondice a následně i soběstačnosti. Fungující rodina může naplnit pocit jeho bezpečí, jistoty a osamocení. (Holmerová, 2014).

Moment, kdy se rodina rozhodne pečovat o seniora v různém stupni závislosti, je významným mezníkem v celém jejím dalším společném soužití (tamtéž).

Příbyl (2015) uvádí několik zásadních myšlenek, které je nezbytné brát v potaz:

- uvědomění si změny dosavadního chodu domácnosti a zvyklostí rodiny,
- nepasovat ho do role pasivního příjemce péče, neizolovat ho, ale naopak ho dle jeho aktuálního zdravotního stavu podporovat v co nejširším začlenění.

Doc. Staňková in Šamánková (2011) uvádí základní předpoklady pro poskytování kvalitní péče ze strany rodiny:

- chtít pečovat,
- umět pečovat,
- moci pečovat.

Rádi bychom zde upozornili na nebezpečí psychického a fyzického vypětí pečující rodiny, kterému lze velmi dobře předcházet využitím dobrovolnictví či jiné formy respitní péče (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016; Kalvach, 2014).

### **1.9.2 Institucionální péče zdravotní a sociální**

Zdravotní ústavní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Za osoby seniorského věku, již ve starobním důchodu, platí pojištění stát. Lůžková zdravotní péče je poskytována v rámci hospitalizace jako:

- akutní lůžková péče intenzivní,
- akutní lůžková péče standardní,



- následná lůžková péče,
- dlouhodobá lůžková péče (Holmerová, 2014).

Prudká (2015) zmiňuje jednodenní zdravotní péči, která se vyznačuje pobytem na lůžku kratším jak 24 hodin s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Musí být zajištěna dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní (Mlýnková, 2011).

V pobytových zařízeních sociálních služeb jsou poskytovány zdravotní služby za stanovených zákonných podmínek (tamtéž).

Nelze zde neuvést zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, který je důležitým prvkem v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí. Sociální služby jsou poskytovány osobám, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci (Část 1 zákona č. 108/2006 Sb.)

Zákon o sociálních službách definuje tuto situaci následovně: „...*oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého sociálního stavu, jako důsledek krizové sociální situace, způsob života, který je vede k rozporům s většinovou společností, ohrožením práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a poskytovalo ochranu před sociálním vyloučením*“. (tamtéž)

Sociální služby lze diferencovat do tří základních oblastí:

- sociální poradenství,
- sociální péče,
- sociální prevence (Hutař, 2007).

Poskytování sociálních služeb a sociální péče je hrazeno ze státního rozpočtu, který přerozdělují příslušným zařízením kraje či obce a z příspěvků osob, které jsou příjemci sociálních dávek a benefitů ze sociálního systému (Malíková, 2011).

Pobytové služby v domovech pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením v týdenních stacionářích a v chráněném bydlení jsou hrazeny osobami, kterým je služba ve sjednaném rozsahu poskytnuta. Po úhradě nákladů za ubytování a stravu zůstává seniorům nejméně 15 % jejich příjmu (Holmerová, 2014).

Mlýnková (2011) a Čeledová, Kalvach, Čevela (2016) uvádějí přehled pobytových sociálních služeb, ve kterých je seniorům poskytován jednodenní, týdenní a dlouhodobý pobyt:

- domovy pro seniory,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- týdenní stacionáře,
- denní stacionáře,
- centra denních služeb,
- chráněné bydlení.

Mydlíková (in Truhlářová, Levická, Vosečková a Mydlíková, 2015) dodávají, že ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče mohou být poskytovány pobytové služby osobám, které již ústavní zdravotní péči nepotřebují, ale vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu nezvládnou bez pomoci jiné osoby v domácím prostředí existovat. Vyčkávají zde do doby, než jim bude zabezpečena pomoc rodinnými příslušníky nebo jinou fyzickou osobou, terénní, ambulantní nebo pobytovou službou v zařízení sociálních služeb.

V závěru výčtu zařízení, které spadají pod zákon o sociálních službách, zmíníme hospicovou péči a podporu. Pojem hospic terminologicky vychází z latinského slova hospes, které v překladu znamená host, hostinský. Pojmenování instituce s využitím tohoto termínu zavedla Jeanne Garnier. První zařízení vzniklo ve Francii roku 1842 (Mühlpachr, 2004).

V roce 2008 bylo v České republice v provozu 13 hospicových zařízení. Služba je hrazena z více zdrojů (platby klienta, sbírky, dary). Vedle kamenných hospiců existují ještě i hospice mobilní, které nejsou až tak rozšířené (Svobodová, 2008).

V rámci hospicové péče je uplatňována zejména paliativní péče. Služba je poskytována za částečnou úhradu. Výše je odstupňována od příjmů klienta. Primárním cílem je kvalita života, jejíž naplnění spočívá především v tlumení bolesti, předcházení osamělosti. Primární je respektování lidské důstojnosti. Podmínkou pro přijetí je souhlas klienta a jeho zdravotní stav. (Caritas, dostupné z: <http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=onas#k1>).

### **1.9.3 Standardy kvality sociální péče**

Standardy jsou jistým kritériem kvality poskytované sociální služby. Lze je definovat jako normu v obecném pojetí, kterou má každá sociální služba splňovat (Procházková, Sayoud Solárová, 2014; Burešová, 2016).

V platnost vešly dne 1. ledna 2007. Znění kritérií „Standardů“ je obsahem vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (Část 4 zákona č. 108/2006 Sb.).

Cílem tvorby samotných standardů bylo zprůhlednit a specifikovat činnost poskytovatelů sociálních služeb, vyjádření vztahů a vzájemných očekávání poskytovatele a uživatele a naopak. Poskytovatelům služeb zprostředkovávají návod, instrukce, jak mají dobré služby poskytovat. Zřizovatele informují o úrovni služeb a veřejnost ovlivňují v jejím mínění (Burešová, 2016).

Vycházejí z těchto hlavních zásad:

- podpora a nezávislost na poskytované službě,
- respektování potřeb a jejich naplňování,
- snaha o udržení běžného způsobu života,
- partnerství,
- podpora komunikace,
- podpora v rozhodování a přenos odpovědnosti k uživatelům,
- dodržování práv uživatelů,
- respektování volby uživatelů,
- individualizace podpory,
- flexibilita (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

Diferencují se na:

- procedurální (1 – 8),
- personální (9 – 10),
- provozní (11 – 15) (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

Procedurální:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- ochrana práv osob,
- jednání se zájemcem o sociální službu,
- smlouva o poskytování sociální služby,
- individuální plánování průběhu sociální služby,

- dokumentace o poskytování sociální služby,
- stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
- návaznost na další zdroje (Bednář, 2014; Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

#### Personální:

- personální a organizační zajištění sociální služby,
- profesní rozvoj zaměstnanců (tamtéž).

#### Provozní:

- místní a časová dostupnost,
- informovanost o službě,
- prostředí a podmínky,
- nouzové a havarijní situace,
- zvyšování kvality sociální služby (Syrovátková, Vopatová, 2013).

### **1.9.4 Pracovníci v pobytových sociálních službách**

Pracovníci vykonávající v oblasti sociálních služeb odbornou činnost (přímou obslužnou a ošetrovatelskou péči), jsou charakterizováni již zmíněným zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Na poskytování sociální služby v této oblasti participují pracovníci různých oborů. Jejich součinnost představuje charakteristický rys sociální služby (Malíková, 2011).

#### Spolupůsobí zde:

- sociální pracovníci – vymezeno zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb.,
- pracovníci v sociálních službách – vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb.,
- zdravotničtí pracovníci – vymezeno zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.,
- pedagogičtí pracovníci – vymezeno zákonem o pedagogických pracovnících 563/2004 Sb. (Část 9. zákona č. 108/2006 Sb.).

V návaznosti na praktickou část popíšeme blíže náplň práce ergoterapeuta a pracovníka přímé obslužné péče v Domově seniorů.

## **Pracovník přímé obslužné péče Domova seniorů**

Pracovníci tohoto povolání nesmí být pověřováni zdravotnickou činností, tudíž nesmí poskytovat zdravotnické služby. K vykonávání činností v zařízeních sociálních služeb je zatím ze strany MPSV doporučováno získání kvalifikačních předpokladů (odborné způsobilosti) absolvováním kvalifikačního kursu odborně zaměřeného pro oblast sociálních služeb (Část 9 zákona č. 108/2006 Sb.)

Je nezbytné zmínit, že pracovníkem sociálních služeb může být nyní i osoba, která úspěšně absolvovala akreditované vzdělání na VOŠ či VŠ (obory sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče či speciální pedagogika) a nesmí být opět pověřována zdravotnickou činností ve smyslu směrnice MZ ČR č. 10/1986 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Sokol, Trefilová, 2008).

Pracovníci sociálních služeb vykonávají komplexní obslužnou péči, jejíž hlavním cílem je udržení soběstačnosti v maximálně možném rozsahu aktivit. Zahrnuje činnosti přímé obslužné péče (návěst a podpora v oblasti ADL za pomoci slovního vedení a fyzické asistence) a odborné doplňkové služby poskytované ve formě edukace při:

- prohlubování ADL a posilování společenských kontaktů či pracovních návyků,
- provádění manipulace s přístroji, pomůckami a prádlem,
- udržování čistoty a hygieny uživatelů (Musil, Bareš, Havlíková, 2017).

Dále je v nich zakotveno zdokonalování a upevňování pracovních návyků, rozvíjení manuální zručnosti, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti, životní aktivizace a podpora citění, zájmů s využitím výtvarných, hudebních, pohybových a podobných technik (Malíková, 2011).

### **Ergoterapeut:**

Souhrnný přehled činností ergoterapeuta s odbornou způsobilostí upravuje zákon o nelékařských povoláních č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který byl novelizován zákonem 201/2017 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Poslední stav textu nabývá účinnost od 1.9.2017 (Část 1 zákona č. 201/2017 Sb.).

Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, § 6 ergoterapeut.

Z kompetencí ergoterapeuta zmíníme pouze ty, které souvisí s tématem naší práce:

- provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzomotoriky, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze ADL,
- provádí hodnocení a nácvik ADL personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta,
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie,
- aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v rámci individuální i skupinové ergoterapie,
- poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracují v tomto směru s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta (Část 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb.).

### 1.9.5 Domovy pro seniory

K základním druhům sociálních služeb dle § 32 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, patří služby sociální péče § 38 téhož zákona, poskytované v zařízeních sociálních služeb § 34 téhož zákona (Dvořáčková, 2012).

Ve výčtu těchto zařízení nalezneme i Domovi pro seniory, organizace s pobytovou službou (§ 49 téhož zákona), kde je poskytována péče osobám ve vysokém věku (věkové rozhraní si stanovují zařízení samy), které mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

*„Služba zahrnuje následující základní činnosti:*

- *Poskytnutí ubytování,*
- *poskytnutí stravy,*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *aktivizační činnosti,*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (Část 3 zákona č. 108/2006 Sb.).

Posláním těchto zařízení je vytvoření takových podmínek, které vedou k plnohodnotnému a důstojnému životu seniora (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

### **1.9.6 Specifika péče o seniory se zdravotním postižením**

Vzhledem k stále narůstajícímu počtu osob vyššího věku v populaci, je nezbytné, změnit postoj společnosti v přístupu k nim. Prvořadým cílem politik evropských zemí je příprava na stárnutí, zvyšování kvality života seniorů a pozitivní přístup společnosti k nim (Procházková, Sayoud Solárová a kol., 2014).

V posledních letech zaznamenala legislativa a koncepty vztahující se k péči a podpoře osob v seniorském věku výrazné změny. V popředí je individualizace služeb v sociálním i zdravotním sektoru, humanistické a holistické, celostní pojetí člověka s životním příběhem, přístup zaměřený na člověka (Person Centered Approach), jehož autorem je Carl Ransom Rogers (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, Böhm, 2015).

V souladu s evropskými požadavky je cílem vznikajících služeb podpora života seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí, která je cílena zejména na posilování soběstačnosti, nezávislosti, funkčních mechanismů, dovedností a v neposlední řadě i na přirozené a důstojné ukončení života ve společnosti těch nejbližších. Příkladem jsou edukačně rehabilitační programy zaměřené na intaktní společnost – především rodinné příslušníky a přátele osob s disabilitou (Slowík, 2016; Jesenský 2000).

V procesu realizace poskytování sociální služby hraje velkou roli kromě uspokojování základních fyziologických potřeb, také celkový přístup k seniorovi, jeho motivace a aktivní účast v součinnosti s nejbližšími. Prioritou je vytváření sociální a psychické podpory jedince i jeho sociálního prostředí (Gulová, 2015; Veteška, 2017).

V odborných literaturách lze nalézt celou řadu přístupů k seniorům se zdravotním postižením. Moderním a v praxi již velmi často realizovaným trendem je v současnosti oživení nebo vytváření činnostního programu pro starší osoby, takzvaná animace a aktivizace (Slowík, 2016).

Aktivizace může mít různé formy, v popředí je však orientace na zvládání ADL. Stimulace nesmí mít ale násilnou podobu, měla by respektovat právo na nečinnost, samotu a odmítnutí. Aplikace těchto technik umožňuje v maximálně možné míře udržet samostatnost, a to nejen u seniorů se syndromem demence. Zvyšuje také kvalitu jejich života (strukturuje program dne, podněcuje ke smysluplným aktivitám a k interakci se sociálním prostředím). Aktivizační programy jsou rozvíjeny jak na úrovni preventivní, tak léčebné (Jesenský, 2000; Krahulcová, 2002; Kolář, 2009).

Pečující osoby v rodinném prostředí, ale i v rámci respitní či institucionální péče by se měly učit, v co největší míře porozumět všem alternativním (zejména nonverbálním) způsobům komunikace daného seniora (zrakový kontakt, mimika, gesta, doteky, pohyby končetin). (Müller, 2013).

Nedělková (2014) poukazuje také na nezbytnost posouzení funkčního stavu seniora, respektování některých základních postupů či zásad manipulace s osobou částečně nebo plně imobilní. Jejich neznalost a nedodržování, ze strany pečujících osob, vede velmi často v praxi ke ztrátě soběstačnosti a nezávislosti seniora, způsobení bolesti v oblasti nosných kloubů, páteře, horních končetin a vysokému procentu úrazů na obou stranách. Více podrobností uvedeme ve třetí kapitole.

### **1.9.7 Specifika péče o seniory s diagnózou demence**

V již zmíněném zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, jsou definovány služby sociální péče. V § 50 tohoto zákona je uvedena forma pobytové služby: „*Domovy se zvláštním režimem*“ (Část 3 zákona č. 108/2006 Sb.).

Tato služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, dále osobám se širokým spektrem syndromů (stařecká demence, Alzheimerova demence a jiné, u nichž došlo vlivem těchto onemocnění ke snížení soběstačnosti v oblasti ADL a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Holmerová et al., 2014).

Režimová opatření mají zde přísně individuální charakter, přizpůsobený požadavkům a potřebám těchto uživatelů. „*Služba obsahuje následující základní činnosti:*

- *Poskytnutí ubytování*
- *poskytnutí stravy*



- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *sociálně terapeutické činnosti*
- *aktivizační činnosti*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Hauke a kol., 2017)*

Procházková, Sayoud Solárová (2014) uvádí existenci jistých specifických konceptů, metod a přístupů, které poskytují seniorům s touto organickou duševní poruchou vysoce individualizovanou péči, založenou na lidském porozumění, laskavém přístupu a zájmu, umění doprovázet, empatickém naslouchání, lidské podpoře, respektu a úctě.

### **Metoda validace**

Respektující přístup, synonymum této metody, se objevuje poprvé ve Spojených státech mezi 60. a 80. lety 20. století. Do České republiky se dostává až v současné době. Podstatou je vytvoření příznivé atmosféry bezpečí a důvěry, umožňující empatické naslouchání pečujícího, který se tak snaží porozumět prožívání (chování) daného seniora desorientovaného téměř ve všech směrech (Provazníková, Kalvach, 2016).

Podle autorky přístupu N. Feil může být chování desorientovaného člověka důsledkem působení různých životních změn a ztrát a pocitu vlastní nemohoucnosti vše ovlivnit (Hauke a kol., 2017).

Procházková, Sayoud Solárová (2014, s. 208) vyházejí z myšlenky, že: *„každé chování člověka má svůj důvod, který může vycházet z dávné (nám neznámé) minulosti. Je určena lidem, kteří přicházejí do kontaktu s lidmi s demencí, s lidmi desorientovanými (v sociálních službách, rodinným příslušníkům) a ukazuje, jak s nimi vhodným způsobem komunikovat a zachovávat jejich důstojnost“*.

Tato metoda je reakcí na nespokojenost s klasickými přístupy k desorientovaným seniorům, založenými na potřebě uvádění do reality a tlumení neadekvátních projevů chování. Dodržuje přesné zásady a techniky verbální i nonverbální komunikace. Poskytuje uvolnění emocí a doprovod na cestě zpracování obtížných životních témat (Jirák a kol., 2009).

## **Orientace realitou**

Představuje jeden z nejstarších přístupů k osobám s narušenou orientací. Cílem je poskytovat seniorovi se syndromem demence neměnnou a jasnou strukturu dne, pomůcky a symboly, poskytující nezbytné přehledové informace (kalendář, nástěnka s hodinami a s informacemi o ročním období, počasí, pečující osobě, rodině, označení místností v bytě, atp.) (Jirák a kol. 2009; Hauke a kol., 2017).

Nic není samozřejmé a známé. Seniorovi jsou tak neustále poskytována data o tom, kde se nachází, s kým hovoří, jaký je den a rok, kolik je právě hodin, a co následuje za aktivitu. K dosažení pocitu bezpečí je využívána práce s rituály a zvyky (Procházková, Sayoud Solárová a kol., 2014).

V případě seniora se syndromem demence, kde není tento přístup aplikován dostatečně citlivě, může docházet ke zhoršování psychologických a behaviorálních symptomů a manifestaci problémového chování a anxiety (Provazníková, Kalvach, 2016).

Holmerová, Horecký, Hanuš (2016) se zmiňují o nevhodnosti této metody u seniorů s poruchou orientace a stavem zmatenosti a naopak vhodnosti u seniorů s nenarušenými kognitivními funkcemi.

## **Práce se vzpomínkami**

Senioři se v důsledku narušení krátkodobé a zachované dlouhodobé paměti vracejí velmi často a rádi do doby svého mládí. Znovu se snaží prožívat chvíle, kdy byli aktivní a užiteční (Jirák a kol., 2009).

Janečková, Vacková (2010) uvádí, že při vzpomínání má každý člověk možnost tyto okamžiky bilancovat a hodnotit ze zcela jiného úhlu pohledu, přehodnocovat a začleňovat je do svého životního příběhu a obrazu sebe sama. Vzpomínání je tedy neodmyslitelnou součástí duševního života každého jedince.

## **Smyslová aktivizace Lore Wehner**

Podstatu tohoto konceptu tvoří cílená, dle potřeb orientovaná, biografická podpora seniorů, zejména se syndromem demence a smyslová stimulace. Smysly jsou zde vnímány jako pomůcka, otevírající brány komunikace, podporující ADL a uvědomění si vlastní osobnosti (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Vojtová (2014) dodává, že se nejedná o násilnou komunikaci, ale sociální interakci mezi dvěma lidmi nebo skupinou, využívající zvuků, barev, chutí, dotyků a vůní.

Dle autora konceptu L. Wehnera je smyslová aktivizace nazývána také jako motogeragogika nebo také Montessori pro seniory. Řídí se heslem montessoriovské školy: „Pomož mi, abych to dokázal sám“ (Wehner in Wehner, Schwinghammer, 2013).

Motogeragogiku lze také vymezit jako psychomotorickou aktivizaci prostřednictvím pohybových stimulů, hudby, paměťových tréninků a denně používaných materiálů (Vojtová, 2014).

Procházková, Sayoud Solárová (2014) dodávají, že další podpůrnou metodou, promítající se do tohoto přístupu je umění doprovázet.

### **Reminiscence**

Janečková, Vacková (2010) hovoří o této možnosti jako o aktivizační metodě, využívající vzpomínek a emocí, které se k nim váží. Vybavování může probíhat tiše i hlasitě individuálně či prostřednictvím jiné osoby nebo skupiny lidí. Lze pracovat s rozhovory nad fotografiemi, hudby, filmu, vůně, chutí, obrázků, zaznamenávání starých příběhů, malování vzpomínek, pantomimy a reminiscenčního divadlo.

Za základní a zásadní je v tomto konceptu považována spolupráce s rodinou a znalost biografie daného seniora, která může být zpracována ve formě vzpomínkové knihy, alba s texty, fotografiemi, obrázky, dokumenty (rodný nebo oddací list, vysvědčení, dopisy apod.) nebo v podobě kufříku, obsahujícího předměty symbolizující jeho život (Kleťová, 2017).

Procházková, Sayoud Solárová (2014) se zmiňují, že v některých zařízeních sociální péče jsou zřizovány tzv. vzpomínkové místnosti nebo zákoutí, odpovídající mládí seniorů, kteří tam žijí.

### **Bazální stimulace**

Přístup podporující v bazální rovině vnímání člověka. U osob v seniorském věku napomáhá udržet kontakt s blízkými osobami, vnímat sebe samého a orientovat se v reálném životě (Friedlová, 2007).

Friedlová (2015, s. 19) uvádí: „*Cílem bazální stimulace je uspořádat životní podmínky jedince tak, aby byla podporována jeho autonomie a bylo umožněno prožití života v nejvyšší možné míře kvality*“.

Autoři konceptu A. Fröhlich a Ch. Bienstein využívali multisenzoriální stimulace a za základ považovali práci s biografií klienta, strukturalizaci a ritualizaci péče (Friedlová, 2011).

Zikl (2014) dodává skutečnost empatického vztahu s člověkem, podobně jako u validace. Na klienta je v tomto vztahu pohlíženo, jako na rovnocenného partnera s vlastní historií.

### **Snoezelen**

Podstatou snoezelen prostředí, multisenzorické místnosti je prožitek v bezpečném prostředí, ovlivňující následně problémové chování seniora se syndromem demence. Pečující osoba ve vztahu k druhému aplikuje přístup zaměřený na člověka a své znalosti a dovednosti, které jí umožňují zohlednit zvláštnosti jeho osobnosti, životní styl, tužby a potřeby. (Filatova, 2014)

### **Preterapie**

Garry Prouty, autor konceptu, definuje preterapii jako prostředek k navázání kontaktu s osobami, jež jsou v důsledku dlouhotrvající hospitalizace, mentálního postižení či psychického onemocnění uzavřeni sami v sobě a jejichž způsob komunikace je bizarní a nesrozumitelný (Prouty, Werde a Pörtner, 2005).

Marlis Pörtner (2009) zmiňuje pohled Proutyho na tuto metodickou pomůcku jako na stavění mostu do klientova světa.

Základ konceptu tvoří kontaktní reflexe (situační, tělové, obličejové, slovní, zopakované), které ztělesňují pět různých způsobů přiblížení se ke klientovi v různých situacích a na bázi stejného principu (Prouty, Werde a Pörtner, 2005).

Prouty in Pörtner (2009, s. 120) zmiňuje: „*Je to jednoduchý princip, ale těžké umění.*“ Klade důraz na postoj zaměřený na osobu, na ochotu a schopnost empatie – vcítění se do jeho světa a opatrné doprovázení ve vývojových krocích, mnohdy sotva patrných. Podstatu reflexí tvoří uvedení do vztahu s realitou, s vlastní osobou a s ostatními. Postupně dochází k výraznému zlepšení v každodenním životě a ADL, což u seniorů, zejména se syndromem demence, má opodstatněný význam.

## 2 DEMENCE VE STÁŘÍ

Dle Rejzkova Etymologického slovníku lze výklad tohoto pojmu považovat za zevrubné uvedení do problematiky. Zmíněný termín vznikl z latinských slova des (bez) a mentio (mysl). Doslovný překlad tohoto výrazu je tedy bezmyslí (Rejzek, 2012).

Holmerová a kol. (2014) vymezují demenci jako syndrom, soubor příznaků, jež zpravidla vede k nevratnému poškození mozku (mozkové kůry), jehož nejčastější příčinou je neurodegenerativní onemocnění, poranění mozku, intoxikace, a podobně.

Za obecnou příčinu demence lze považovat progredující onemocnění mozkových tkání. Konkrétní příčina však zůstává u převážné většiny typů demence neodhalena. Určujícím faktorem, vzhledem k její typologii, je lokalizace a konkrétní charakter patologických změn (Underwood, Cross, 2009).

Pidrman (2007) zmiňuje multifaktoriální etiologii demence a uvádí dvě základní skupiny faktorů, způsobujících vznik tohoto onemocnění:

- genetické a neurobiologické faktory,
- psychologické a sociální faktory.

Dále k etiopatogenezi demence dodává i takové sociální faktory, jako jsou změna prostředí, seznamování se s cizími osobami, přizpůsobování se novým situacím či změna denního režimu, které demenci nezpůsobují, ale mohou akcelarovat její progresi či hloubku.

Mlýnková (2011) uvádí další rizikové faktory, kterými jsou:

- abusus alkoholu,
- vzdělání,
- poranění hlavy,
- deprese.

Incidence výskytu onemocnění v populaci je přibližně 5 % obyvatel nad 65 let a 20 až 40% osob starších 80 let (Hátlová, Suchá, 2005). Vzhledem k populačnímu stárnutí lze předpokládat, že počet těchto osob bude přibývat a proto vytvoření odpovídajícího systému komplexní péče nabývá stále více na svém významu. V těchto zařízeních by měl být nabízen seniorům režimový celodenní program, založený na cílené pohybové terapii, která bude

systematicky doplňovat další, převážně hypokinetické aktivity. V již zmiňovaném zařízení Domov Hrubá Voda, je tímto programem právě koncept kinestetické mobilizace, který prostupuje veškeré denní aktivity a tvoří zde základ přístupu pečujících k seniorům (Holmerová a kol., 2009).

## **2.1 Klasifikace demencí**

Existuje mnoho typů i klasifikačních systémů demencí. Cílem podkapitoly není obsáhnout veškeré klasifikace tohoto onemocnění. Proto je uveden v následujících podkapitolách pouze přehled a zařazení demencí ve dvou nejužívanějších diagnostických materiálech, kterými jsou Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále jen MKN-10), jejíž terminologie je také pro naši práci dále stěžejní a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání (dále jen DSM-5).

### **2.1.1 Klasifikace demence dle různých náhledů**

Nejrozšířenější klasifikací demencí je klasifikace dle etiologie, která obsahuje následující tři typy demencí:

- Atroficko - degenerativní (primární),
- symptomatické demence (sekundární, lze dále dělit na ischemicko-vaskulární a ostatní symptomatické demence),
- smíšené demence (Jiráček, 2013).

#### **Atroficko - degenerativní demence**

U těchto demencí probíhá řada neurodegenerativních změn, které primárně poškozují centrální nervový systém, v jehož důsledku dochází k zániku a úpadku neuronů (Orel, Facová a kol., 2009; Orel, 2015). Počátek tohoto onemocnění je charakterizován pozvolným nástupem. Průběh má pomalý a dlouhodobě narůstající charakter. (Hauke a kol., 2017). Podle klinických sledování ověřených post mortem se nejčastěji vyskytující se demencí tohoto druhu Alzheimerova choroba, která představuje 50 % incidence. Její klinický obraz, průběh a charakteristické změny, v návaznosti na vybrané seniory v praktické části naší práce, uvádíme níže v podpodkapitole 2.1.4. Dále sem řadíme korovou nemoc s Lewyho tělísky, progresivní supranukleární obrnu či demenci u Parkinsonovi choroby. Nejednotnou skupinu neurodegenerativních chorob tvoří frontotemporální demence, z nichž nejznámější je tzv. behaviorální forma, nazývaná též Pickova choroba. Lze zde zařadit i např. Huntingtonovu

chorobu, kortikobazální degenerace, multisystémové atrofie, a další onemocnění, která se v této skupině vyskytují ojediněle a převážně v mladším věku (Jiráček in Kalvach a kol., 2004; Holmerová et al., 2014).

### **Symptomatické demence**

Symptomatické (sekundární) demence, představují procentuálně pouze 5 – 10 % všech vyskytujících se demencí. V odborné literatuře bývají často označovány jako potenciálně reverzibilní. (Topinková in Vlček, Fialová a kol., 2010). Vzhledem ke své etiologii jsou zde zařazovány i demence ischemicko-vaskulárního původu (Knížková, Novotná, Michálková in Petr, Marková a kol., 2014). Patří sem také onemocnění, v jejichž důsledku vzniká demence sekundárně. Jedná se především o nemoci metabolismu, prionové nebo infekční choroby, alkoholismus, demenci při AIDS, nádorech a opětovném traumatickém poškození mozku, hydrocefalu, depresi, apod. (Mohaplová in Preiss, Kučerová a kol., 2006; Slezáková, 2014).

Jiráček (1999) zmiňuje, že u těchto typů onemocnění je klíčová včasná a správná diferenciální diagnostika, vzhledem k podobnosti klinického obrazu zejména u ischemicko-vaskulární demence a demence u Alzheimerovy choroby. V již výše zmíněném kontextu praktické části uvedeme níže v podkapitole 2.1.5 klinický obraz, průběh a charakteristické změny u ischemicko-vaskulární demence.

### **Smíšené demence**

V některých případech se vyskytují změny typické jak pro demenci u Alzheimerovy choroby, tak vaskulární změny. Klinický obraz je kombinací příznaků obou typů (Orel, 2015).

Jako další dělení demencí uvádí Zvěřová (2017) dle lokalizace:

- Kortikální demence, postihující především mozkovou kůru, jsou provázeny poruchami paměti, orientace, fatických funkcí, praxie, gnózie, později i poruchami chování. Do této skupiny řadíme Pickovu a Alzheimerovu.
- Subkortikální demence, objevující se u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci, poškozují oblasti pod mozkovou kůrou a jsou provázeny zejména zpomalením psychomotorického tempa. Dále je narušeno plánování, schopnost úsudku a realizace činnosti. Deficit kognitivních funkcí je méně výrazný jak u kortikálního typu.

### 2.1.2 Klasifikace demence dle MKN-10

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) vydává v pravidelných periodách revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. V současné době platí již od roku 1993 desáté vydání. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je každá kapitola označena písmenem a diagnózy jsou specifikovány číslem. Vzniká tedy kód příslušný pro ten který typ nemoci (Valenta, 2013).

Demence, je ve výše uvedeném klasifikačním systému, zařazena do kategorie „*Poruch duševních a poruch chování (F00 - F99)*“ a dále pod „*Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 - F09)*“, které WHO vymezuje jako: „*oddíl obsahující skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci*“ (ÚZIS, Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>).

Demence, je ve výše uvedeném klasifikačním systému, zařazena do kategorie „*Poruch duševních a poruch chování (F00 - F99)*“ a dále pod „*Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 - F09)*“, které WHO vymezuje jako: „*oddíl obsahující skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci*“ (Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>).

Tato dysfunkce může být primární etiologie, jako je tomu u nemocí, poranění nebo poškození, které postihují mozek přímo a selektivně; nebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů u systémových chorob nebo onemocnění (tamtéž).

Pro zvýšení přehlednosti uvádíme níže následující kategorizaci tohoto onemocnění dle již zmíněného klasifikačního materiálu:

- F00-F99 Poruchy duševní a poruchy chování,
- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- F00 Demence u Alzheimerovy nemoci,
- F01 Vaskulární demence,
- F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde,
- F02.0 Demence u Pickovy choroby,
- F02.1 Demence u Creutzfeldt - Jakobovy nemoci,



- F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci,
- F02.3 Demence u Parkinsonovy choroby,
- F03 Nespecifikovaná demence,
- F04 Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami,
- F05 Delirium, které nebylo vyvoláno alkoholem nebo drogami,
- F06 Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku či následkem somatického onemocnění,
- F07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku,
- F08 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku,
- F09 Nespecifikovaná organická nebo symptomatická duševní porucha (tamtéž).

### 2.1.3 Klasifikace demence dle DSM 5

Další dnes v zahraničí velmi často využívanou klasifikační jednotkou je Diagnostický statistický materiál vydávaný Americkou psychiatrickou asociací (American Psychiatric Association). Aktuálně je nyní platná pátá revize z roku 2013. Demence je zde zařazena do inovované kapitoly „*Neurokognitivní poruchy*“. Zmíněný termín má rovněž pojem demence nahradit. Užívání termínu demence je přípustné v zažitých slovních spojeních, jako je „*Alzheimerova demence*“. V DSM 5 je nově rozlišován stupeň kognitivní poruchy (mírný, závažný). V rámci klinického obrazu mírné kognitivní poruchy se manifestují typické heterogenní obtíže, které však objektivně vychází z poruchy paměti či jiných kognitivních funkcí mimo paměť (např. poruchy jazyka a řeči, zrakově-prostorových dovedností, exekutivních funkcí). Při mírné kognitivní poruše však na rozdíl od demence nevznikají problémy v oblasti soběstačnosti ani aktivit denního života. DSM 5. (American psychiatric association, dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>).

### 2.1.4 Příznaky, průběh a charakteristické změny u Alzheimerovy nemoci

V odborné literatuře, věnující se tomuto tématu, je Alzheimerova choroba vymezována jako onemocnění s doposud neznámou etiologií a skupinou příznaků, projevujících se v oblasti poruch kognitivních funkcí, praxe, percepce, motivace, spánku, řeči, emocí a chování. Pro poslední dvě oblasti je typická agresivita (Hátlová, Suchá, 2005; Seidl, 2008). Projevy těchto

jmenovaných symptomů se objevují až po letech trvání nemoci, v době, kdy dochází k plošnému rozvinutí patologických změn v mozku (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Dle období, ve kterém se objevil počátek onemocnění, ho můžeme klasifikovat do dvou následujících forem:

- Alzheimerova nemoc s časným začátkem (presenilní), projevující se do 65 let
- Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem (senilní), vznikající po 65. roce života (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Převážná většina autorů se však shoduje na rozdělení dle průběhu onemocnění do třech stádií. Pro účely naší práce zmiňujeme dělení, které uvádí Mlýnková (2011):

### **I. stádium (počínající a mírná demence)**

Nejdříve se objevují deficity v oblasti kognitivních funkcích, následně i poruchy chování. Počáteční symptomy tohoto onemocnění se rozvíjí v prvních třech letech. Sebeobsluha je stále relativně zachována, místy je nutné upomínání některých úkonů. Vyjádření přání či nesouhlasu není narušeno. Postupem času si však nejbližší okolí začíná všimnout následujících změn: poruchy krátkodobé paměti, prostorové orientace, pozornosti, logického myšlení, motivace, ztráta soudnosti nebo snadnější unavitelnost. Mohou se také objevit potíže v hledání správných slov a pojmů, případně ve schopnosti se vyjádřit. K poruchám kalkulie dochází jen zřídka. V porovnání s osobami stíženými ischemicko-vaskulární demencí dochází k rozpadu osobnosti mnohem dříve (Jirák in Kalvach a kol., 2004; Fanfrdlová in Preiss, Kučerová a kol., 2006; Vaňková, Jarolímová in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007).

### **II. stádium (středně pokročilá demence)**

Nedostatky v ADL jsou zjevné, nezbytný je permanentní dohled. Doba trvání tohoto stádia je od dvou do deseti let. Vzhledem k svému časovému rozpětí je považováno za nejdelší ze všech. Prohlubuje se kognitivní deficit, člověk ztrácí náhled i úsudek, zhoršuje se časoprostorová orientace, dochází k úpadku intelektu, více viditelné jsou i komunikační obtíže, poruchy lexie, které si však neuvědomuje. Objevuje se inkontinence moči i stolice. Mezi behaviorální a psychologické příznaky a změny osobnosti patří časté, bezděčné svlékání oděvu, bloudění, noční aktivita...(Jirák in Kalvach a kol., 2004; Tanner, 2007; Vaňková, Jarolímová in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007; Štěpánková a kol., 2014).

### **III. stádium (pokročilá forma demence)**

Senior v tomto stádiu je plně závislý na péči jiné fyzické osoby všech aspektech každodenního života. Verbální komunikace je narušena natolik, že vyjadřování běžných potřeb či přání je téměř nemožné či značně nesrozumitelné. Schopnost porozumění mluvené řeči taktéž. Objevují se poruchy polykání, příjmu stravy, výrazné poškození paměti, její krátkodobé i dlouhodobé složky, časová i místní dezorientace, běžná je inkontinence moči i stolice mimo prostory toalety a inkontinenční pomůcku, člověk již nerozpozná předměty ani své blízké. Dochází k deterioraci celé osobnosti. Přítomny jsou již výrazné změny v motorických schopnostech a ovládání rovnováhy, koordinace, chůze je možná s dopomocí, většinou je však osoba upoutána na invalidní vozík nebo lůžko, kde v popředí klinického obrazu dominuje výrazná rigidita (svalová ztuhlost) a hypotrofie (ochabnutí svaloviny). Popisované, závěrečné stádium Alzheimerovy choroby končí smrtí nemocného (Jirák in Kalvach a kol., 2004; Vaňková, Jarolímová in Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007; Poirier, Gauthier, 2014).

#### **2.1.5 Příznaky, průběh a charakteristické změny u ischemicko-vaskulární demence**

Ischemicko-vaskulární demence jsou charakteristické ischemickými atakami přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, ztrátou vidění či přechodnými poruchami hybnosti, označované jako parézy. Infarkty jsou malého rozsahu, ale jejich projevy se kumulují. Demence vzniká tedy sekundárně, v důsledku vaskulárního onemocnění a hypertenzní cerebrovaskulární aterosklerózy. Ve většině případů nastává po několika akutních cerebrovaskulárních příhodách. Může ale vzniknout i po jednom větším záchvatu, což je však méně časté (Hátlová, Suchá, 2005).

Klinický obraz může mít buď náhlý, nebo pozvolný začátek. Zpočátku se nejprve projevuje zvýšená dráždivost, unavitelnost, somatovegetativní příznaky, nespavost s převažující poruchou usínání, porucha soustředění, depresivní nebo úzkostná nálada. Poté se rozvíjí demence, jejíž průběh má typický schodovitý charakter. Náhled choroby a osobnost zůstávají dlouho zachovány, což může v některých případech vést až k depresím. Zásobní paměť bývá dlouho neporušena, spolu s rutinními denními činnostmi. Obtíže činní pouze aktivity vykonávané na základě příjmu nových informací (tamtéž).

Glennner (2012) uvádí, že ke zhoršování a kolísání kognitivních funkcí dochází zhruba do tří měsíců po proběhlé cévní mozkové příhodě. Osobnost nemocného neprochází výraznými změnami, sociální chování je neporušeno, ale objevují se projevy plačtivosti, zvýšené citlivosti,

litosti nad svým zdravotním stavem (Jirák a kol., 2009). V rámci dělení ischemicko-vaskulárních demencí vymezujeme čtyři její druhy: vaskulární demence s náhlým začátkem, multiinfarktová demence, subkortikální vaskulární demence a smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence (Jirák in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol., 2008).

Pro vaskulární demenci s náhlým začátkem je typický vznik bezprostředně po infarktech mozku poškození oblasti kognitivních funkcí, zejména paměti. Mnohočetné ischemické příhody v částech bílé hmoty a mozkové kúry jsou řazeny mezi příznaky multiinfarktových demencí. Výskyt je zhruba do 6 měsíců po cévní mozkové příhodě u osob ve věkovém rozmezí 60. – 80. let. Subkortikální vaskulární demence jsou charakteristické poškozením bílé hmoty v mozku, často se objevují u osob s hypertenzí. V praktickém životě jsou u člověka přítomny symptomy ve smyslu změny nálad, poruchou paměti. Naopak smíšené kortikální a subkortikální demence jsou považovány za projev poškození šedé a bílé hmoty mozku (Hrdlička, Hrdličková, 1999; Topinková, 1999; Pidrman, 2007; Jirák a kol., 2009).

## 2.2 Soběstačnost a funkční stav

Demence je definována jako syndrom, tvořený třemi okruhy symptomů:

- poruchou kognitivních funkcí
- porucha soběstačnosti
- behaviorální a psychotické symptomy demence

Za nejčastější příčinu tohoto syndromu je považována již výše zmíněná Alzheimerova choroba a dále pak popsané vaskulární demence a další uvedená neurodegenerativní onemocnění (Bartoš, Hasalíková, 2010; Štěpánková a kol., 2014).

Existuje mnoho pohledů na tento syndrom a jeho progresy. Soběstačnost a funkční stav se mění v jednotlivých stádiích podle pokročilosti neurodegenerativních změn mozku (tamtéž).

Česká alzheimerovská společnost zmiňuje „*Strategii P-PA-IA*“, označující jednotlivá stadia vývoje demence, vzhledem k poklesu soběstačnosti a funkčním změnám v návaznosti na náročnost poskytované péče a podpory. Písmeno „*P*“ charakterizuje první stádium, které vyžaduje zejména podporu, psychologickou pomoc a poradenství. Zkratka „*PA*“ definuje programované aktivity, které jsou potřebné ve druhém stádiu. „*IA*“ vymezuje individuální asistenci nutnou ve třetím stádiu, ve fázi pokročilé demence. Poskytování péče vyplývá z potřeb

lidí s demencí v jednotlivých fázích onemocnění. (Česká alzheimerovská společnost, dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>)

Štěpánková a kol. (2014) v souvislosti s touto strategií dodávají, že v prvním stádiu pomoci a podpory (P-PA-IA 1), počínající a mírné demence, je člověk ještě téměř soběstačný v personálním ADL, avšak potřebuje určitou míru dopomoci, rady a dohledu či připomenutí v souvislosti s prováděním aktivit instrumentálního ADL (telefonování, užívání léků, nákup, příprava jídla, hospodaření s financemi, cestování dopravními prostředky a podobně).

Ve druhém stádiu programovaných aktivit (P-PA-IA 2), středně pokročilé a rozvinuté demence, dochází k výraznému omezení aktivit v oblasti instrumentálního ADL a k postupné nesoběstačnosti v personálním ADL, vytrácí se schopnost orientace, používání drobných předmětů denní potřeby. Hrozí zde riziko odchodu z domu a bezcílného bloudění ulicemi, bez návratu zpět do domácího prostředí, vytopení bytu, požár a únik plynu, v případě ponechání bez permanentního dohledu. Člověk v této fázi přestává rozumět návodům, nápovědám či připomínkám nebo na ně velmi rychle zapomíná. Péče může být poskytována, jak v domácím, tak v ústavním prostředí, kde důraz je kladen na pravidelný, strukturovaný denní rytmus a zapojování do činností dle jejich individuálních možností. Zavedení tohoto programu vede k vytvoření určitého řádu v péči, který přináší jisté benefity: zaujetí smysluplnými činnostmi, podporu zachovalých schopností a soběstačnosti, kvalitu diurnálního rytmu, kdy je den naplněn aktivitami a noc slouží odpočinku. Patří sem také nefarmakologické přístupy a psychosociální intervence, jako jsou kinezioterapie, vycházky, kognitivní rehabilitace, senzorická stimulace, reminiscence a podobně, vedoucí k zachování soběstačnosti, fyzické kondice a k prevenci poruch chování (Holmerová a kol., 2007; Hauke a kol., 2017).

Třetí stádium individualizované asistence (P-PA-IA 3), představuje stádium pokročilé a těžké demence nebo takových forem, které jsou komplikovány poruchami chování. Vzhledem k výraznému progresu onemocnění je pravidelný rytmus denních aktivit značně limitován, neboť přináší více dyskomfortu než užitku. I v této fázi je respektován přirozený diurnální rytmus, smysluplné trávení času, avšak s důrazem odpočinku. Jedná se o stav, který je provázený převážným upoutáním na lůžko, plnou závislostí na péči, závažnými až trýznivými komplikacemi zdravotního stavu. Osoby v tomto stádiu mohou setrvat ještě v domácím prostředí, pokud je rodina schopna a ochotna o ně pečovat. Pokud je péče poskytována v zařízení zdravotnického, či sociálního typu, je trvale přítomný zdravotnický a ošetrovatelský personál pod adekvátní supervizí lékaře. Ve fázi těžké demence, zakončené terminální fází a

smrtí v důsledku onemocnění způsobujícího demenci nebo z jiné příčiny, je zapotřebí kvalifikovaného, vzájemně spolupracujícího, multidisciplinárního zdravotnického týmu, zabezpečujícího paliativní péči. Objevují se poruchy polykání s hrozícím rizikem vdechnutí tekutiny či stravy, závažné narušení komunikačních schopností a volní mobility. Svalstvo následně ochabuje, zvyrazňuje se flekční držení trupu a končetin, vznikají fixní kontraktury. Váhový úbytek je zde zásadní. Mezi další běžně se vyskytující komplikace, které nedokáží osoby v tomto stádiu signalizovat, patří: retence moči, obstipace, bolestivé stavy, úzkost a strach. Reakce na ně jsou provázeny křikem, agresivním chováním, neklidem a v pozdních fázích pak vegetativní odezvou (Hálová, 2010; Štěpánková a kol., 2014; Provazníková, Kalvach, 2016).

### 3 PODPORA POHYBU SENIORŮ V OBLASTI ADL PRVKY KINESTETICKÉ MOBILIZACE

V úvodu této kapitoly nejprve definujeme pohyb, jeho funkce v obecném i konkrétním měřítku a jeho význam v péči o seniory. Vymezíme změny ovlivňující pohyb seniora. Dále se zaměříme na funkční geriatrické vyšetření, konkrétně na oblast funkčních schopností, kde v kontextu praktické části charakterizujeme hodnocení ADL z pohledu ergoterapie, jako průsečíku tohoto oboru a speciální pedagogiky. Zmíníme také možné intervenční strategie, uplatňované při nácviku ADL nejen v ergoterapii. V podstatné části této kapitoly se budeme věnovat podpoře pohybu ve formě „*Konceptu kinestetické mobilizace*“, jeho principům, možnostem v oblasti preventivní mobilizace a v závěru kapitoly se zmíníme i o hodnocení ADL z tohoto pohledu.

#### 3.1 Pohyb, jeho funkce a význam v péči o seniory

Nedělková (2008, s. 7) uvádí: „*Pohyb je nepostradatelný pro udržování vnitřních funkcí. Když se svaly a klouby hýbou (tělo) můžeme se vnímat jako člověk (duše) a zapojovat se aktivně do života (sociální chování)*“.

Výkonnost, odolnost k zátěži, zdatnost a svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale zejména v důsledku nečinnosti a sedavého způsobu života. Proto představuje pohybová aktivita jeden z nejvýznamnějších faktorů úspěšného stárnutí a zdravého stáří (SZÚ, Dostupné z:[http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne\\_znani/starnuti.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/starnuti.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br)).

Klvetová (2017) hovoří o nutnosti cíleného ovlivňování pohybových schopností prostřednictvím pravidelného cvičení, které udržuje svalový tonus, rozsah pohybu a celkovou kondici. Dostatečný pohyb přispívá k prevenci mnoha onemocnění, snižuje bolestivost pohybového aparátu a zpomaluje proces involuce. Ovlivňuje soběstačnost, myšlenkové pochody a z toho vyplývající dopady na psychické rozpoložení.

Trachtová a kol. (2001) dodává, tělesná aktivita zlepšuje pocit zdraví, psychického stavu, spánkové aktivity a zpevňuje pohybový aparát. Pomáhá předcházet onemocnění kardiovaskulárního systému, zažívacího traktu, respiračního systému a celkové výkonnosti a prevenci vzniku dekubitů a bolesti.

Křišková (2006, s. 215) se ve své publikaci zmiňuje o významu pohybové aktivity následovně: „*Pohybová aktivita (mobilita) umožňuje lidem orientovat se v prostředí, účelně reagovat na situace v prostředí, získávat pohybové schopnosti, vypracovat si pohybové návyky, naučit se vykonávat činnosti potřebné pro život*“.

Podpora pohybu seniorů je jedním z každodenních úkolů nejen lékařů, fyzioterapeutů/ergoterapeutů, ale i sester a pečovatелů, kteří by měli aplikovat získané dovednosti a seniory takto aktivně podporovat v rámci ADL (Matouš, 2002).

U každého jedince pozorujeme rozdílné nároky na kvantitu pohybu i způsoby jeho uspokojování. Pohybová aktivita je tedy nepostradatelnou součástí autonomie člověka a slouží k zajištění dalších jeho potřeb (Trachtová, 2001).

U seniorů, u nichž se vyskytují poruchy pohybu různého stupně a druhu, zaznamenáváme pocity bezmocnosti, závislosti, odkázanosti na jiné. Redukují se jejich informace o tělesných proporcích a o okolním prostředí. To může vést až k poruchám orientace či těžkým poruchám identity (Křišková, 2006; Tomagová, 2008).

### **3.2 Změny ovlivňující pohyb seniora**

Období po 75. roce života je z lékařského hlediska považováno za stáří. Biologické stárnutí se u většiny lidí se odehrává ve věku 60 - 75 let. Vlastní stáří nastupuje kolem 75 let. (Příbyl, 2015) V první kapitole jsme se ale již tomuto vymezení věnovali a zmínili jsme také okrajově charakteristiku změn v pohybovém aparátu.

Pokud bychom chtěli obecně hodnotit pohybový fond seniorů v této fázi života, je nezbytné věnovat pozornost níže uvedeným změnám, postihujících zejména:

- kloubní rozsahy



- posturu<sup>4</sup>, atitudu<sup>5</sup>
- psychomotorické tempo (Matouš, 2002; Klevetová, 2017)

U sedmdesátiletého člověka je popisováno snížení rozsahu kloubní pohyblivosti až na 57%. Hlavní příčina je spatřována ve změně látkového složení vaziva a kostní tkáně. Ve vazivu a chrupavkách ubývá elastických proteinů a kolagenu (Kalvach, 2004; Štěpánková, Höschl, Vidovicová et al., 2014).

Maršálek (2014) dále v této souvislosti zmiňuje snížení výšky obratlových těl, vysychání a oploštění meziobratlových plotének, úbytku kostní a svalové hmoty, vedoucí k flekčnímu držení trupu, s následným snížením vitální kapacity plic, poruchám rovnováhy a statodynamiky páteře.

Naproti tomuto však Kolář (2009) uvádí, že schopnost adaptace svalového vlákna není podmíněna věkem. To potvrzují i opakované studie prováděné na seniorech ve věku nad 80 let. Pravidelným posilováním dolních končetin byl zaznamenán vzrůst svalové hmoty o 113 %, a to zejména stehenního svalstva. Výsledkem bylo zvýšení celkové pohyblivosti, včetně rychlosti chůze.

Nelze zde nezmínit i oblast nervové soustavy a pokles počtu neuronů, který uvádí Koukolík, vedoucí k celkové degeneraci centrálního nervového systému (Koukolík, 2008). V tomto směru Kristníková dodává, že změny uvnitř nervových buněk mají negativní dopad na rychlost šíření vzruchů, což se projevuje sníženou reaktivitou. Objevuje se hypofunkce propriocepce, zejména hlubokého cití (statestezie, kinestezie) (Kristníková, 2011).

---

<sup>4</sup> Postura je označením procesu udržování polohy těla a jeho částí ve stále se měnícím prostředí (Čápková, 2016).

<sup>5</sup> Atituda, držení těla orientované (připravené ke konkrétní činnosti; řízená změna postury před začátkem pohybu (Kolář, 2009).

Friedlová (2015) k tomuto dodává, že v kombinaci se změnami zraku, rovnovážného ústrojí, úbytkem svalové síly a celkově nižší pohyblivostí seniora má tento jev za následek poruchy stability ve vertikálních polohách a tedy i hrozící vyšší riziko pádu.

### 3.3 Funkční geriatrické vyšetření

Při hodnocení pohybových možností seniorů nezbytných pro zvládnání ADL, je vhodné zvážit, jaký algoritmus diagnostických postupů zvolíme k stanovení příčiny změn a navržení individuálního pohybového programu pro konkrétního seniora (Jesenský, 2000).

Klevetová, Dlabalová zmiňují v historickém kontextu 30. léta 20. století, kdy britská geriatrická lékařka Majory Warrenová zdůrazňovala medicínské veřejnosti nutnost vyšetřovacích programů v geriatricii. V 70. letech minulého století byli v Československu prvními autory standardizované metody hodnocení funkčního geriatrického vyšetření profesor V. Pacovský a H. Heřmanová. Pokračovateli se v 80. letech 20. století stali a stále ještě jsou profesorka E. Topinková a docent J. Neuwirth (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Topinková (2005) uvádí, že funkční geriatrické vyšetření (dále jen FGV) nazývané také jako komplexní geriatrické hodnocení Comprehensive Geriatric Assessment (dále jen CGA), představuje multidimenzionální specifickou metodu, sahající za hranice klasického, klinického vyšetření. Hodnotí kromě zdravotního stavu i psychosociální problémy a celkové funkční schopnosti. FGV-CGA umožňuje lékařům ale i nelékařským pracovníkům celostní pohled na seniora jako na biopsychosociální jednotku v kontextu socioekonomických podmínek.

Kuckir et al. (2016) považují tento způsob vyšetření za optimální metodu k identifikování zdravotní a sociální potřeby znevýhodněných seniorů. FGV-CGA je tedy podkladem pro cílenou intervenci, neboť umožňuje nejen objektivizovat potřeby seniora, ale i stanovit reálné terapeutické a rehabilitační cíle s realistickou prognózou. Zlepšuje komunikaci mezi všemi členy pečujícího týmu.

Klevetová, Dlabalová (2008) uvádějí členění vyšetření do následujících částí:

- vyšetření duševního zdraví,
- klinické interní vyšetření,
- bydlení a sociální situace,
- vyšetření funkčních schopností.
- Hodnocení funkčních schopností

Hodnocení funkčních schopností jako součást FGV zahrnuje posouzení soběstačnosti v sebeobsluze vlastního těla a domácnosti. Nejčastěji se zjišťuje pomocí testu ADL (Klusoňová, 2011).

Topinková (2005) vymezuje nezávislého, soběstačného seniora jako osobu, která nemá podstatná omezení tělesných a duševních funkcí a která samostatně bez pomoci, podpory nebo dohledu jiné fyzické osoby zvládá veškeré denní aktivity v prostředí, v němž žije a zároveň se i pohybuje. Pokud již není schopen tyto činnosti vykonávat, stává se v různé míře intenzity závislým na péči jiné fyzické osoby, a to buď lehce, středně, nebo vysoce.

K hodnocení závislosti se všeobecně používá Barthelův test ADL, který později blíže specifikujeme.

V praxi i odborné literatuře se často různí termíny, které souvisejí s hodnocením, zaměřují se nebo používají nekonzistentně (Klusoňová, 2011). Pro účely této práce uvádíme vymezení z pohledu ergoterapie a osoby, které jsou kompetentní je konkrétně v Domově Hrubá Voda provádět:

- *Hodnocení (z anglického assessment)* znamená v obecné rovině jakékoliv posuzování či měření. Vztahuje se také na popis některých oblastí komplexní činnosti či popis dovedností, nutných k jejímu vykonávání. V užším slova smyslu jde o systematický sběr dat a informací ke zjištění funkční úrovně seniora. Provádí se za účelem zjištění schopností a potřeb dané osoby a dále v plánování terapeutické intervence (Kristníková, 2011; Kondziołková, 2014).
- **Kompetence:** ergoterapeut, speciální pedagog, zdravotnický pracovník, lékař. V rámci individuálního plánování i pracovníci v přímé péči a sociální pracovník.
- *Hodnotící škála (z anglického measurement scale)* představuje soubor symbolů nebo čísel, který je sestaven tak, že konkrétní hodnoty (čísla, symboly) lze přiřadit jedincům podle určitého kritéria. V praxi dochází velmi často k záměně škály za test (Zikl, 2014).
- **Kompetence:** zdravotnický pracovník, ergoterapeut, speciální pedagog, lékař.
- *Opakování hodnocení (z anglického reassessment)* je uskutečňováno v kterékoliv době intervence mimo vstupní hodnocení. Jde o tzv. formativní (provádí se za účelem pokračování v léčbě) nebo tzv. souhrnný (ukončuje léčbu) typ vyšetření. Lze použít stejný hodnotící nástroj jako ve vstupním hodnocení. Je spojeno s plánováním

krátkodobého cíle v terapii a zahrnuje také interpretaci výsledků sběru dat a informací (Opatřilová, Zámečnicková, 2008; Krivošíková, 2011; Zikl, 2014).

- Kompetence: ergoterapeut, speciální pedagog, zdravotnický pracovník, pracovníci v přímé péči a sociální pracovník.
- *Vyšetření (z anglického examination)* se váže k fyzikálnímu vyšetření a jeho základním postupům. V ergoterapii je uplatňováno zejména vyšetření pohledem (aspekci) a pohmatem (palpací). Zahrnuje vyšetření jednotlivých systémů (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).
- Kompetence: ergoterapeut, lékař, zdravotnický pracovník.

### 3.3.1 Hodnocení ADL z pohledu ergoterapie

K prolínání speciální pedagogiky a ergoterapie dochází hlavně v oblasti ADL. Hodnocení ADL je v ergoterapii součástí hodnocení výkonu zaměstnávání. Ergoterapeuti chápou tento termín jako soubor pouze pravidelně či každodenně pravidelně prováděných činností, které jsou pro člověka univerzální. Dělí se úžeji na personální (základní, bazální) ADL (dále jen PADL) a instrumentální (domácí, komunitní) ADL (dále jen IADL) (Klusoňová, 2011).

Krivošíková uvádí dle Světové zdravotnické organizace World Health Organisation (dále jen WHO): „*Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, v originále International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF (dále jen MKF) používá v souvislosti se soběstačností pojmy péče o sebe (mytí a osušování se, péče o vlastní tělo, oblékání, jídlo a pití, péče o své zdraví) a život v domácnosti (příprava stravy, obstarání si bydlení, potravy, oblečení a ostatních potřeb pro život, úklid a opravy v domácnosti, péče o předměty v domácnosti, pomoc ostatním)*“ (WHO in Krivošíková, 2011, s. 232).

Švestková definuje personální ADL (dále jen PADL) jako osobní až intimní činnosti, zahrnující: koupání, sprchování, intimní a osobní hygienu, péči o vízus, příjem jídla, oblékání se, použití toalety, kontinence moči a stolice a péči o osobní pomůcky (zubní náhrady, naslouchadla, brýle, permanentní močové katetry...). Ergoterapeut hodnotí provádění těchto aktivit, míru poskytované asistence navrhuje vhodné kompenzační pomůcky a stanovuje náhradní kompenzační mechanismy (Švestková in Švestková, Svěčená, 2013).

Müller charakterizuje instrumentální ADL (dále jen IADL), jako souhrn aktivit, týkajících se vedení a údržby domácnosti, hospodaření s penězi, vaření, nakupování, péče o

druhé nebo zvířata, cestování dopravními prostředky, péče o vlastní zdraví, obsluha PC. Důležité je, zda tyto aktivity, v rámci udržení nezávislosti, bude klient provádět sám nebo zda je za něj budou vykonávat rodinní příslušníci/pečovatelé, asistenti. Lze využít i možnosti nabízených služeb z blízkého okolí (donáška stravy místo vaření, úklidová firma...). Ergoterapeut v tomto případě spolupracuje se sociálním pracovníkem v rámci nabídky terénních služeb (Müller, 2014).

Při výběru vhodného hodnocení dysfunkce v ADL by měl ergoterapeut zohlednit:

- obsah hodnocení (jednotlivé položky),
- psychometrické parametry – reliabilita, validita, standardizace, citlivost, bodová škála hodnocení,
- cílovou skupinu,
- cíl hodnocení – podstatné je, k jakému účelu budou výsledky hodnocení použity,
- klinickou využitelnost – způsob bodování, provedení, délka administrace,
- způsob získávání údajů – většinou jde o informace z rozhovoru nebo pozorování (Kuckir, Vaňková, Holmerová, Vítečková, Jarolímová, Krupička, Szabó, 2016; Schuler, Oster, 2010).

Topinková (2005) uvádí, že hodnocení PADL je založeno na vyjádření pacienta nebo pečující osoby, částečně i na přímém pozorování pacienta při jeho vyšetření. Hodnocení IADL je založeno pouze na nepřímém hodnocení. Informace získané od seniora je dobré ověřit z dalšího objektivního zdroje. Do odpovědí se v některých případech promítají spíše vlastní přání než jejich skutečné možnosti. Zvláště u seniorů se syndromem demence je validita odpovědi nízká.

Většina těchto hodnocení vzniká na ergoterapeutických pracovištích a má formu strukturovaného dotazníku. Výsledky stanovují stupeň samostatnosti či nezávislosti nebo stupeň asistence či dopomoci (minimální, střední, maximální). Cílenější hodnocení detekují i typ (slovní, fyzická, dohled) a míru poskytované asistence (procentuálně) (Krivošíková, 2011).

Kondziołková (2014) upřesňuje typ dohledu (supervize) u osob s kognitivní poruchou od největší náročnosti, kterou představuje trvalý dohled až po občasné nebo minimální.

Součástí závěru hodnocení by mělo být zhodnocení míry rizika a bezpečnosti v rámci dané aktivity a případná nutnost kompenzačních pomůcek (Zikl, 2014).

Mezi nejznámější standardizované diagnostické nástroje užívané v ČR v rámci komplexního geriatrického hodnocení pro ADL patří Barthel Index (Mahoney a Barthel, 1965). Posuzuje míru osobní asistence, na základě PADL a lokomoce. Provádění tohoto testu je i v sociálních službách v rámci zdravotní dokumentace hrazeno ze strany zdravotních pojišťoven. Jde o poměrně citlivé hodnocení, díky jemuž lze odhalit změny ve funkčním stavu v určitém časovém úseku. Lze ho provést při vstupu, v průběhu a ukončení terapie. V průběhu let prošel několika úpravami, ale přesto vždy všechny varianty hodnotily položky dle stupně požadované asistence. Poslední úprava z roku 1989 přesněji vymezuje za pomoci pětibodové škály schopnost hodnocené osoby provádět danou aktivitu (neschopen, velká dopomoc, střední dopomoc, malá dopomoc, schopen). Stanovuje také počet hodin asistence (Kalvach, Onderková, 2006; Klusoňová, 2011; Müller, 2014; Maršálek, 2014).

Dalšími možnostmi může být i například funkční míra nezávislosti (dále jen FIM), která se však provádí pouze na několika málo ergodiagnostických pracovištích v ČR (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Odlišnost od ostatních vykazuje kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (Canadian Occupational performance measure, COPM). Posuzuje výkon a spokojenost s prováděnými aktivitami, které si daný jedinec vybere sám (Kristníková, 2011).

### **3.3.2 Intervenční strategie zaměřené na nácvik ADL v ergoterapii**

V obecnější rovině lze intervenční strategie cílené na zlepšení výkonu v oblasti ADL rozdělit do tří kategorií:

- kompenzace/adaptace,
- obnova/navrácení původních schopností,
- edukace/nácvik (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Kompenzace představuje zachování maximální úrovně výkonu klienta za pomoci následujících možností, popřípadě i jejich kombinací:

- adaptace/přizpůsobení předmětů denní potřeby, nástrojů či využití kompenzačních pomůcek (např. výměna knoflíků za suché zipy, zesílení rukojeti příborů, prodloužení držadla nástrojů, využití fixačního prkýnka s bodci pro facilitaci krájení, nástavec na WC, sedačka do vany, protiskluzné podložky, podavače, oblékače ponožek, obouvače,

rozlišovače klíčů, násadka na tužku pro rozšíření úchopu, přístroje kalibrované na třes horní končetin – vzhledově dobře řešeny)

- adaptace aktivity nebo úkolu – přizpůsobení činnosti funkčním možnostem klienta (oblékání jednou rukou, psaní ústy nebo dolními končetinami)
- adaptace, popřípadě modifikace prostředí klienta – je nezbytné zvážit hledisko bezpečnosti a finančních možností při úpravě prostředí (odstraňování architektonických bariér a vybavování kompenzačními pomůckami) (Kolář, 2009; Müller, 2014)

Obnova/navrácení původních schopností je zaměřena během intervence na jednotlivé poruchy tělesných funkcí a struktur s cílem obnovit nebo vytvořit schopnosti, nezbytné pro jednotlivé funkční úkoly (terapeutická cvičení je vhodné kombinovat s funkční aktivitou jako například zvětšování svalové síly prstů ruky pomocí hmoty Terapeuta a následné krájení zeleniny, masa, ovoce..). Lze využít také stupňování činnosti s postupnou gradací zátěže (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013; Švestková, Svěcená, 2013).

Edukace ze strany ergoterapeuta představuje poskytování základních informací a instrukcí skupinovou či individuální formou. V praxi je častěji využívána forma individuální, vzhledem k různorodosti členů skupin, kterými mohou být klienti, ale i pečující osoby. Může probíhat různě (písemně, prostřednictvím videozáznamu nebo DVD záznamu, informační materiálů umístěných na webových stránkách, občanských sdružení nebo profesní organizace). (Krivošíková, 2011; Müller, 2014) Tento způsob edukace koresponduje se shodným zaměřením speciálněpedagogické andragogiky (dále jen SPANDR) a obecné andragogiky v oblasti vlastní edukační praxe, cílené na pracovníky, pracující s dospělými osobami se zdravotním postižením (sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnický personál, dobrovolníky) (Hublar in Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011).

V praktické části jsme uvedli intervenční strategii obnova/navrácení původních schopností v kombinaci s edukací ergoterapeuta pracovníků zařízení v přímé péči.

### **3.4 Kinestetika v kontextu speciálně pedagogické gerontagogiky**

Pojem kinestetika, vychází ze složeniny řeckého původu. Slovo „*kinesis*“ označuje pohyb a „*aisthesis*“ vjem (Halmo, 2005).

Zakladatelé konceptu doktor Frank Hatchem a Lenny Maietta z USA rozvinuli a zkompletovali ve spolupráci se svým týmem v 70 letech 20. století znalosti z oblasti

psychologie, moderního tance, kybernetiky a vytvořili tak pohybově komunikační koncept. Po delší spolupráci s autory založila v roce 1998 Heidy Bauder Missbach pohybovou školu Viv – Arte, zaměřenou na podporu pohybu osob s disabilitou (Nedělková, 2008; Maieta, Resch Kroel, 2009).

Bauder Missbach, (2015) zmiňuje pohled kybernetiky na člověka jako na sebe-kontrolující systém se zpětnou vazbou. Prostřednictvím smyslových systémů získávají lidé informace o sobě, svém okolí a o dopadu svého jednání. Díky sluchu, zraku, chuti a citění se propojuje vnitřní svět s vnějším. Velký význam má také hmat (dotek).

Kolář (2009) si všímá, že u seniorů se změnou kvalitativní složkou vědomím je výměna informací dotykem často jedinou možností, jak podpořit jejich mobilitu a body schéma.

Cenné jsou také poznatky Feldenkreisovy metody pohybové terapie, která využívá cílených pohybových aktivit k lepšímu uvědomění si vlastního pohybu (Pavlů, 2003).

V zařízeních sociální péče, zejména v domovech pro seniory, vyvstává stále aktuálnější problém a tím je ztráta soběstačnosti, pasivita, pocit obtěžování okolí, prohloubení celkového strádání a již zmíněná sociální izolace v podkapitole 1. 5. (Benešová, 2014).

Vhodně zvolený program aktivizace, edukace a animace sehraje v těchto situacích zásadní úlohu, včetně edukačně zaměřené sociální pomoci a sociálně edukačního poradenství (Veteška, 2017).

Jedním z hlavních cílů pečujících a ergoterapeutického procesu je zachování soběstačnosti a nezávislosti, pohybových schopností, dovedností v oblasti ADL. Udržení funkčního stavu hraje velkou roli také v prevenci vzniku nežádoucích změn zmíněných již v podkapitole 3.2. Přímo se tedy podílí na kvalitě života a sociálním statusu seniora ve společnosti. (Bauder Mißbach, 2008; Krivošíková, 2011).

Prostřednictvím konceptu kinestetiky lze předcházet neschopnosti pohybu a budovat vhodné pohybové strategie ze strany pečujících osob. V tomto směru nelze hovořit o formě terapie. Jde o program vývoje manipulačních a pohybových schopností pečujících s využitím vlastního pohybu k cílenému rozpohybování klienta (Bauder Mißbach, 2015).

Nedělková, Halmo (2008) vymezují tento koncept jako komunikačně pohybový, vycházející z aktivního a vyváženého tělesného pohybu, umožňující bezpečnou a bezbolestnou mobilizaci v lůžku i mimo něj. Základem je porozumění dění v pohybovém procesu z šesti



rozdílných aspektů (principů) a následné efektivní využití zbylých pohybových rezerv během jakékoliv aktivity.

Nabízí tedy možnosti speciálně pedagogické intervence v oblasti pohybové a kognitivní terapie, prevenci imobilizačního syndromu a nácviku soběstačnosti jak pro pečující, tak pro příjemce péče (Kristníková 2011; Nedělková, 2014).

Individuální podpora pohybového vzorce je konaná za účelem:

- zmírnění bolestí a prevence tělesného poranění během manipulace,
- zlepšení vnímání vlastního těla,
- zachování sebekontroly nad pohybem,
- prevence imobilizačního syndromu, svalové atrofie, kontraktur, dekubitů, omezeného pohybu kloubů, zácpy, žilní trombózy, narušení tělesného schématu a prostorové desorientace, bolestí zad v rámci pracovní ergonomie pečujících,
- optimalizace manipulačních a pohybových strategií (prevence přetížení krční a bederní páteře, zvýšení svalového napětí a špatnému zatěžování kloubů pečujících). (Halmo, 2005; Bauder Mißbach, 2010).

Je uznávaným konceptem v péči nejen o seniory, uplatňující holistický přístup k člověku. Obrovské pozitivum tohoto konceptu tkví v posílení motivační složky pečujících osob během nacházení nových způsobů naplňování potřeb seniorů. Utváří se tak vztah, založený na vzájemné důvěře, neboť interakce je mnohem intenzivnější (HAVLOVÁ 143 [cit. 2015-08-30]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/skola-chrbta-kinestetika>).

Do oblasti přímé péče přináší tedy kreativní koncepci, rozvíjející a podporující zdraví pečujících na základě kvalitní interakce (senior – pečující), zprostředkované dotykem, probíhající v určitém čase (rychle, pomalu), prostoru (místo), směru (nahoru, dolů, doprava, doleva), v určité kvalitě pohybu (tah nebo tlak) a vynaloženého množství síly (Nedělková in Filatová, 2014).

Nedělková (2009) dodává, že užitím kinestetiky v péči nejen o seniory docílíme jejich zlepšeného vnímání podmětů z okolního i vnitřního prostředí a následného efektivnějšího využití zbylých schopností.

Výukový koncept kinestetické mobilizace zahrnuje následující komponenty (moduly):

- preventivní mobilizace (edukace k podpoře pohybu a činností pro uchování zdraví, jak pečujících, tak seniorů, kteří jsou téměř nepohybliví),
- rehabilitační mobilizace (činnosti vedoucí k naučení novým pohybovým možnostem v nesčetných variantách a přizpůsobení se základní problematice seniora a jeho pohybovým možnostem – individuální mobilizační plán),
- rozvoj zdraví - časná cílená podpora seniora v dílčích krocích pohybových aktivit, pro zpětný návrat sebekontroly v každodenních aktivitách, zdokonaluje se jejich pohybový vjem a schopnost adaptace na pohyb pečujících,
- efektivní podpora zdraví – obsahuje činnosti, propojující předešlé úrovně a rozvíjející pohybové představy, upevňující základní polohy a pohybovou koordinaci (Maieta, Resch Kroel, 2009; Bauder Mißbach, 2015).

Vzhledem k pohyblivosti seniorů a pouze základním kinestetickým znalostem pečujících v Domově Hrubá Voda jsme se rozhodli zaměřit na možnosti konceptu v rozsahu prvního modulu - oblasti preventivní mobilizace a jejího následného ovlivnění ADL, zejména PADL. Blíže bude situace v zařízení a vybraných seniorů s různě omezenou schopností pohybu, komunikace, orientace, myšlení, paměti, vnímání a obecně pečujících popsána dále v praktické části.

### 3.4.1 Kinestetické principy

Kinestetický koncept je rozdělen do šesti principů, umožňujících sledovat a rozebírat pohybovou situaci zúčastněných během ADL z různých aspektů:

- princip interakce,
- funkční anatomie,
- lidský pohyb,
- lidská funkce,
- námaha,
- okolí (Grasberger, Dostupné z: [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf)).

Interakce, námaha a okolí charakterizují předpoklady pro řízení pohybu a funkční anatomie, lidský pohyb, lidská funkce k vykonání pohybu (Citron, 2004).

Nědělková, Halmo (2007, s. 5) vysvětlují: „Rozdělení pohybu na základě 6 kinestetických principů slouží k tomu, aby se z analýzy pohybu vytvořil srozumitelný, jednoduchý systém, na jehož základě bude možné plánovat péči o klienta v oblasti pohybové terapie, v oblasti prevencí imobility a nácvik soběstačnosti v běžných aktivitách denního života“.

### **Princip interakce**

„Interakce znamená komunikaci a na sebe se vztahující jednání mezi dvěma nebo více osobami. Výměna informací probíhá přes různé smyslové systémy“ (Bauder Mißbach, 2008, s. 16).

Tento první princip v sobě nese pět základních smyslů a jejich propojení s pohybem na základě výměny informací mezi pečujícím a klientem (Bauder Mißbach, 2015).

Každý pohyb v sobě nese prostorovou změnu, je proveden s odpovídajícím využitím síly a během mobilizace plyne čas. Z toho vyplývá kinestetické pravidlo, které definuje pohybové interakce jako jedinečný, znovu se neopakující zážitek, vzhledem ke své variabilitě (Citron, 2004; Šrubařová, 2007).

Důraz je zde kladen na hmatové vnímání, které je rozvinuto a je definováno jako kinestetický smyslový systém, spolupodílející se na vnímání pozice jednotlivých kloubů či pohybu svalů. Prostřednictvím doteku a hmatu zprostředkovává osobě s poruchou hybnosti různého stupně a druhu informace z okolního světa. Jde o tzv. taktilně kinestetickou výměnu informací. Ve spojitosti s nervovým zakončením, ve vnitřním uchu, představuje propioceptivní nervový systém (Halmo, 2005; Frost, 2013).

Dotykové, pohybové a slovní dovednosti pečujících mají vliv na motivaci člověka k mobilizaci. Slovní zásoba pečujícího hraje velkou roli v přesnosti verbálních instrukcí, kterým senior rozumí, zejména v případech rozvíjejících se syndromů demence. U lucidních seniorů je důraz kladen na konzultaci probíhající manipulace a omezujících či pohyb podporujících opatření. Pokud se cítí omezení, je nezbytné provádět pohyb opakovaně, dokud nebudou obě strany spokojeny (Nědělková in Filatova, 2014).

Baauder Mißbach (2015) zmiňuje posuzované aspekty tohoto principu: stav vědomí, poruchy řeči, vnímání bolesti, aktivní až pasivní pohyb, sebekontrola pohybu, jemná a hrubá motorika, motivace k pohybu.

Bauder Mißbach (2010) také poukazuje na novátorku holistické péče v německy mluvících zemích Sr. Liliana Juchli. Tato křehká žena vyzdvihovala celostní pohled na člověka, podporu osob v ADL, rozvoj a zachování lidské důstojnosti a odkazuje na principy kinestetické mobilizace. Poukazuje na nebezpečí při ošetřování, kdy se do popředí zájmu dostávají moderní technologie a specializované výkony. Vytrácí se tak vzájemné láskyplné setkávání a komunikace. Za základ odborné ošetrovatelské péče považuje dotek a čas.

Nedělková, Halmo (2007) uvádějí fakt, že kvalita interakce dotykem a pohybem má eminentní dopad na rozvoj a obnovu zdraví u nemohoucích seniorů.

Interakci dotykem a pohybem nelze předpovědět ani naplánovat a praktické příklady ukazují, že přizpůsobit se osobám potřebující pomoc je individuální v dané situaci a proto nemohou být vytvořeny přesné standarty postupu mobilizace (Maieta, Resch Kroel, 2009).

### **Princip funkční anatomie**

Obsahuje anatomické základy pro pohyb a informace o průběhu pohybu, které umožňují orientaci během pohybu ve svých anatomických strukturách (Nedělková in Filatova, 2014).

Pohybový aparát je nástrojem pohybu, zajišťující flexibilitu a stabilitu (Tichý, 2014).

Nedělková, Halmo dodává k těmto funkcím: „*vzorec pro stabilitu a flexibilitu se nachází ve 3 funkčních jednotkách pohybového aparátu: kosti a svaly, části těla (hmoty) a velké pohybové roviny (meziprostory)*“ (Nedělková, Halmo, 2008, s. 10).

Na lidském těle se nachází celkem sedm hmot a šest meziprostorů, které jsou rozmístěny mezi hmotami. Hmoty lze charakterizovat jako pevné části, nesoucí hmotnost. Meziprostory jsou naopak měkčí struktury, umožňují pohyb (Bauder Missbach, 2009).

Pevné části, tvořící stabilní část pohybového aparátu, jsou: hlava, hrudník, pánev a končetiny. Hlavním funkcí je klidová poloha a ochrana orgánů. Tvarem jsou spíše kulaté a jejich pohyb je do jisté míry omezen (Bauder Missbach, 2010).

Meziprostory (flexibilní pohybové roviny) představují následující části, umožňující změnu pozice: krk, podpaží, pas a třísla (Asmussen, Boysen, Dostupné z: [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2014/3/lq-1403-10-Kinaesthetics-TrainerInnen-sind-ExpertInnen-fuer-Mobilitaetsfoerderung.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2014/3/lq-1403-10-Kinaesthetics-TrainerInnen-sind-ExpertInnen-fuer-Mobilitaetsfoerderung.pdf)).

Aby byl pohyb co nejefektivnější, je nezbytné dát impuls k pohybu vždy skrze pevné hmoty. Pokud pečující osoba zahajuje pohybovou akci přes meziprostory, může způsobovat bolest a podpora či pomoc se tak stává neefektivní (jednotlivé části těla se takto nepohybují jedna za druhou, ale současně) (Bauder Missbach, 2010).

Nedělková (2007) rozšiřuje toto tvrzení o zkušenost z praxe během práce se seniory s omezenou pohyblivostí: „*Ve většině pobytových zařízení pro seniory v České republice se setkávám s pohybovým impulzem přes meziprostory (většinou úchopem v podpaží nebo za krk). Obzvláště u křehkých seniorů je tento způsob aktivace velmi bolestivý a pasivní - nevede k podpoře pohybu*“.

V rámci tohoto principu Bauder Mißbach hodnotí tyto aspekty: svalová hmota, osteoporóza, změny na kůži a rány, pohyblivost v kloubech a svalové tonus (Nedělková, Halmo, 2007).

### **Princip lidského pohybu**

Je tvořen specifickými pohybovými vzorci, jejichž součástí jsou nosné a transportní roviny. Bauder Mißbach analyzuje pohybové návyky, integrace nosných a transportních pohybových vzorů. Všimá si výchozí pozice a hledá optimální a efektivní možnosti transportního pohybu, ve vertikále i horizontále paralelním či spirálním pohybem. Kinestetika se snaží nejvíce využívat pohyb spirálního, neboť se jedná o pohyb nejpřirozenější a nejméně namáhavý, flexibilní a ulehčující plynulý pohyb (Halmo, 2002; Jandačka, 2011; Bauder Mißbach 2015).

V tomto úhlu pohledu je koncept vnímán jako změna polohy, tanec okolo lůžka, podpora pohybu, učení se pohybovými zkušenostmi (Kristníková, 2011).

### **Princip lidské funkce**

Pod pojmem lidské funkce z pohledu kinestetické mobilizace se rozumí pohyb s úmyslem, který se děje na místě nebo z místa (Nedělková, Halmo, 2007).

Pro základ ADL a plynulý průběh vnitřních funkcí v rozdílných pozicích poskytuje pohybové vzory. Popisuje sedm základních pozic. Poloha na zádech, poloha na břiše, v sedě, na všech čtyřech, na jednom kolenu, stoj na jedné noze a vzpřímený stoj. Tyto základní polohy vycházejí z vývojové kineziologie pohybu. Pro ulehčení přechodu z jedné pozice do druhé se

využívá určitých pohybových vzorů (napínání a otáčení, napínání a krčení), spolu s přenášením váhy z jedné pevné hmoty na druhou (Halmo, 2002; Bauder Mißbach, 2010).

Pečující osoba je schopna na tomto základě určit vhodnost pozice pro pohyb na místě (pro příjem stravy, hygienickou péči, oblékání se...) i z místa (transfer ve vertikále i horizontále) (Nedělková, Halmo, 2007).

Bauder Mißbach upozorňuje na klasifikaci aspektů vlastní kontroly v rozličných pozicích a kontroly nad vlastním pohybem, respektování jednotlivých poloh a stupeň samostatnosti při zaujímání jednotlivých pozic (Nedělková in Filatova, 2014).

### **Princip námahy**

Tento princip je řazen mezi komunikační prostředky, hodnotící a vnímající tlak a tah. Podstatou je efektivní vytváření tahu či tlaku bez vynaložení velké námahy (Maieta, Resch Kroel, 2009).

Podpořením těchto dvou složek dochází ke kontrole pohybu a k přenosu informací o směru pohybu. Pokud se jednotlivé části těla vzdálí od pevné podložky, musí se jiná část těla více zatížit. Čím více částí se vzdálí, tím větší tlak je nezbytné vyvinout na zbylé části těla v kontaktu s podložkou. Zvyšují se nároky na práci krevního oběhu, metabolismu, koordinaci, rovnováhu, nosné a podpůrné funkce (Nedělková, Halmo, 2007).

Bauder Missbach (2015, s. 53) dodává, že: *„Pasivně vedený tah nebo tlak je pro pacienta škodlivý a bere pacientovi kontrolu nad vlastním pohybem. Zesíleným tlakem na nosné plochy lze získat během pohybu jistotu a oporu. Tahem se lze lépe dostat do pohybu“*.

### **Princip okolí**

Halmo (2002, s. 98) vysvětluje tento princip takto: *„Jedinec v souvislosti s pohybovou aktivitou disponuje dvěma možnostmi, a to přizpůsobit se okolnímu prostředí, anebo přizpůsobit okolní prostředí svým potřebám, tak aby došlo k usnadnění pohybu a byl zachován požadavek co největší samostatnosti pacienta/klienta a využití stávajících rezerv“*.

Bauder Missbach hodnotí vlivy zevního prostředí na pohyb. Pohyb je prováděn v součinnosti s gravitací, interakcemi s lidmi a okolním prostředím. Kvalita a profil okolí mají přímý vliv na svalový tonus, a následně i pohyb. Změna pohybových návyků nebo okolí napomáhá k udržení zdraví těla ale i jeho tělesných funkcí (Bauder Mißbach, 2015).

Těchto šest zásad se pojí s příslušnými vzorci pro pohyb a interakci, umožňující pečujícímu připravit pohybovou mobilizaci dle funkčního stavu seniora, která zahrnuje následující opatření:

- k zachování zdraví těla,
- k podpoře tělesného vnímání a sociálního chování,
- pro edukaci, zdokonalování a přizpůsobení se funkcím (Burka, 2005; Nedělková, Halmo, 2007; Bauder Missbach, 2015).

Zahrnutí kinestetické mobilizace do koncepce práce pečujících představuje budoucnost v péči o seniory (Knusel, Dostupné z: [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2013/4/lq-1304-05-Bewegungskompetenz-in-der-Altersbetreuung.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2013/4/lq-1304-05-Bewegungskompetenz-in-der-Altersbetreuung.pdf)).

Současná situace v zařízeních sociální péče o seniory nabízí velmi často pohled převzetí péče a pohybu za seniory a udržování jejich stavu. Mnoho pečujících, seniorů i příbuzných se tak domnívá, že ztráta dovedností a schopností je přirozený a nevyhnutelný projev stáří (Kabelka, 2017).

Rádi bychom demonstrovali u vybraných seniorů, že schopnost učit se a rozvíjet se, je i v tomto věku možná a přínosná. Funkční podporou nezávislosti u seniorů získává jejich život smysl.

Graf (2015) zdůrazňuje nutnost individuálního přístupu.

Nedělková, Halmo (2008) spatřují přínos kinestetiky u seniorů a dospělých v podpoře vnímání, růstu sebevědomí a soběstačnosti, vedoucí k větší svobodě v rozhodování a uspokojení z dosažených výsledků.

### **3.4.2 Možnosti konceptu v preventivní mobilizaci**

Kinestetickou mobilizaci lze vnímat jako proces změny polohy. Senioři zažívají během jakékoliv manipulace v lůžku velmi často bolest, oběhové problémy a nemožnost pohybu. Těmto symptomům lze velmi dobře předcházet drobnými pohyby (zahřátím) před započítím každé mobilizace, které urychlují zlepšení, obnovu či kompenzaci zhoršených nebo ztracených pohybových dovedností (Šrubařová, 2007).

Bauder Mißbach (2015) klade v mobilizaci do popředí chůzi namísto zdvihání. Obraz chůze člověka představuje v této oblasti individuální a jedinečný pohybový vzor. Při funkčních

nedostatků pohybového aparátu může být schopnost chůze omezena, což se následně promítne i do pohybového stereotypu v lůžku.

Mobilizace probíhá ve třech fázích, jejichž jednotlivé kroky budou blíže popsány v praktické části:

- Fáze zahřátí (Warm-Up) - přispívá k přesunu krve do periferie těla a ke zvýšení pružnosti vazů a šlach, je esenciální pro prevenci úrazů a zvýšení výkonnosti. V důsledku této stimulace dochází k probuzení tělesného vnímání.
- Fáze funkčního tréninku je charakterizována integrací pohybových postupů, koordinací změny místa a přizpůsobení se pohybovému vzoru, který je zvolen individuálně pro každého seniora. Manifestuje se následujícími podporami pohybů: transfer v lůžku směrem k hornímu čelu, posun na okraj lůžka, otočení do polohy na boku, posazení na kraj lůžka, čelní a boční transfer ve vertikální poloze mimo lůžko.
- Fáze zklidnění (Cool-Down) zahrnuje uvědomění si nové pozice a její pohodlné upravení s rovnoměrným rozložením váhy. Vhodné je zde také respektovat pravidla polohování jako prevence flekčních kontraktur a dekubitů se zaměřením na nejvíce ohrožená predilekční místa. (Maieta, Resch Kroel, 2009; Nedělková in Filatová, 2014; Bauder Mißbach, 2015)

Souhrou všech fází by mělo být dosaženo zlepšení koordinace, plynulosti a sebekontroly pohybu. Části s omezenou pohyblivostí či nepohyblivé musejí být kompenzovány těmi zdravými, nesmí však dojít k jejich přetížení (tamtéž).

### **3.4.3 Hodnocení ADL z pohledu kinestetiky**

V zařízeních sociálních služeb se velmi často využívá k posouzení a hodnocení soběstačnosti seniorů test Activitis of Daily Living různě modifikovaný, podle potřeb zařízení, zahrnující klasifikaci činností jako jsou: mobilita (transfer v horizontální i vertikální poloze), koupání, najezení, napití, oblékání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití toalety, chůze po rovině a po schodech, úkony související s péčí o pokoj, přípravou stravy, nákupem, cestováním (Grasberger, Dostupné z: [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf)).

Kinestetické posouzení soběstačnosti nejen u seniorů spočívá v zhodnocení jejich pohybové situace dle již zmíněných kinestetických principů v podpodkapitole 3.4.1 a



aktuálního stavu. Každý zásada charakterizuje dílčí část komplexní povahy pohybu a monitoruje pohybovou situaci z různých aspektů (Kolář, 2009).

Jednotlivé principy jsou hodnoceny bodovou stupnicí, jejíž evaluace určí, jak moc je posuzovaná osoba schopna pohybu:

- 6 bodů – aktivní,
- 18 bodů - částečně aktivní,
- 36 bodů – pasivní (Grasberger, Dostupné z: [https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf)).

Pečující nejprve v tabulce provede podrobné slovní hodnocení mobility a poté určí míru závislosti od 1 bodu, kdy změna pozice je provedena samostatně a bezpečně a pohyb je plně kontrolován. Změna pozice, která je realizována samostatně a bezpečně s pomůckou je hodnocena 2 body. V případě, že je pro bezpečnou pozici nezbytná slovní instruktáž, jsou přiděleny 3 body. Minimální taktilní podpora pomocné osoby během pohybu je klasifikována 4 body. Výrazná podpora pomocné osoby v dílčích krocích 5 bodů, a pokud změnu pozice musí uskutečnit plně pomocná osoba, 6 bodů. Celkový počet bodů se sečte a opakované zhodnocení ukáže, zda závislost na pečujících klesá či narůstá (tamtéž).

Pro časovou náročnost kinestetického posouzení soběstačnosti a pouze základním znalostem pečujících v Domově na Hrubé Vodě v oblasti této problematiky jsme se rozhodli využít již zmiňovanou modifikaci Bartelova Indexu k posouzení efektivity kinestetické mobilizace i u seniorů se syndromem demence. Pečující s tímto hodnocením běžně pracují pod supervizí ergoterapeutky a vyplnění jim nečiní žádné obtíže. Hodnocení je využíváno i v rámci individuálního plánování.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Teoretická část bakalářské práce zahrnovala základní vymezení a obecnou charakteristiku stáří, včetně geriatrických syndromů a syndromu demence, v jehož důsledku dochází také k narušení pohybových schopností a ADL. Po prostudování odborné literatury v těchto oblastech jsme zjistili, že se jedná o velice rozsáhlou oblast a proto jsme se soustředili pouze na ta onemocnění a témata, korespondující s praktickou částí našeho výzkumu. Dále jsme se zaměřili na změny ovlivňující pohyb seniora, funkční geriatrické vyšetření, konkrétně na oblast funkčních schopností, kde jsme opět v kontextu praktické části charakterizovali hodnocení ADL z pohledu ergoterapie, jako průsečíku tohoto oboru a speciální pedagogiky. Zmínili jsme také možné intervenční strategie, uplatňované při nácviku ADL nejen v ergoterapii. V podstatné části třetí kapitoly jsme se věnovali podpoře pohybu ve formě „*Konceptu kinestetické mobilizace*“ jeho principům, možnostem v oblasti preventivní mobilizace a hodnocení ADL nejen z pohledu konceptu.

V praktické části této práce se budeme zabývat již konkrétními možnostmi kinestetické mobilizace v rozsahu preventivní mobilizace, uplatňované pracovníky přímé péče v zařízení Domov Hrubá Voda. Ověříme si, zda prostřednictvím zvoleného metodického postupu dochází ke zlepšení, již zjištěných problematických oblastí PADL. Celý tento proces se budeme snažit přiblížit prostřednictvím třech pozorovaných klientů a jejich případových studií. Zaměříme se na popis celého průběhu práce s uživateli a změny v jejich sebeobsluze, chování a zdravotním stavu. Nejprve ale vymezíme primární cíl výzkumného šetření, dále pak metodologii a charakterizujeme výzkumný vzorek, místo šetření a v neposlední řadě i popíšeme organizaci výzkumného šetření.

## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této kapitole vymežíme obsah, cíle, povahu, použité metody a předmět výzkumného šetření. Charakterizujeme jeho organizaci, výzkumný vzorek, místo šetření a metodické postupy v oblasti preventivní mobilizace.

### 4.1 Cíl šetření

Cílem práce jsou možnosti využití „*Kinestetické mobilizace*“ u vybraných seniorů v zařízení Domov Hrubá Voda.

Hlavním výzkumným cílem této bakalářské práce je popsat fenomén kinestetické mobilizace v rozsahu preventivní mobilizace, uplatňovaný pracovníky přímé péče v již jmenovaném zařízení, prostřednictvím případových studií, otevřeného zúčastněného pozorování s minimální mírou participace a prostudování jiných dostupných materiálů.

Dílčími cíli jsou konkretizace a efektivita konceptu v přímé péči v oblasti PADL. Konkretizace konceptu bude spočívat v ověřování zvoleného metodického postupu v rozsahu preventivní mobilizace u vybraných osob seniorského věku s následujícími obtížemi:

- uživatelka č. 1 se syndromem imobility v důsledku psychické alterace (Alzheimerova choroba přechod do třetího stádia)
- uživatel č. 2 se syndromem dekondice a hypomobility bez přítomnosti syndromu psychické alterace
- uživatelka č. 3 se syndromem dekondice a hypomobility za přítomnosti syndromu psychické alterace, vzniklém na podkladě ischemicko-vaskulární demence typu smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

Průkaznost efektivit konceptu bude zakotvena v hodnocení jednotlivých oblastí personálního ADL, u vybraných seniorů, které se při prvním testování ukázali jako nejvíce problematické. Dále se zaměříme v rámci uvedených dílčích cílů na posouzení, zda se v průběhu práce neobjeví změny v chování či jejich zdravotním stavu.

Abychom dospěli k naplnění těchto cílů, stanovili jsme si hlavní a vedlejší výzkumné otázky:

- Jak probíhal celý proces uplatňovaný v rozsahu preventivní mobilizace pracovníky přímé péče ve jmenovaném zařízení?

- Které účinné faktory konceptu v rozsahu preventivní mobilizace lze uplatnit u uživatele č. 1, č. 2 a č. 3?
- Jaký vliv má koncept v oblastech PADL u uživatele č. 1, č. 2 a č. 3?
- Došlo v průběhu intervence k výrazným změnám v chování nebo zdravotním stavu uživatelů?

## 4.2 Metodologie

Provedený výzkum je kvalitativního charakteru, jehož hlavním zdrojem jsou tři případové studie. Díky opakovaně navštěvovanému zařízení mohly dvě studie vzniknout v rozmezí od ledna do konce června roku 2017 a jedna od září 2017 do konce března 2018. Frekvence návštěv v zařízení byla v průměru dvakrát měsíčně. Realizace celého procesu trvala šest měsíců. K vytvoření těchto případových studií dopomohla také dokumentace ergoterapeutky, která zahrnovala, anamnézu, funkční ergoterapeutická hodnocení, hodnocení ADL, intervenční strategie, prováděné v součinnosti s aktivitami pracovníků přímé péče, zejména obnova/navrácení a edukace nejen uživatelů samotných ale i pracovníků přímé péče. Za stěžejní zdroj informací však považujeme modifikaci Barthelova Indexu (viz příloha č. 1), vytvořenou tamní ergoterapeutkou a používanou pouze v rámci Domova Hrubá Voda pro zkvalitnění péče o seniory v oblasti přímé péče. Vybrané aktivity, zejména z oblasti PADL, jsou hodnoceny před započítáním intervencí, v průběhu a na konci. V rámci realizace těchto případových studií jsme pro získání potřebných informací dále použili metodu otevřeného zúčastněného pozorování s minimální mírou participace, anamnézu, vyhodnocování výsledků práce či prostudování jiných dostupných materiálů.

### 4.2.1 Případová studie – Kazustika

Hadj-Mousová a kol. (2002) uvádí, že případovou studii lze také nazývat kazuistikou. Pojem pochází z latinského casus – případ. Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem, kdy přehledně, podle předem daného schématu, uspořádáváme všechna fakta, která jsou nám o případu známá a následně je i analyzujeme.

Hendl (2016, s. 102) dodává: „*V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zachycuje složitost případu, popis vztahů v jejich celistvosti*“.

Edelsberg (in Valenta, Müller 2013) uvádějí, že kazuistika byla dříve pouze lékařskou metodou, později se rozšířila i do ostatních oborů. V současnosti zahrnuje především rodinnou

a osobní anamnézu, diagnózu, prognózu, terapeutickou, terapeuticko-formální či reedukační intervenci, jejich průběh a výsledky.

Vašek (in Valenta, Müller 2013, s. 80) dále zmiňuje, že: „*Na kazuistiku ve speciální pedagogice nahlíží Vašek jako na metodu spočívající v důkladném studiu všech dostupných písemných i jiných materiálů o postiženém či narušeném jedinci, v jejich diagnostickém zhodnocení a formulování závěrů.*“

V naší práci jsme se zaměřili na 3 již zmiňované uživatele Domova Hrubá Voda, kteří relativně charakterizují diagnostické složení uživatelů ze zkoumaného zařízení.

#### **4.2.2 Anamnéza**

Valenta (in Renotiérová, 2003, s. 9) uvádí: „*Původně medicínská diagnostická metoda zaměřená na „rozpomínání si na předchorobí“, kterou v současnosti využívají i psychologie, pedagogika a speciální pedagogika a kde diagnostik získává od klienta, jeho rodičů a dalších odborníků (učitele, lékaře, sociálního pracovníka) formou rozhovoru či dotazníku údaje relevantní problémům klienta a pomáhající tyto problémy vysvětlit. Údaje takto získané jsou vždy důvěrné a profesionální etika zavazuje k naprosté mlčenlivosti.*“

#### **4.2.3 Pozorování**

Jedná se o nejstarší a nejvíce používanou metodu pro získávání potřebných dat, která spočívá ve sledování spontánního a přirozeného chování, do něhož terapeut žádným způsobem nezasáhl (Chráška, 2007; Řičan, 2010).

V odborné literatuře nalezneme několik druhů pozorování, ale za nejčastější je považováno zúčastněné pozorování. Švaříček, Šedřová a kol. (2007, s. 143) ho vymezují následovně: „*Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“

Klasifikace pozorování:

- zúčastněné a nezúčastněné,
- přímé a nepřímé,
- strukturované a nestrukturované,
- otevřené a skryté (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017).

### 4.3 Organizace výzkumného šetření

Případové studia a pozorování jsme realizovali v zařízení Domov Hrubá Voda ve spolupráci s tamní ergoterapeutkou a pracovníky přímé péče. Pro dosažení cílů bylo použito otevřeného zúčastněného pozorování s minimální mírou participace. Zvolená míra účasti během pozorování musí být v souladu s výzkumným záměrem, ale může se během procesu výzkumu měnit (Švaříček a kol., 2014).

Vybrané osoby byli informováni a požádáni o souhlas s výzkumným šetřením, který však nelze vzhledem k zachování anonymity uživatelů v této práci uveřejnit. Byl založen do složek sociální dokumentace uživatelů v zařízení. Průkaznost dokládáme potvrzením sociální pracovnice Jany Tomanové, DiS a ředitele zařízení Mgr. Josefa Vacka (viz příloha č. 3). Dále byl také nezbytný samostatný souhlas ředitele zařízení s prováděním praktické části našeho šetření (viz příloha č. 4).

Tato metoda sběru dat probíhala vždy po celý den (od 6.30 – 18.00), od příchodu na pokoje zvolených uživatelů až do našeho odchodu. Časový úsek strávený pozorováním byl u každého uživatele během jednotlivých návštěv individuální. Vždy zaleželo na jeho momentálním zdravotním a psychickém stavu. Přibližně se doba pozorování jednoho úkonu pohybovala v průměru okolo 20 minut. Započala pozorováním ergoterapeutky při vstupním hodnocení úkonů PADL u uživatele č. 1, 2, 3 a poté opakovaným pozorováním pracovníků přímé péče při provádění zvoleného metodického postupu konceptu v rozsahu pohybových aktivit preventivní mobilizace, vykonávaných pravidelně několikrát denně v rámci PADL:

- mobilita – vertikalizace, přesuny, lokomoce,
- oblékání,
- ranní hygiena,
- celková hygiena,
- podávání stravy a sebesycení.

Celkem bylo provedeno 10 pozorování u každého z vybraných seniorů ve výše jmenovaných, individuálně ergoterapeutkou zvolených oblastech PADL. Individuální metodický postup konceptu u uživatele (viz vzor záznamového archu příloha č. 6, 8, 10) stanovila také ergoterapeutka dle zjištěných problematických oblastí během prvního hodnocení PADL (viz příloha č. 5, 7, 9). Provedení zvoleného metodického postupu konceptu, u jednotlivého uživatele, trvalo pracovníkům přímé péče v průměru deset minut v rámci

následujících zvolených aktivit, které byly vykonávány denně, ale u celkové hygieny pouze jedenkrát týdně:

- uživatelka č. 1 - ranní hygiena, podávání stravy a sebesycení, přesuny v horizontále i ve vertikále, oblékání, vertikalizace do sedu, celková hygiena,
- uživatel č. 2 – oblékání, lokomoce, vertikalizace do sedu a do stoje, přesuny v horizontále i ve vertikále, ranní hygiena, celková hygiena,
- uživatelka č. 3 – ranní hygiena, přesuny v horizontále i ve vertikále, vertikalizace do sedu i do stoje, celková hygiena, oblékání, podávání stravy a sebesycení.

Test ADL byl ergoterapeutkou zopakován ještě při naší páté návštěvě uživatelů a při závěrečném desátém pozorování.

Jednotlivá pozorování byla prováděna vždy v přítomnosti ergoterapeutky či pečovatele přímé péče na pokoji v blízkosti uživatele, ale tak abychom nepřekáželi provádění úkonů a zachovávali zároveň i intimitu uživatele. Ve většině pozorování jsme stáli v záhlaví lůžka, abychom neovlivňovali pozorovaný jev. Pouze ve výjimečných případech jsme se podíleli v minimální míře na pomoci během vykonávání sebeobslužných aktivit. Předmětem pozorování bylo, zda pečovatelé s uživatelem provedli všechny požadované intervence podle stanoveného metodického postupu kinestetické mobilizace v oblasti zejména horních a dolních končetin, hrudního koše, pánve a složitější pohybové vzory v podobě posazení se a přemístění se na židli. Následně jsme zaznamenali do námi vytvořené tabulky výsledky pozorování jednotlivých úkonů individuálně vytvořeného metodického postupu ergoterapeutkou pouze ve formě provedl/neprovedl viz již zmíněné vzory záznamového archu v přílohách 6, 8, 10, které se vyplněné staly součástí dokumentace ergoterapeutky a pracovníků přímé péče. Po dohodě s ředitelem zařízení budou zveřejněny pouze námi vytvořené vzory záznamových archů. Při hodnocení ADL jsme klasifikovali každou aktivitu bezprostředně po jejím provedení do modifikovaného záznamového archu, který jsme obdrželi od ergoterapeutky. Pro přehlednost a komparaci výsledků hodnocení jsme ho také zpracovali v elektronické podobě a uveřejnili se souhlasem ředitele zařízení (viz příloha č. 11) ve výše zmiňovaných přílohách 5, 7, 9. Souhlas vybraných seniorů byl založen do jejich osobní složky v sociální dokumentaci k jejich dalším souhlasům s využitím dat z výzkumného šetření v zařízení z ergoterapeutické a sociální dokumentace. Vzhledem k jeho průkaznosti uveřejňujeme pouze doklad o jeho archivaci, vystavený ředitelem zařízení (viz příloha č. 12).

## 4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Základním souborem do tohoto výzkumu se staly tři osoby: dvě ženy ve věku šedesát osm a osmdesát pět let a jeden muž ve věku osmdesát let. Důležitým faktorem při výběru bylo obsáhnout reprezentativní vzorek obrazu většiny uživatelů v zařízení. V Domově Hrubá Voda je kapacita lůžek pro devadesát dva osob, z toho dvacet uživatelů je téměř plně imobilní se syndromem psychické alterace, vzniklým na podkladě atroficko – degenerativní demence s prevalencí Alzheimerovi nemoci, dvacet uživatelů je částečně imobilní či v důsledku dlouhodobého onemocnění v dekonkoci, bez přítomnosti psychické alterace a padesát dva uživatelů částečně mobilních s přítomností psychické alterace ve formě symptomatických demencí ischemicko – vaskulární etiologie. V zařízení se nachází pouze 21 mužů, zvolili jsme tedy pouze jednoho zástupce mužského pohlaví. Výzkumný vzorek osob byl vybrán na základě těchto údajů a předešlých návštěv zařízení při předběžném mapování terénu a na základě několika konzultací s pracovníky přímé péče, sociální pracovníci, zdravotnickým personálem a ergoterapeutkou.

## 4.5 Charakteristika místa šetření

Naše výzkumné šetření probíhalo na pokoji uživatelů čili v jejich tamním domácím prostředí. Domov Hrubá Voda, p. o., který leží v klidném prostředí v údolí řeky Bystřice severovýchodně od Olomouce. Areál domova tvoří 3 hlavní objekty:

- hlavní budova,
- budova B,
- domeček.

Součástí areálu je velká zahrada s letním posezením. Kapacita zařízení je 92 míst.

Registrované služby Domova:

- Domov pro seniory (kapacita 75 lůžek, přijímáni jsou uživatelé muži i ženy nad 60 let s různě zachovanými funkčními schopnostmi a s rozličným psychickým onemocněními)
- Domov se zvláštním režimem (kapacita 17 lůžek, přijímány jsou pouze ženy nad 40 let se syndromem demence, na podkladě různé etiologie a mentálním postižením) (Domov hrubá voda, Dostupné z: <https://www.ddhrubavoda.cz/o-nas>).



## 4.6 Charakteristika metodického postupu v oblasti preventivní mobilizace

Obsahem této podkapitoly jsou jednotlivé fáze konceptu, dílčí kroky a jejich účinek v oblasti preventivní mobilizace. Interpretace a popis provedení pohybů jsou výsledkem našeho celkového pozorování. V přílohách uvádíme fotodokumentaci kroků jednotlivých fází, která byla pořízena ve spolupráci s ergoterapeutkou.

### 4.6.1 Fáze zahřátí „Warm-Up“

Zahřátí je nezbytné před započítím jakékoliv sportovní aktivity. Začíná pozvolna stupňujícími se cviky pro celé tělo, při nízké intenzitě. Dochází k rozproudění krve do celého těla a rozšíření cév. Vazy a šlachy dosahují vyšší míry elasticity a klouby jsou pohyblivější. Cílem je zahájení pohybu v jednotlivých tělesných oblastech (dolní končetiny, horní končetiny, pánev a hrudník) do čtyř směrů, provedení bezbolestné změny polohy v těchto segmentech. Podstatou je příprava organismu na danou aktivitu a prevence bolesti během následujících pohybů a změn pozice v jednotlivých segmentech (Bauder Mißbach, 2015).

#### Sled dějů

##### Dolní končetiny (viz příloha č. 13)

*Provedení:* výchozí pozicí je vodorovná poloha - v leže na zádech a souběžně vyrovnaná pozice obodolních končetin. Následuje otočení dolní končetiny v oblasti nohy, bérce a stehna nejprve směrem ven do **zevní rotace**. Po dosažení krajní polohy a krátkém odpočinku otočíme tyto tři dílčí oblasti jednu po druhé opět zpět do středního postavení. Pokračujeme dále stejným způsobem do **vnitřní rotace**. Sestavu provedeme dvakrát. Poté **pokrčíme nohu**, koleno a kyčel, jedna část následuje druhou. Opřeme plosku chodidla o podložku a přemístíme část váhy z pánve na chodidlo a chvíli udržíme v napětí. Necháme pánev pomalu klesnout zpět a vyrovnáme postavení celé dolní končetiny v **natažení**. Na konci protáhneme kyčel lehkým tahem ve směru dolů k prstům nohy. Závěrem provedeme **kruhový pohyb** celé dolní končetiny. Vytočíme ji ve třech jmenovaných oblastech (chodidlo, bérec, stehno) směrem ven a následně ji pokrčíme v kotníku, koleni a kyčli. Lehkým otočením dovnitř opřeme chodidlo o podložku. Přemístíme opět tlakem na dolní část stehna část váhy z pánve na chodidlo a chvíli udržujeme napětí. Necháme pánev pomalu poklesnout zpět, otočíme dolní končetinu směrem dovnitř a

natáhneme do neutrální pozice. Protáhneme kyčel. Při druhém provedení začínáme otáčením dolní končetiny směrem dovnitř. Opakujeme jednou až pětkrát, dle bolesti a potřeb uživatele.

### **Horní končetina** (viz příloha č. 14)

*Provedení:* výchozí pozice je stále stejná a začínáme stejně jako na dolní končetině **vnější a vnitřní rotací** celé horní končetiny. Otočíme ji ve třech dílčích oblastech (ruka, předloktí a paže) směrem ven, pauza v krajní poloze. Při vnitřní rotaci postupujeme stejně. Počet opakování je stejný jako na dolní končetině. Následuje **pokrčení a natažení ruky**, lokte a ramene napříč přes hrudník. Položíme ruku na protilehlé rameno a zatlačíme na loket směrem k dolním žebřům. Vrátime se do výchozího postavení natažením paže, předloktí a ruky, roztáhneme prsty na ruce. Postup zopakujeme ještě dvakrát s postupným uložením končetiny v bočním natažení a natažení paže nad hlavu. Po čtvrté natáhneme paži zpět do výchozí pozice. Opakujeme šestkrát až sedmkrát, dle bolesti a potřeb uživatele.

### **Hrudní koš**

*Provedení:* výchozí pozice je poloha na boku, provádíme krouživý pohyb hrudním košem ve směru hodinových ručiček a poté i v proti směru, třikrát na obě strany.

### **Pánev**

*Provedení:* výchozí pozice i provedení jsou stejné jako u předešlého úkonu.

### **Závěr**

*Provedení:* Vyrovnáme vzájemné postavení tělesných částí, upravíme celkovou pozici a vyrovnáme nosnou plochu na pravé a levé straně těla.

## **4.6.2 Fáze funkční trénink – změna pozice**

### **Transfer v lůžku směrem k hornímu čelu** (viz příloha č. 15)

*Provedení:* výchozí poloha je leh na zádech, stojíme na straně těla, přes kterou budeme provádět posun směrem na horu. Kruhovým pohybem pokrčíme jednu dolní končetinu, protáhneme kyčel a přeneseme váhu těla z pánve na chodidlo. Odlehčíme stranu těla pokrčené dolní končetiny otočením na bok a rozpohybujeme jednotlivé části těla jednu podruhé tahem v oblasti sedacího hrbolu opačným směrem vůči cílovému směru – pohybem k nohám. Váhu těla kruhovitě přesouváme kolem celého těla. Během pohybu sledujeme odlehčování a

zatěžování jednotlivých segmentů. Postupně přebírá kontrolu nad pohybem uživatele a vyvíjíme již méně síly do tahu a tlaku. Během provedení je nezbytné sladit pohyb uživatele s naším. V případě těžšího uživatele lze provádět postup i ve dvojici s jiným pracovníkem.

#### **Posun na okraj lůžka** (viz příloha č. 16)

*Provedení:* výchozí poloha je leh na zádech, stojíme na straně lůžka, kde uživatele přesouváme. Při posunu k okraji lůžka pohybuje kruhovitě jednou tělesnou částí po druhé. Začínáme dolními končetinami, poté následuje pohyb pánví a na konec horní částí trupu. Opět je jedna část odlehčená pro pohyb a druhá je zatížená. Pohyb je inspirován fázemi chůze. Dbáme na to, abychom při přesunu posouvali uživatele co nejvíce k sobě díky tahu našich paží nikoli zatížením horního trupu, hrudní páteře. V případě těžšího uživatele lze provádět postup i ve dvojici s jiným pracovníkem.

#### **Otáčení do polohy na boku** (viz příloha č. 17)

*Provedení:* výchozí poloha je leh na zádech, před otáčením do polohy na bok je nezbytné opět kruhovým pohybem pokrčit dolní končetiny v kolenu, opřít plošky chodidel o podložku. Protáhneme již výše zmíněným způsobem oblast kyčlí. Paže uživatele spočívají na jeho hrudníku, vzdálenější dolní končetinu položíme na podložku v zevní rotaci v kyčelním kloubu, pokud to jde, pokud ne, otočíme souběžně obě pokrčené dolní končetiny, můžeme i natažené. Po operacích kyčelního kloubu vkládáme mezi kolena polštář, aby nedocházelo k pohybu přes pomyslnou střední čáru. Uvolníme spodní rameno a druhou horní končetinu, pokrčenou v loketním kloubu, opřeme dlaní o lůžko. Tahem přes bok směrem od hlavy dolů otočíme na bok. Během manipulace s uživatelem stojíme vždy na straně, kterou otáčíme. V případě těžšího uživatele lze provádět postup i ve dvojici s jiným pracovníkem.

#### **Posazování** (viz příloha č. 18)

*Provedení:* výchozí poloha je leh na boku, stojíme před uživatelem a nejprve spustíme postupně obě dolní končetiny směrem dolů. Dáváme pozor, aby spodní dolní končetina byla pokrčená v kyčli v úhlu 90 stupňů. Horní dolní končetina je nejprve před pohybem mírně nadlehčena odtážením od druhé dolní končetiny a poté je teprve posunuta směrem dolů mimo lůžko. Naše horní končetina blíže k hlavě uživatele je vsunuta pod horní trup, v místě pod ramenem. Pohyb započínáme dotočením k lůžku a vyvineme tah přes bok uživatele a po mírném napřímení přesuneme naši spodní ruku na pokrčený loket vzdálenější horní končetiny,

opírající se dlaní před trupem o lůžko a poskytneme oporu přes loketní kloub do úplného napřímení celého horního trupu.

#### **Posun v sedě k okraji lůžka** (viz příloha č. 19)

*Provedení:* výchozí poloha je sed, stojíme před uživatelem. Po posazení nedosahují chodidla uživatele země, musíme ho tedy posunout k okraji lůžka. Horní končetiny uživatele položíme na stranu, na kterou budeme přenášet váhu, podporujeme tak i stranovou orientaci a „*Body schéma*“. Svou paží podepřeme hrudník uživatele na straně, která ponese jeho váhu. Trup uživatele se otočí ke straně, kde spočívají jeho ruce. Nenaklání se! Pohybujeme odlehčenou stranou směrem nahoru a do stran. Na druhé straně taktéž, ale směrem k pánvi a ruce spočívají opět na opačné straně. Postupujeme takto, dokud se chodidla nedotknou země. Upravíme nastavení chodidel.

#### **Transfer na židli „Boční“** (viz příloha č. 20)

*Provedení:* výchozí pozice uživatele je sed, posadíme se těsně vedle uživatele více k okraji lůžka. Dolní končetinu uživatele položíme přes svou dolní končetinu a paži na těžší straně přes naše ramena. Přimějeme uživatele tahem za vzdálenější předloktí k náklonu na naši stranu a poté tlakem na pokrčené koleno k mírnému zdvíhu s pohybem dolů ke straně, směrem od našeho těla. Tento typ přesunu je vhodný pro uživatele s malou kontrolou pohybu. Fáze pohybu k židli jsou libovolné, většinou uskutečňované ve dvou až čtyřech krocích.

#### **4.6.3 Fáze zklidnění „Cool-Down“**

Každá, nejen sportovní aktivita by měla být vyvážena zklidněním, které podnítlí uvolnění svalstva, zklidní dýchání a navodí klidový stav (Kolář, 2009). V této závěrečné fázi dochází k rovnoměrnému rozložení váhy, neutrálnímu postavení kloubů a zmenšení rizika vzniku dekubitů či kontraktur. Podstatou je uložení uživatele do pozice (viz příloha č. 21), ve které se nebude zvyšovat svalové napětí a specifická místa na těle podléhající tlaku, nebudou ohrožena vznikem proleženin. (Nedělková, Halmo, 2007).

## **Sled dějů**

- Zajistíme bezpečnou a pohodlnou pozici uživatele.
- Kruhovým, sotva znatelným pohybem v oblasti nosných bodů (pánev, ramena, záda) rozprostřeme váhu těla uživatele do čtyř směrů.
- Pečlivě vyjmeme ruku.
- vyzkoušíme, zda jsou všechny části těla v konečné pozici minimálně pohyblivé.

## **5 UPLATNĚNÍ KONKRÉTNÍCH PRINCIPŮ PREVENTIVNÍ MOBILIZACE V OBLASTI ADL U VYBRANÝCH SENIORŮ V DOMOVĚ HRUBÁ VODA**

Cílem této kapitoly je charakterizovat z hlediska speciální pedagogiky (úžeji speciálněpedagogické gerontagogiky) konkrétní principy preventivní mobilizace v oblasti ADL u pozorovaných seniorů v zařízení Domov Hrubá Voda. Dále průběh jejich provádění, spolupráci, změny v oblasti ADL, v chování, motivaci a v celkovém zdravotním stavu. U každého z uživatelů byl sestaven ergoterapeutkou metodický postup, který korespondoval s problematickými oblastmi, zjištěnými během vstupního hodnocení ADL. Po 3 měsících ergoterapeutka provedla u jednotlivého uživatele opět kontrolní hodnocení ADL a změnila či doplnila metodický postup.

### **5.1 Konkrétní metodické postupy**

#### **Metodický postup u uživatelky č. 1 od ledna do poloviny března 2017:**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: posun k hornímu čelu lůžka, posun na okraj lůžka, otáčení se do polohy na boku,
- fáze zklidnění - semisupinační poloha na levém i pravém boku.

#### **Metodický postup u uživatelky č. 1 od poloviny března do konce června 2017:**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: k stávajícím úkonům přidáno posazení a posun v sedu k okraji lůžka,
- fáze zklidnění - semisupinační poloha.

#### **Metodický postup u uživatele č. 2 od ledna do poloviny března 2017:**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: posun k hornímu čelu lůžka, posun na okraj lůžka, otáčení se do polohy na boku, posazování, posun v sedu k okraji lůžka. Uživatel úkony zvládal s obtížemi, v rámci předchozího, nastaveného v jiném zařízení, chybného pohybového stereotypu, který vedl k neúměrnému zatížení jeho jednotlivých částí těla

a nevhodným polohám pečujících při poskytování patřičné míry podpory během pohybu. Ergoterapeutka navrhla změnu v provádění těchto pohybových stereotypů, uživatel souhlasil a instruovala pracovníky přímé péče.

- fáze zklidnění nebyla indikována, neboť uživatel zvládal změny poloh v lůžku samostatně s minimální mírou podpory pracovníků přímé péče. Riziko vzniku proleženin a kontraktur bylo tímto eliminováno.

#### **Metodický postup u uživatele č. 2 od poloviny března do konce června 2017:**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: k stávajícím úkonům přidán boční transfer na židli,
- fáze zklidnění – zde byla již tato fáze indikována jako rovnoměrné rozložení váhy těla v sedu na židli.

#### **Metodický postup u uživatelky č. 3. od září 2017 do konce listopadu 2017**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: posun k hornímu čelu lůžka, posun na okraj lůžka, otáčení se do polohy na boku,
- fáze zklidnění - semisupinační poloha na levém i pravém boku.

#### **Metodický postup u uživatelky č. 3. od začátku prosince 2017 do konce března 2018**

- fáze zahřátí,
- funkční trénink – změna pozice: k stávajícím úkonům přidáno posazení, posun k okraji lůžka a boční transfer na židli,
- fáze zklidnění – rovnoměrné rozložení váhy těla v sedu, prevence jednostranného náklonu trupu.

## **5.2 Kazuistika č. 1**

První kazuistiku jsme pojali nejen odborně, ale do jisté míry také osobně a velmi podrobně ve srovnání s ostatními kazuistikami. Uživatelka na počátku šetření nebyla schopna navázat zrakový kontakt, její pohled by nepřítomný, směřující stále k pravé straně. Celkově působila velmi strnulým dojmem. Nebyla schopna sedu, sama se otočit na bok ani posunout směrem k čelu lůžka. Nevládala žádné úkony v rámci ADL. Převážně inklinovala v leže k pravé straně, verbálně nekomunikovala, na výzvu nebo oslovení nereagovala. Na doteky

pracovníků přímé péče během manipulace v lůžku reagovala bolestivě. Neustále skřípala zuby a pohybovala prvními třemi prsty pravé ruky, jakoby počítala mince. Vízus uživatelky v nás vzbuzoval soucit, její váha se pohybovala dle informace ergoterapeutky mezi 35 – 36 ti kilogramy. Jelikož nebyla uživatelka kontaktní, nemohli jsme čerpat potřebné informace k odběru anamnestických dat. Rodina uživatelky dle sdělení sociální pracovnice nespolupracuje a ani ji nenavštěvuje. Informace nám tedy z dokumentace poskytla ergoterapeutka, sociální pracovnice a pracovníci přímé péče. Bez těchto klíčových informací bychom neměli možnost do hloubky poznat a pochopit, jak psychicky a zároveň i fyzicky je náročná práce pracovníků přímé péče a zároveň i významnost spolupráce mezi jednotlivými složkami, poskytující péči v zařízení – ergoterapeutky s pracovníky přímé péče, sociální pracovníci a zdravotníky.

Tato případová studie, stejně jako ostatní, je anonymní. Budeme se v ní věnovat fenoménu kinestetické mobilizace a jeho efektivitě. Prostřednictvím pozorování vývoje stavu uživatelky jsme zaznamenávali získaná data a postupně i vyhodnocovali a doplňovali o možné návrhy dalších intervencí, a to vše v již jmenované, týmové spolupráci. Zmiňujeme zde také základní údaje uživatelky, její představení, rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu, vstupní ergoterapeutické vyšetření, modifikované vstupní, průběžné a na závěr i výstupní ADL hodnocení, dále terapeutickou intervenci ve formě „*Preterapie*“ se závěrem kazuistiky.

### **5.2.1 Základní údaje uživatelky č. 1**

- Jméno: Paní XY,
- Datum narození: 1950,
- Věk: 68 let,
- Vzdělání: základní,
- Povolání: dříve skladnice v zemědělském družstvu, nyní je již ve starobním důchodu od roku 1995.
- Mateřský jazyk: český jazyk.

#### **Diagnóza:**

- 2005 - Psychiatrická ambulance - Alzheimerova choroba s časným počátkem,
- 2008 - 2010 - Klinická logopedie - kognitivní deficit - zrakové schopnosti, prostorová orientace, ideativní apraxie, deficit sebezpečí, perserverace.



- 2015 – 2016 - Klinická logopedie – porucha fatických funkcí, výrazný progres negativním směrem v oblasti exekutivních funkcí, verbálně téměř nekomunikuje, objevuje se psychomotorický neklid a projevy tenze. Nereaguje již téměř na oslovení.
- Březen 2016 – Pád – hospitalizace ve fakultní nemocnici Olomouc pro komplikovanou zlomeninu krčku kosti stehenní s vpáčením hlavice do jamky kyčelního kloubu.
- Květen 2016 – Leden 2017 – Hospitalizace v Psychiatrické léčebně Kroměříž.
- Od ledna 2017 – Umístěna v zařízení Domov Hrubá Voda.

#### **Medikace:**

- Amprilan – léčba po komplikovaném srdečním selhání,
- Anopyrin – ředění krve,
- Concor – léčba vysokého krevního tlaku,
- Ebixa – lék na podporu kognitivních funkcí, indikován u středně těžké až těžké formy Alzheimerovy choroby.

#### **5.2.2 Anamnéza**

Informace v této podpodkapitole jsou zpracovány na základě dostupných materiálů z dokumentace uživatky, poskytnuté ergoterapeutkou a klíčovou pracovnící ve spolupráci se sociální pracovnící.

#### **Rodinná anamnéza**

Rodiče uživatky již nežijí. Matka zemřela na karcinogenní onemocnění (carcinom ovaríí) a otec na následky jaterního onemocnění, vzniklého na základě alkoholismu. Uživatelka má pouze jednu starší sestru, která žije s rodinou na vesnici v delší vzdálenosti od zařízení, kontakt neudrží. Dle dostupných informací by měla být zdravá, bohužel přesnější informace o jejím zdravotním stavu nám nejsou známy. V rodině uživatky se nevyskytovala žádná genetická onemocnění ani poruchy metabolismu.

#### **Osobní Anamnéza**

U uživatky byla od roku 2005 diagnostikována Alzheimerova nemoc s časným počátkem, jejíž klinický obraz se velice rychle rozvíjel a postupně docházelo k výraznému progresu v oblasti ADL. V době příchodu do zařízení je plně závislá na péči pracovníků přímé péče, verbálně nekomunikuje a byli ji indikovány výše zmíněné léky.

## **Pracovní anamnéza**

Dosáhla pouze základního vzdělání, ale sama se naučila hrát na klavír. Po ukončení základní docházky pracovala nějaký čas na statku rodičů a poté v sedmnácti letech nastoupila jako skladnice v zemědělském družstvu, kde i setrvala do svého starobního důchodu na různých pozicích. Svou práci měla ráda.

## **Sociální anamnéza**

Uživatelka se ve dvaceti letech vdala a s manželem se odstěhovali do jiné vesnice, nedaleko od jejího domova. V manželství se narodily dvě děti, chlapec a dívka, obě zdravé. Manžel ještě žije, avšak uživatelku téměř nenavštěvuje ani její dvě děti.

### **5.2.3 Charakteristika stavu uživatelky na počátku výzkumného šetření**

Klientkou do první kazuistiky se stala šedesáti osmiletá paní XY. Před třinácti lety jí byla diagnostikována Alzheimerova choroba s časným počátkem. V minulosti také prodělala rozsáhlý infarkt myokardu. V dokumentaci ergoterapeutky neuveden rok. Od září roku 2015 je uživatelka již téměř nepohyblivá, nekomunikující, špatně přijímá stravu, ubývá na váze, výrazná tenze. Na doporučení ošetřujícího lékaře na geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci převezena a hospitalizována od května 2016 do ledna 2017 v Psychiatrické léčebně Kroměříž, kde se postupně stala plně ležící. Od 7 ledna 2017 je v zařízení Domov Hrubá Voda, kde byla umístěna na Domov seniorů z kapacitních důvodů a je plně závislá na péči. V dostupných materiálech o uživatelce jsme nenalezli dostatečné informace o jejím životě a rodina se zařízením nekomunikuje. Nelze zde tedy ani zmínit její zájmy.

V době probíhajícího výzkumného šetření, po stabilizaci stavu, reagovala velmi dobře na hudbu svého mládí. Ergoterapeutka jí pouštěla z CD přehrávače Yvettu Simonovou a Milana Chladila, Karla Gotta, Josefa Zímu, Jožku Černého a Hanu Zagorovou. Uživatelka se usmívala a tiskla ergoterapeutce ruku. Dále pracovníci přímé péče v průběhu našeho šetření udávali, že má velice ráda kávu, sladké (oplatky máčené v kávě) a po dosažení pohybové úrovně do sedu i pobyt v zahradě zařízení.

### **Pozorování uživatelky od ledna 2017 do konce června 2017**

Začátky práce s uživatelkou byly pro všechny pracovníky přímé péče velmi obtížné. Uživatelku jsme sledovali téměř od jejího přijetí do zařízení po uplynutí desetidenního adaptačního období, čili od sedmnáctého ledna 2017. Uživatelka nereagovala na oslovení,

jakýkoliv dotek během úkonů pečujících vyvolával bolestivou odezvu uživatelky, odmítala přijímat stravu. Zaujímal ji téměř embryonální polohu s prevalencí pravé strany. Ergoterapeutka provedla osmnáctého ledna 2017 vstupní vyšetření a hodnocení ADL (viz příloha č. 5), u kterého jsme byli přítomni. Níže uvádíme vstupní funkční ergoterapeutické hodnocení. Na základě hodnocení ADL se ukázali problematickými téměř veškeré hodnocené úkony v oblasti mobility, lokomoce, oblékání, ranní hygieny, celkové hygieny, podávání stravy a sebesycení. Bodové hodnocení dle modifikovaného testu ADL dosahovalo při vstupním vyšetření pěti bodového skóre. Pro stručný záznam jednotlivých pozorování jsme zvolili následující formu, kterou jsme se snažili v rámci záznamů u každého uživatele dodržovat. Pokud byl stav během některých návštěv identický, sloučili jsme tyto pozorování na základě našich poznámek a zdůraznili pouze změny, které se objevily.

### **Pozorování uživatelky č. 1 dne 18. 1. 2017**

#### **Vstupní hodnocení funkčních schopností uživatelky (čerpáno z dokumentace uživatelky)**

##### **Diagnóza:**

- Imobilita v důsledku progresu AD,
- Inkontinence moči i stolice,
- Celková rigidita,
- Neurokognitivní porucha při Alzheimerově nemoci časného typu,
- Atrofie mozku dle nativního CT.

##### **Anamnéza:**

##### **Osobní anamnéza**

Imobilita v důsledku progresu Alzheimerovi choroby, inkontinence moči i stolice, celková rigidita, demence při Alzheimerově nemoci s časným začátkem, atrofie mozku dle nativního CT, chronická žilní insuficience, st. p. cholecystektomii – laparoskopicky, infarkt myokardu, fraktura femuru s impakcí hlavice vpravo.

##### **Nynější onemocnění**

Uživatelka zařazena do ergoterapeutické péče pro zlepšení se v oblasti PADL, komunikace.

## **Alergologická anamnéza**

Jód!

## **Rodinná anamnéza**

Matka zemřela v devadesáti letech na carcinom ovarii, otec prodělal hepatitidu, zemřel na následky jaterního onemocnění, 1 sestra zdravá, 2 děti zdravé.

## **Pracovně – sociální anamnéza**

Vdaná, manžel žije, nyní ve starobním důchodu, dříve skladnice v zemědělském družstvu.

## **Gynekologická anamnéza**

Stav po kyretáži dělohy pro krvácení před cca dvaceti pěti lety, 2 porody.

## **Zájmy**

Nelze zjistit.

## **Lateralita**

Pravá horní končetina.

## **Funkční ergoterapeutické hodnocení**

### **Subjektivně**

Uživatelka téměř nekontaktní, pouze zvuková odezva, na kontaktní reflexe prozatím nereaguje, zrakový kontakt nenavazuje, bolestivé reakce při jakémkoliv pohybu.

### **Objektivně**

Uživatelka přichází z psychiatrické léčebny Kroměříž, je vigilní, kachektického habitu, inkontinentní, krevní tlak 120/70, puls 86 tepů za minutu, váha 35,7 kilogramů, zcela imobilní, nekontaktní, verbálně nekomunikující, lekavě reagující na dotek, objevují se bolestivé hlasité projevy, bez psychotické iritace, škrtnání zuby o sebe a kousání do rtů, pohyb prvních tří prstů pravé ruky třením o sebe, zřejmě projevy reagující na nepodnětnost prostředí, bez poruchy chování, bez agresivních projevů, asuicidální. Strava podávána v polosedě stříkačkou (mix. strava) pracovníky přímé péče, v rámci možné ergoterapeutické péče aplikace kontaktních reflexí v rámci „preterapie“ v ADL, instruktáž personálu, dále individuálně stanovený

metodický postup dle kinestetické mobilizace v oblasti preventivní mobilizace pro přímou péči v návaznosti na rehabilitační mobilizaci. V popředí klinického obrazu dominuje rigidita a úplná imobilita. Limit v oblasti P i IADL – samostatný sed bez opory nemožný, výrazný náklon doprava, viditelný spasmus musculus sternocleidomastoideus bilaterálně, více však vpravo. Desorientace všemi směry, bez poruchy volního jednání, psychomotorické tempo inhibované, apatie, kognitivní funkce tangovány těžkou neurokognitivní poruchou, deficit sebepéče, myšlení s oslabenou determinující tendencí. V ostatních sebeobslužných aktivitách plně závislá na péči. Stoj nezkoušen, vzhledem ke stavu uživatelky: na obou dolních končetinách počínající flekční kontraktury hamstringů, zkrácen musculus soleus, deviace chodidel. Úchop možný pouze po terapii ruky (fáze zahřátí, cílená terapie ruky) prozatím pouze pasivně vložním předmětu do dlaně, taxe nepřítomna, držení v sevření, chybí následná relaxace, zacílení předmětu neschopna.

**Kůže:** suchá, bez ikteru, bez cyanózy, bez primárních eflorescencí.

**Hlava:** mesocefalická, na poklep nebolestivá, výstupy trojklanného nervu nebolestivé, inervace nervus facialis správná, zornice izokorické, nereagující téměř vůbec na osvit, sklery bílé, spojivky prokrvené, jazyk plazí středem, vlhký bez povlaku, chrup vlastní – deficientní, krční žíly bez kongesce, karotidy symetricky, thyroidea nepromínuje, uzliny nezvětšené.

**Hrudník:** dýchání sklípkové, ozvy ohraničené, tlumené. Mammy a axillární uzliny nezvětšené.

**Břícho:** v niveau, měkké, prohmatné, bez resistencí, lehce celé palpačně citlivé, jizvičky po laparoskopické cholecistektomii, játra a slezina nezvětšeny, ascites není.

**Horní končetiny:** artróza drobných kloubů ruky, bez kontraktur, bez poklesu v mingazzinim, povšechná svalová hypotrofie, kloubní ztuhlost, počínající flekční kontraktury flexorů paže a předloktí, pohyb v ramenním kloubu bolestivý ve všech směrech, nedosahuje do flexe horizontály na obou stranách. **Bez uvolnění neprovede úchop, bolestivě reaguje na předměty v dlani – držení v sevření, předmět poté nepustí, viz výše zmíněno.**

**Dolní končetiny:** počínající flekční kontraktury hamstringů, zkrácen musculus soleus oboustraně, pronačně supinační deviace chodidel, symetrické, bez otoků, bez známek flebitidy, špatně hmatné periferní pulsace, akra teplá, bez lividity.

## Terapeutický plán

**Cíl terapie:** dosažení maximální možné úrovně soběstačnosti.

**Krátkodobý plán:** reedukace a facilitace základních pohybových funkcí, komunikační manuál pro pracovníky přímé péče, individuální metodický postup konceptu kinestetické mobilizace v oblasti preventivní mobilizace cílený na ADL.

**Intervenční strategie:** substituce/kompenzace.

**Dlouhodobý plán:** pokračování v získaných pohybových stereotypch. Dle vývoje stavu další instruktáž personálu v možnostech a variabilitě kontaktních reflexí eventuálně změna metodického postupu konceptu.

V Hrubé Vodě dne 18. ledna 2017

Téhož dne bylo provedeno také vstupní hodnocení ADL (viz příloha č. 5), které dosahovalo převážně pětibodového skóre ve všech hodnocených oblastech.

### Pozorování uživatelky č. 2 dne 6. 2. 2017

#### Subjektivně:

Uživatelka je již od rána neklidná, zrakový kontakt nenavazuje, bez reakce za hlasem.

#### Intervence:

- **Ranní hygiena:** pracovnice přímé péče se snaží o navázání zrakového kontaktu oslovením jménem, ale bez reakce. Před započítím ranní hygieny začíná provádět úkony, v rámci fáze zahřátí. Dotýká se uživatelky ve zmíněných pohybových směrech, místy se objevují verbálně projevované bolestivé reakce, pohled směřuje nepřítomně doprava. Ve fázi funkčního tréninku nespolupracuje, veškeré stanovené úkony (viz příloha č. 6) provádí pečující. Po deseti minutách začne provádět hygienu v leže na lůžku, zaznamenáváme zde změnu v chování uživatelky a její poloze. Jeví se již klidnější a nezaujímá strnulou polohu s inklinací k pravé straně. Během komunikace s uživatelkou pečující uplatňuje kontaktní reflexe, bez odezvy.
- **Podávání stravy a sebesycení (snídaně/oběd/večeře):** před podáním snídaně pečující provádí fázi zahřátí ale již jen pro horní končetiny, pánev a trup. Pro změnu polohy užije posun k čelu lůžka a ke kraji. Zrakový kontakt stále nenavazuje, při posunu bolestivé reakce, obtíže s podáním mixované stravy lžící. Na konci provedeno

zklidnění a rozprostření váhy ve formě semisupinační polohy na pravou stranu. Před podáním obědu proběhne již pouze změna pozice k čelu lůžka a na okraj. Během kontaktních reflexí se již objevuje krátkodobý zrakový kontakt. Přetrvávají pohyby prstů pravé ruky. Bolestivě reaguje již minimálně, stravu přijímá bez obtíží. Po podání stravy provedena semisupinační poloha na opačnou stranu, rozprostření váhy těla. Na večer je již apatická, provedeno pouze zahřátí pro dolní končetiny a posun k čelu lůžka.

- **Přesuny v horizontále (posun k čelu a k okraji lůžka, otočení se na bok):** samostatně nezvládá, prozatím nevyvíjí ani žádnou aktivitu.
- **Oblékání:** po ukončení ranní hygieny byla uživatelka pečující oblečena (dolní část oděvu), uplatňovány kontaktní reflexe, zrakový kontakt nenavázán, bolestivé reakce při manipulaci s horními končetinami.
- **Celková hygiena:** neprovedena.

### **Pozorování uživatky č. 3 dne 28. 2. 2017**

Na základě informací poskytnutých ergoterapeutkou a pracovníci přímé péče, zjištěna zdravotní indispozice uživatky. Objevili se teploty s průjmovitým onemocněním. V rámci stanovených úkonů prováděna pouze fáze zahřátí.

### **Subjektivně:**

Uživatelka dnes v ranních hodinách výrazně apatická, verbálně nekomunikující, zrakový kontakt na oslovení jménem před úkony nenavázán, pouze sporadicky.

### **Intervence:**

- **Ranní hygiena:** pracovnice přímé péče se nejprve snaží o navázání zrakového kontaktu
- a o práci s ním. Pravolevá orientace/jedna strana – fixace bodu, uživatelka zvládá pouze krátkodobě, několikrát se podívá na levou stranu. Reaguje již však na oslovení svým jménem. Před započítím ranní hygieny začíná provádět úkony, pouze v rámci fáze zahřátí. Dotýká se uživatky ve zmíněných pohybových směrech, místy se stále objevují verbálně projevované bolestivé reakce, pohled směřuje před sebe. Funkční trénink ve formě změny pozice neprováděn. Po deseti minutách začne provádět hygienu v leže na lůžku, uživatelka je klidná, pohybuje prsty pravé ruky, uvolněná, dotýká se místy ruky pečovatelky, jako by ji chtěla pohladit. K pravé straně již tělem

ani pohledem neinklinuje. Během komunikace s uživatelkou pečující uplatňuje kontaktní reflexe (situační a tělesné) s verbální odezvou uživatelky: „*Nó*“.

- **Podávání stravy a sebesycení (snídaně/oběd/večeře):** před podáním snídaně pečující provádí fázi zahřátí pro horní končetiny, pánev a trup. Zrakový kontakt během podání stravy místy navazuje, jinak pohled směřuje opět k pravé straně. Stravu téměř odmítá. Na závěr po podání stravy pečující provedeno zklidnění a rozprostření váhy v semisupinační poloze na levou stranu. Před podáním obědu proběhne pouze fáze zahřátí pro dolní končetiny. Během kontaktních reflexí se objevuje krátkodobý zrakový kontakt a na pokyn pečující: „*udělejte to jako já*“, následuje otevření úst bez spazmu. Ergoterapeutka před podáním stravy provedla stimulaci čelistního temporomadibulárního kloubu. Přetrvávají pohyby prstů pravé ruky. Bolestivě reaguje minimálně, stravu přijímá s obtížemi, podávána pouze mixovaná strava. Po podání stravy provedena semisupinační poloha na opačnou stranu a rozprostření váhy těla. Na večer je již apatická, provedena pouze fáze zahřátí ve všech stanovených segmentech.
- **Přesuny v horizontále (posun nahoru a k okraji lůžka, otočení se na bok):** dle ergoterapeutky a pracovníků přímé péče samostatně stále nezvládá, nevyvíjí ani žádnou aktivitu. Nácvik prováděn v rámci fáze funkčního tréninku během dalších všedních denních aktivit.
- **Oblékání:** po ranní hygieně byla uživatelka pečující oblečena, uplatňovány kontaktní reflexe, zrakový kontakt navázán sporadicky, je viditelná celková schvácenost onemocněním, bolestivé reakce při manipulaci s horními končetinami minimální. Horní končetiny již nejsou tak výrazně pokrčené, spíše již mírně polo pokrčené.
- **Celková hygiena:** neprovedena.

#### **Pozorování uživatelky č. 4 dne 13. 3. 2017**

Uživatelka dnes odjíždí na plánované vyšetření do nemocnice. Pozorovány úkony pouze v rámci ranní hygieny a podání stravy.

#### **Subjektivně:**

Z celkového vizu uživatelky je viditelné, že se cítí dobře, minimálně vykazuje negativní reakce. Verbalita je již na úrovni jednoslovných nebo více slovních vět typu: „*To je krásný. Toto. Jó. Né*“.



## **Intervence:**

- **Ranní hygiena:** pracovnice přímé péče se opět nejprve snaží o navázání zrakového kontaktu a o práci s ním, komunikuje pomocí kontaktních reflexí, využívá situační, tělové, obličejové, slovní a zopakované reflexe. Na hlas reaguje velmi dobře, zrakový kontakt navazuje po oslovení jménem, fixace bodu, je již delší. Před započítím ranní hygieny začíná provádět úkony v rámci fáze zahřátí. V průběhu intervence dochází k výrazné změně v komunikaci a chování uživatelky. Vyjadřuje již souhlas a nesouhlas kývnutím hlavy, sporadicky se již objevuje i mimika, uživatelka se usmívá. Postupně jsou neverbální signály doplňovány jednoduchým slovním doprovodem, na informace o vykonávané činnosti reaguje slovy: „*Ahá*“. Na informace o činnostech směřovaných na uživatelku byly její reakce: „*Jó*“, „*Né*“. Intervence ve formě „*preterapie*“ v kontextu možností kinestetické mobilizace u uživatelky nacházejí postupně patřičnou odezvu. Dotýká se uživatelky ve zmíněných pohybových směrech, místy stále bolestivé reakce, pohled směřuje k pracovníci. Ve fázi funkčního tréninku spolupracuje při posunu k čelu lůžka a otáčení se na bok, ostatní stanovené úkony provádí pečující. Po deseti minutách začne provádět hygienu v leže na lůžku, uživatelka sleduje místy pečující během umývání rukou a obličeje, usmívá se. Jeví se klidná, uvolněná.
- **Podávání stravy a sebesycení (snídaně):** před podáním snídaně pečující provádí fázi zahřátí pro horní končetiny, pánev a trup. Pro změnu polohy užije posun k čelu lůžka a ke kraji. Zrakový kontakt navázán, při posunu k čelu lůžka spolupracuje bez bolestivé reakce, strava již kašovitá, přijímá bez obtíží, pečující uplatňuje kontaktní reflexe, odezva již byla zmíněná.

## **Pozorování uživatelky č. 5 dne 30. 3.2017**

**V rámci této návštěvy jsme provedli zhodnocení intervencí, prováděných pečujícími a ergoterapeutkou s následujícími výsledky:**

Ergoterapeutka provedla průběžné hodnocení ADL (viz příloha č. 5) a na základě zjištěných výsledků navrhla rozšířit intervenci pečujících o tyto úkony ve fázi funkčního tréninku: posazení a posun v sedu k okraji lůžka. Skóre se již pohybovalo v rozmezí pěti nebo čtyř bodů. Uživatelka změnu polohy - posun k okraji lůžka, k čelu a otáčení se na bok provádí se náročnou fyzickou asistencí, což je ve srovnání s počátkem intervence pokrok, i když v bodovém hodnocení ADL v oblasti mobility, ranní hygieny a sebesycení se tento pokrok

výrazně nepromítá. Dále již zvládá vkládání předmětů do dlaně a asistovaným pohybem provádí tyto činnosti: držení lžice, přiblížení k ústům a podání stravy, česání, mazání obličeje krémem a držení houbičky při mytí těla. Sama však úkony bez pomoci neprovádí. Objevuje se mimika v obličeji ve formě úsměvu, pohybů obočí, verbální odezva, pohyb hlavy ve smyslu očekávání toho, co bude následovat. Odeznívají bolestivé reakce během provádění stanovených úkonů konceptu. Uživatelka také zvládá doteky na těle během fáze zahřátí. Objevují se gesta lehké pohlazení pečovatele jako projev poděkování a stisknutí paže nebo předloktí pečujícího jako projev nevole. Horní končetiny jsou již téměř nataženy, u dolních končetin přetrvává mírné semiflekční držení v kolenních kloubech (polo - pokrčení). Strava je již podávána v konzistenci kaše, kterou uživatelka toleruje v poloze polosedě na lůžku.

### **Pozorování uživatky č. 6 dne 13. 4. 2017**

V rámci tohoto pozorování jsme mohli být přítomní úkonů předcházejících podávání stravy v době obědu a večeře, celkové ranní hygieně pouze po dobu než došlo k svlečení oděvu uživatky, z důvodu zachování její intimity. Potřebné informace s tímto související poskytla pracovnice přímé péče. V době snídaně měla návštěvu praktického lékaře.

### **Subjektivně:**

Uživatelka kontaktní, zrakový i taktilní kontakt navazuje po oslovení jménem, přítomen sociální úsměv, aktivní.

### **Intervence:**

- **Celková hygiena:** pracovnice přímé péče se nejprve snaží o navázání zrakového kontaktu a o práci s ním, komunikuje pomocí kontaktních reflexí, využívá všechny druhy reflexí. Na hlas reaguje opět velmi dobře, zrakový kontakt navazuje po oslovení jménem, pohled směřuje k pečující. Před započítím celkové hygieny a transportu do centrální koupelny začíná provádět úkony v rámci fáze zahřátí a změny pozice. V průběhu intervence, ve fázi změny polohy se zapojuje velmi dobře. Během posunu k čelu lůžka už samostatně krčí po výzvě koleno a opírá se o plosku chodidla a přidržuje se postranice. Při posunu k okraji lůžka již pomáhá a téměř sama se otáčí na bok s minimální fyzickou asistencí pečující. Pečující uživatku posazuje v sedu je nestabilní, přidržuje ji. Objevuje se točení hlavy. Vertikalizaci do sedu uživatelka prozatím špatně toleruje. Pracovnice ji uloží opět zpět do lůžka. Uživatelka tiskne pečující ruku a verbálně komunikuje: „*To je krásný*“. Nejsme schopni určit, zda lze

tento slovní projev vnímat v kontextu situace nebo pouze jako nějaké vyjádření uživatelky. Verbalita je stále jedno či více slovní, někdy v kontextu situace a někdy nelze říci, dle pečujících, co je obsahem vyjádření. Po odeznění nevolnosti pečující uživatelku začne svlékat a mi následně opouští pokoj. Dále nám pečující sdělila, že uživatelku pasivně přesunula na koupací křeslo, vložila jí houbičku do dlaně a prováděla další houbičkou očistu těla. Opět komunikovala za pomoci kontaktních reflexí. S využitím aktivního asistovaného pohybu si uživatelka umyla obě horní končetiny a přední část hrudníku. Koupel tolerovala velmi dobře, bez projevů tenze. Po koupeli uložena do lůžka v poloze v lehu na zádech. Lze pozorovat únavu, zavírá oči. Provedeno zklidnění a rozprostření tlaku zejména v oblasti hýždí.

- **Podávání stravy a sebesycení (oběd/večeře):** před podáním obědu pečující provádí fázi zahřátí pro horní končetiny, pánev a trup. Pro změnu polohy užije posun k čelu lůžka a ke kraji a zdvihne lůžko do polo sedu. Zrakový kontakt navázán, při posunu k čelu lůžka spolupracuje bez bolestivé reakce, strava kašovitá, přijímá bez obtíží, pečující uplatňuje kontaktní reflexe, odezva ve formě navázání zrakového kontaktu a verbálního projevu: „Nó“, který se opakuje během několika kontaktních reflexí. Večer je již uživatelka lehce apatická, provedena fáze zahřátí dolních končetin, změna pozice. Uživatelka již téměř nespupracuje, odezva na kontaktní reflexe je minimální, zrakový kontakt sporadický. Stravu přijímá, ale pouze v menším množství, ve srovnání s obědem.

### **Pozorování uživatelky č. 7 dne 28. 4. 2017**

Ergoterapeutka nás dnes informovala o zdravotním stavu uživatelky. Udává zahleněnost a zvýšenou teplotu. Z tohoto důvodu jsme omezili pozorování pouze na podávání stravy v době obědu a změnu pozice.

#### **Subjektivně:**

Uživatelka apatická, reaguje však na oslovení křestním jménem, nevykazuje negativní reakce, ale jeví se bez motivace pravděpodobně vlivem nastupujícího onemocnění.

#### **Intervence:**

- **Podávání stravy a sebesycení (oběd):** před podáním obědu pečující provádí fázi zahřátí pro horní končetiny, pánev a trup. Pro změnu polohy užije posun k čelu a ke kraji lůžka, provede otočení na bok, posazením uživatelky s nohama mimo lůžko a

výraznou fyzickou asistencí. Uživatelka se během provedení úkonu v poloze na boku opírá o loket a následně napíná samostatně spodní horní končetinu v loketním kloubu a pečující ji tahem na druhé straně v oblasti pánve pomáhá do sedu. Chvilí lze pozorovat lehké točení hlavy, ale poté stav odezní a uživatelka zaujme stabilní polohu v sedě bez opory s nohama mimo lůžko. Zpočátku hůře kontaktní, ale po pár kontaktních reflexích kontakt krátkodobý, ale častý. Objevují se krátkodobé stereotypní pohyby prsty pravé ruky a pohyby zubů o sebe. Pečující vezme ruce uživatelky, položí je na pravé koleno a lehkým otočením k pravé straně a přisunem levé strany trupu k sobě, posune ji k okraji lůžka, pokračuje stejně i pro druhou stranu až se dolní končetiny dotknou podlahy. Přesune uživatelku na židli a verbálně komentuje aktivitu. Po usazení na židli, provede korekci hlavy a trupu. Podává uživatelce hrnek s čajem do ruky a aktivním asistovaným pohybem přibližuje k ústům. Ústa se semknou a sání tekutiny je přiměřené, polyká normálně. Poté vloží uživatelce do ruky lžici, jako symbol aktivity a začne podávat kašovitou stravu. Již nevyužívá aktivního asistovaného pohybu, neboť uživatelka hůře reaguje na kontaktní reflexe a zahlenění komplikuje podávání stravy, riziko aspirace. Po pár soustech uživatelka další stravu odmítá. Pasivně ji přesune do lůžka a provede několik kontaktních reflexí a následně fázi zklidnění v semisupinační poloze. Uživatelka zavírá oči a usíná.

### **Pozorování uživatelky č. 8 a č. 9 dne 10. 5. a 25. 5. 2017**

Tato pozorování jsme se rozhodli sloučit dohromady, protože v předešlých pozorováních jsme již celkem dostatečně popsali, jak jednotlivé úkony probíhali. Průběh obou dvou byl relativně stejný. Sledovali jsme opět ranní hygienu, podávání stravy, více jsme se více zaměřili na přesuny v horizontále (posun k čelu lůžka, otáčení se na bok a posun k okraji lůžka), neboť je uživatelka již téměř ovládala samostatně. Dále jsme také pozorovali posazování uživatelky s nohama dolů, mimo lůžko, při kterém již nedocházelo k výrazným nežádoucím projevům (mdloba, točení hlavy) a zvládala se udržet v této poloze bez opory. V sedu mimo lůžko - na židli byla uživatelka také stabilní a podávání stravy bylo v této poloze bez výrazných obtíží. Aktivní nácvik přesunu mimo lůžko nebyl zařazen, neboť spolupráce uživatelky nebyla k této aktivitě dostačující. Transfer byl tedy prováděn stále pouze pasivně pracovníci přímé péče dle instrukcí ergoterapeutky, využívající další možnosti konceptu, ale z oblasti rehabilitační mobilizace. Ergoterapeutka také postupně spolu s pečovateli prováděla v době od konce sedmého pozorování, po odeznění zahlenění i nácvik podávání pevné stravy, která se

změnila na mletou, což uživatelka postupně tolerovala, ale podávání stravy trvalo daleko déle, než v předešlých případech. Zlepšila se úroveň nutrice, bez váhového úbytku. Váha jen pro zajímavost byla k datu 28. 4. 2017 39,6 kilogramů. Ve srovnání s obdobím vstupního vyšetření dne 18. 1. 2017, kdy byla váha 35,7 kilogramů. Během veškerých úkonů ADL byl uplatňován u uživatelky aktivní asistovaný pohyb. Před posazováním uživatelky probíhala fáze zahřátí, změna pozice a to posun ke kraji lůžka, otočení se na bok, to bylo zopakováno na obě strany a teprve poté byla uživatelka posazena. Při posunech na lůžku samostatně prováděla, na základě verbální výzvy a dále kontaktních reflexí pokrčování a natahování dolních končetin, úchop pečující okolo ramen, dále zvládla i oporu o loket v poloze na boku do polohy posazení se. Verbalita se co do počtu slov nezlepšovala, stále přetrvávali jedno až více slovní odpovědi, ale s malým počtem slov. Objevuje se však již více smysluplných výrazů. Místy verbální i motorické reakce na verbální a motorický podnět. Subjektivně navazuje dobře zrakový kontakt, ihned se objevuje sociální úsměv a je více aktivní během dopoledne až zhruba do podávání večere. V mezidobí podávání stravy podávali pečující k orální stimulaci lízátko, postupně ho sama uchopuje a drží, přikládá si ho do úst. Dále byl zaveden rituál ve formě dopoledního podávání kávy, na jejím obličejí lze vidět spokojenost. Objevuje se i slovní komentář: „*To je dobré. To je krásné*“. Při ochutnávání čokolády je již schopna z preterapie přejít do kontaktu a na otázku: „*Chutná Vám to*“, odpovídá již pokynem hlavy. Zlepšila se také postura uživatelky, postavení končetin v jednotlivých segmentech. Nejeví se již tolik strnulá, dolní končetiny však zůstali v lehkém semiflekčním držení, hlava v mírném předsunu a horní končetiny se uvolnily v oblasti loketního kloubu do natažení a v ramenním kloubu se zlepšila abdukce (odtažení končetiny od těla) a zevní rotace, prsty ruky jsou volné, pohyby prvních tří prstů pravé ruky přetrvaly, ale již v menší frekvenci, pohyby zubů taktéž. Samostatně bez pomoci nezvládá žádnou sebeobslužnou aktivitu. Potřebuje různou míru podpory během jednotlivých úkonů. Na začátku našeho šetření však potřebovala intenzivní, plnou podporu ve všech ADL úkonech.

#### **Pozorování uživatelky č. 10 dne 15. 6. 2017**

K tomuto datu jsme se zúčastnili pouze pro nás výstupního hodnocení ADL (viz příloha č. 5), ve kterém se již také objevovalo čtyř a ve dvou položkách i tři bodové skóre v jednotlivě hodnocených oblastech. Stav uživatelky byl beze změny od pozorování č. 8 a 9.

#### **5.2.4 Závěr kazuistiky č. 1**

Na základě získaných informací během pozorování pracovníků přímé péče, ergoterapeutky, ale i prostudováním dostupných materiálů o uživatelce, poskytnuté sociální pracovníci a ergoterapeutkou, můžeme s jistotou tvrdit, že se stav uživatelky výrazně zlepšil. Velkou roli zde hrála dobře fungující spolupráce ergoterapeutky a pracovníků přímé péče. Díky jejich pravidelným intervencím, které byly založené na stanoveném metodickém postupu konceptu z oblasti preventivní mobilizace, kontaktním reflexím a jejich všestranném využití, začala uživatelka verbálně komunikovat, zlepšily se její pohybové dovednosti, míra její aktivity a spoluúčasti na úkonech ADL, zejména v oblasti PADL. Zlepšila se také její nutrice, celkový vzhled a zmírnila se frekvence pohybů prstů pravé ruky a zubů o sebe. Uživatelka je již více kontaktní, využívá během stravy pozici v sedě na židli a celkově působí uvolněným dojmem. Nepodařilo se však plně uvolnit dolní končetiny, přetrvává mírné semiflekční držení v kolenních kloubech. I když je uživatelka stále závislá na péči pracovníků přímé péče, snížila se však míra poskytované podpory z jejich strany.

### **5.3 Kazuistika č. 2**

V rámci této kazuistiky představíme uživatele se zlomeninou zevního kotníku vpravo, jejíž hojení bylo komplikované nejen věkem uživatele ale i jeho dalšími onemocněními. Na základě dlouhodobější imobilizace na lůžku se uživatel dostal do stavu dekonidice, jak fyzické, tak i psychické.

Informace uvedené v této případové studii jsme získali od samotného uživatele a z dostupných materiálů uživatele poskytnutých sociální pracovníci, pracovníky přímé péče a ergoterapeutkou. Tato případová studie je opět anonymní. Uvádíme zde stejně jako v předešlé případové studii základní údaje uživatele, jeho představení a jednotlivá pozorování vývoje jeho stavu během aplikace ergoterapeutkou stanoveného metodického postupu konceptu, rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu, vstupní vyšetření ergoterapeutky a stručné výstupy z jednotlivých hodnocení ADL na začátku, v průběhu a na konci pozorování, závěr kazuistiky.

#### **5.3.1 Základní údaje uživatele č. 2**

- Jméno: pan YY,
- Datum narození: 1938,
- Věk: 80 let,

- Vzdělání: Střední odborné učiliště, obor strojní zámečnick,
- Povolání: opravář zemědělských strojů,
- Mateřský jazyk: český jazyk.

#### **Diagnóza:**

- 2016 – zlomenina zevního kotníku vpravo, následně částečná imobilita a celková dekonidice uživatele.

#### **Medikace:**

- Agen – léčba vysokého krevního tlaku a anginy pectoris,
- Godasal – lék na ředění krve,
- Simvacard – snížení hladiny cholesterolu a triglyceridů v krvi,
- Geratam – příznivě ovlivňuje funkci mozkových buněk v oblasti učení a paměti.

#### **5.3.2 Anamnéza**

V této anamnéze jsou uvedeny informace, které jsme získali od pana YY, sociální pracovnice a ergoterapeutky.

##### **Rodinná anamnéza**

Rodiče uživatele nežijí, matka zemřela na selhání srdce a otec po prodělané cévní mozkové příhodě. Pan Josef měl jednoho staršího bratra, který již nežije, zemřel snad po operaci cév. V rodině uživatele se nevyskytovala žádná genetická onemocnění ani poruchy metabolismu. Během studia nebyly žádné obtíže. Dětství prožil na vesnici v hospodářství svých rodičů.

##### **Osobní anamnéza**

Pan YY prodělal v září roku 2016 zlomeninu zevního kotníku pravé dolní končetiny. Před touto zlomeninou byl relativně soběstačný. V důsledku komplikovaného hojení se jeho celkový stav zhoršil a uživatel již nezvládá samostatně běžné sebeobslužné úkony. Zmiňuje se, že si již nemůže dojít na toaletu ani do koupelny v rámci ranní hygieny, na což byl dříve zvyklý. Jako další jeho onemocnění uvádíme hypertenzi a vyšší hladinu cholesterolu v krvi. Užívá výše zmíněné léky. Prodělal běžné dětské nemoci.

## **Pracovní anamnéza**

Po absolvování základní školy se vyučil strojním zámečníkem a začal pracovat v tamním družstvu, jako opravář zemědělských strojů. Jiné zaměstnání během svého života nevystřídal, v družstvu setrval až do svého odchodu do předčasného starobního důchodu, neboť družstvo zaniklo. Práci měl rád a udává, že jí i rozuměl.

## **Sociální anamnéza**

Uživatel se nikdy neoženil, žil sám v garsonce ve vesnici, kde chodil i do zaměstnání. Z rodiny nikoho již nemá, ale stýká se se svými dvěma neteřemi, které ho pravidelně jedenkrát v měsíci navštěvují. Ovládá práci na PC, má notebook a s neteřemi komunikuje emaily. Je velmi sdílný, společenský, rád zpívá a hraje na harmoniku, dříve i pro lidi. Dnes se neudrží v sedu bez opory a je to pro něj velmi namáhavé. V cílech individuálního plánování má klíčový pracovník uvedeno: „*Rád bych zase hrál na harmoniku*“. Dále s oblibou vařil a pekl. K oblíbeným jeho jídlům patří guláš a buchty. Miloval fotografování a přírodu. Na pokoji poslouchá rádio a dívá se na televizi, bojí se, že až přijde jaro, nebude moc ven a do zahrady zařízení. Doma měl psa a kočku, chybí mu zde kontakt se zvířetem. Pracovnice přímé péče mu doporučila canisterapii, na kterou se velmi těší.

### **5.3.3 Charakteristika stavu uživatele na počátku výzkumného šetření**

Pan YY je ležící v rámci lůžka částečně soběstačný. Potřebuje, během PADL, různou míru pomoci, zejména v oblasti mobility v lůžku a přesunů mimo lůžko. Samostatně se neposadí, v lůžku se posunuje k čelu za pomoci hrazdy a následně udává bolesti v ramenních a loketních kloubech. Do sedu se na lůžku dostává přímo přitahem za ruku pečujícího, nikoli přes bok. V sedu bez opory je nestabilní, přepadává dozadu. Nepostaví se, zátěž na dolní končetiny je však již plná. Bez výrazné fyzické asistence jednoho až dvou pracovníků přímé péče se nepřesune. Nají se samostatně, potřebuje rozšířenější úchop lžice, pro necitlivost a ztuhlost drobných kloubů ruky. Při oblékání a hygieně potřebuje různou míru podpory, zejména s mytím a oblékáním dolních končetin. Ponožky si neoblékne, boty neobuje, knoflíky na košili nezapne. Uživatel má ještě zachovaný zbytkový chrup, o který si samostatně pečuje elektrickým kartáčkem. Úkony sebezpěče s mírnou asistencí a slovním vedením zvládá bez obtíží, sám se i oholí. Je plně orientovaný, komunikativní a optimistický.



### **5.3.4 Pozorování uživatele od ledna 2017 do konce června 2017**

Uživatel přichází do zařízení z léčebny dlouhodobě nemocných v Moravském Berouně, kde byl také hospitalizovaný od třináctého října 2016 do patnáctého prosince téhož roku. Poté byl převezen do Domova Hrubá Voda, kde byl umístěn na Domov seniorů. Vzhledem k nadcházejícím svátkům nebyl u uživatele stanoven metodický postup konceptu v oblasti preventivní mobilizace ihned po skončení adaptačního období.

Čtvrtého ledna provedla ergoterapeutka spolu s pracovníky přímé péče modifikované hodnocení ADL a navrhla metodický postup pro pracovníky přímé péče. Zároveň také provedla hodnocení funkčních schopností, u kterého jsme byli přítomni. Některá hodnocení jsme sloučili dohromady, neboť se vývoj stavu během komparace pozorování nikterak nezměnil.

### **5.3.5 Pozorování uživatele č. 1 dne 4. 1. 2017**

#### **Vstupní hodnocení funkčních schopností uživatele (čerpáno z dokumentace uživatele)**

##### **Diagnóza:**

- Fractura maleolli externis pedis,
- Částečná imobilita a celková psychická i fyzická dekondice,
- Ohmarthróza,
- Arthróza nosných kloubů.

##### **Anamnéza:**

##### **Osobní anamnéza**

Fractura maleolli externa pedis lateris dextri 7. 9. 2016, AS cerebropatie, ICHS se syndromem angíny pectoris, arteriální hypertenze III. st., ateroskleróza tepen dolních končetin, arthróza nosných kloubů, ohmarthróza, plochonoží.

##### **Nynější onemocnění**

Uživatel zařazen do ergoterapeutické péče pro limit v oblasti PADL. Stav po pádu ze dne 7. 9. 2016 s následnou frakturou zevního kotníku vpravo, s lehkou dislokací ad laterus laterálně o šíři kortikálně, řešeno konzervativně sádrouvou fixací ve Fakultní nemocnici Olomouc. Dle posledního RTG ze dne 12. 10. 2016, postavení hlezna stacionární, mírná asymetrie talocrurální kloubní štěrbin. Třináctého října přeložen do Odborného léčebného

ústavu Moravský Beroun, kde po řízené rehabilitační péči přeložen dne patnáctého prosince 2016 do péče našeho zařízení.

### **Alergologická anamnéza**

Neguje.

### **Rodinná anamnéza**

Matka zemřela v osmdesáti devíti letech, léčila se s diabetem druhého typu. Má pouze jednoho bratra, který zemřel v padesáti jedna letech snad po operaci cév (ateroskleróza tepen dolních končetin), svobodný, má dvě neteře, které ho pravidelně navštěvují a starají se o jeho záležitosti.

### **Pracovně – sociální anamnéza**

Vyučený strojní zámečnick, dříve pracoval jako opravář zemědělských strojů, nyní ve starobním důchodu, bydlel sám v jednopokojovém bytě, pravidelně dochází neteře.

### **Lateralita**

Pravá horní končetina.

### **Zájmy**

Hra na harmoniku, vaření, pečení, příroda, fotografování, televize, poslech rádia, práce na notebooku, zvířata.

### **Funkční ergoterapeutické hodnocení**

#### **Subjektivně**

Uživatel udává, že by se rád zlepšil v oblasti personálního ADL, chce být užitečný pro své neteře a samostatný při pohybu. Výhledově by chtěl chodit aspoň v chodítku. Dále si stěžuje na po zátěžové bolesti v ramenních a loketních kloubech.

#### **Objektivně**

Osmdesátiletý muž, normostenického habitu, lucidní, orientován základními směry, odpovídá přiléhavě, komunikuje spontánně, spolupracuje. Bez klidové dušnosti, pouze v rámci dekonvice po zátěži dušnost. Limit v oblasti PADL – hlavně v oblasti mobility v rámci lůžka a

pokoje (přesuny v horizontále i ve vertikále - z lůžka na židli, vertikalizace do stoje – prozatím vysoce nestabilní, bipedální lokomoce prozatím neschopen.

**Kůže:** bez ikteru či cyanózy, bez dekubitů, hydratace a turgor v normě.

**Hlava:** normocefalická, poklepově nebolestivá, nervus olfactorius subjektivně inervace správná, nervus opticus - vízus korigován skly – perimetr orientačně správný, nervus oculomotorius, trochlearis a abducens - bulvy ve středním postavení, volně pohyblivé. Zornice izokorické, reagují na osvit, nervus trigeminus - výstupy nebolestivé, poruchy čítí neudává. Koreální a masseterový reflex výbavný, nervus faciális - rysy obličeje symetrické, axiální reflexy nevýbavné, nervus vestibulocochlearis - sluch orientačně správný (lehký hypacusis bilaterálně), nervus glosopharyngeus a hypoglossus - jazyk plazí středem, polykání a fonace bez patologie.

**Krk:** symetrický, pulzace karotid symetrická, žíly bez náplně.

**Hrudník:** souměrný, plíce - poklep plný, jasný, dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů, akce srdeční klidná, pravidelná.

**Břicho:** měkké, volně prohmatné, bez rezistence.

**Horní končetiny:** bez otoků, bez omezení hybnosti, svalstvo povšechně hypotrofické. Svalová síla symetrická, stisk taktěž.

**Dolní končetiny:** pravá dolní končetina – v kotníku omezený pohyb téměř o polovinu, chodidlo směřuje do zevní rotace v kyčelním kloubu. Svalstvo povšechně hypotrofické, svalová síla na pravé dolní končetině orientačně 3-. Aktivní pohyb limitován poklesem svalové síly.

**Páteř:** poklepově a palpačně nebolestivá, bez známek akutní blokády, hyperkyfóza hrudní páteře, výrazný předsun hlavy, při pohybu jemný tremor celého těla.

**Stoj a chůze:** prozatím neschopen.

**Neurologicky orientačně negativní:** statestézie a kinestézie bez deficitu.

## **Terapeutický plán**

**Cíl terapie:** dosažení maximální možné úrovně soběstačnosti.

**Krátkodobý plán:** reedukace a facilitace základních pohybových stereotypů v lůžku i mimo něj, individuální metodický postup konceptu kinestetické mobilizace v oblasti

preventivní mobilizace cílený na limit PADL. Výhledově reedukace chůze ve vysokém chodítku.

**Intervenční strategie:** substituce/kompenzace, edukace.

**Dlouhodobý plán:** pokračování v získaných pohybových stereotypech. Dle vývoje stavu další instruktáž personálu v možnostech a variabilitě kinestetické mobilizace.

V Hrubé Vodě dne 4. 1. 2017

Téhož dne bylo provedeno také vstupní hodnocení ADL (viz příloha č. 7), které dosahovalo tří nebo převážně čtyřbodového skóre ve všech hodnocených oblastech.

### **Pozorování uživatele č. 2 dne 19. 1. 2017**

Dnes se uživatel bude posazovat v rámci ranní hygieny, která byla doposud prováděna v polosedě s nohama na lůžku, neboť uživatel vždy v sedu s nohama mimo lůžko kolaboval. Postupným nácvikem jsou již kolapsové stavy méně intenzivní.

#### **Subjektivně:**

Uživatel se jeví optimistický, pozitivně laděný, o intervenci pečující jeví zájem a má snahu o změnu pohybového stereotypu. Vyjadřuje své obavy a strach z prostoru a pádu.

#### **Intervence:**

- **Ranní hygiena/oblékání:** pracovnice přímé péče osloví uživatele jménem a po vzájemné pozdravení se začíná provádět úkony, v rámci fáze zahřátí. Dotýká se uživatele ve zmíněných pohybových směrech, na dolních končetinách zejména vpravo se objevují verbálně projevované bolestivé reakce, které se však po několika opakování zmírňují. Pečující je empatická a kongruentní. Uživatele plně akceptuje. Ve fázi funkčního tréninku jsou viditelné obtíže se změnou pohybového stereotypu a bolestivá odezva na oporu chodidla o podložku při posunu k čelu. Ke kraji lůžka zvládá samostatně, na bok potřebuje středně náročnou fyzickou asistenci. Do sedu s nohama mimo lůžko samostatně nezvládá, změna stereotypu mu činí značné obtíže. Pečující mu pomáhá výraznou fyzickou asistencí krok za krokem. Po dosažení pozice se objevuje nestabilita a mírné točení hlavy. Pečující si vyžádá spolupráci druhé pracovnice přímé péče a sedá si za uživatele a svým tělem mu poskytuje oporu, pocit jistoty a bezpečí. Snižuje riziko náhodného pádu. Požádaná pracovnice si stoupne před

uživatele a začne ho posunovat k okraji lůžka. Uživatel spolupracuje, ruce klade po slovní výzvě na kolena, rotaci trupu zvládá taktéž se slovním vedením. Na kraji lůžka dochází opět k točení hlavy a objevuje se lehká závrať. Pečující provádějící posun nakloní uživatele na druhou pečující, přidrží jeho hlavu a snaží se odvést pozornost od vzniklé situace komunikací s uživatelem. Po chvíli se stav opět stabilizuje. Poté je se slovním vedením napřímen a pečující stojící před uživatelem provede ranní hygienu v sedě na lůžku s hygienickými potřebami na mobilním stolku. Uživatel se snaží zapojit do aktivity, ale přetrvává obava z pádu. Veškeré stanovené úkony metodického postupu ve fázi změny pozice (viz příloha č. 8) provádí uživatel prozatím převážně s fyzickou asistencí pečující, která se mění u každé aktivity. Po provedení ranní hygieny uživatel poděkuje a udává, že je velmi rád, že po takové době opět sedí. Dále si uživatel za spolupráce obou pracovníků a slovního vedení oblékne nejprve horní část oděvu a poté je mu oblečena dolní část oděvu s ponožkami. Zde je nutná výrazná fyzická asistence obou pečujících.

- **Celková hygiena:** dnes neprovedena.

#### **Pozorování uživatele č. 3 a č. 4 dne 27. 2. a 13. 3. 2017**

Zápis z těchto dvou pozorování jsme se rozhodli sloučit dohromady, neboť uživatel v rámci třetího pozorování dosáhl výrazného pokroku a během čtvrté návštěvy byl vývoj jeho stavu beze změny.

Opět jsme byli přítomni ranní hygieny, kde již uživatel, po provedeném zahřátí, vykonával změny pozice se slovním vedením a minimální podporou pečující. Nové pohybové stereotypy již nečinili žádné obtíže. V poloze sedu s nohama mimo lůžko byl ještě lehce nestabilní a nejistý. Pomoci druhé pečující už však nebyla potřeba. Uživatel sám prováděl ranní hygienu od pasu k hlavě, pečující mu jen připravila umyvadlo, mýdlo a ručník. Poté mu pomohla s oblečením horní části oděvu přes hlavu a oblékla dolní část oděvu, ponožky a obuv. Podání stravy je již v této pozici.

Při čtvrté návštěvě jsme mohli být přítomni celkové hygieny, ale pouze do svlečení uživatele, z důvodu zachování jeho intimity. Doplňující informace jsme získali od pracovníce přímé péče provádějící koupel. Před posazením uživatele proběhla opět fáze zahřátí celého těla a změna pozic dle stanoveného postupu. Uživatel je optimistický a na koupel se těší. V sedu na lůžku je stabilní bez obav z pádu a prostoru. S pečující plně spolupracuje a důvěřuje jí. Pracovnice uživatele pomocí mobilního zvedacího zařízení přesune na koupací křeslo a mi

opouštíme pokoj. Pracovnice poté uvádí, že uživatel provádí očistu téměř sám, pomoc potřebuje při mytí dolních končetin, chodidel a prstů. S koupelí byl spokojen.

#### **Pozorování uživatele č. 5 dne 15. 3. 2017**

V rámci této návštěvy jsme provedli zhodnocení intervencí, prováděných pečujícími a ergoterapeutkou ve formě kontrolního ADL hodnocení s výsledky uvedenými v příloze č. 7. Vzhledem k příznivému vývoji jeho stavu změnila ergoterapeutka metodický postup v návaznosti na svou intervenci a zařadila boční přesun mimo lůžko fázi zklidnění v sedu na židli, jako rovnoměrné rozprostření váhy těla a tlaku v oblasti hýždí.

#### **Pozorování uživatele č. 6 a č. 7 dne 10. a 27. 4. 2017**

Záznamy z těchto dvou pozorování jsme opět sloučili dohromady. Uživatel již zvládal boční přesun mimo rovinu spolu s pracovnící přímé péče a s oporou o jednu dolní končetinu. Během změny pozice byl stabilní a neudával ani obavy z pádu. Po usazení na židli provedla pečující fázi zklidnění. Zpětnou vazbou pro nás byl úsměv uživatele, vzpřímená pozice sedu a celková spokojenost uživatele.

#### **Pozorování uživatele č. 8 č. 9 dne 8. a 29. 5. 2017**

V rámci těchto pozorování zvládal již uživatel změnu pozice sám s oporou o opěrku křesla. Během devátého pozorování nám uživatel sdělil, že započal opět s hrou na harmoniku a nácvikem chůze v podpažním chodítku. Byl optimistický a pozitivně motivovaný.

#### **Pozorování uživatele č. 10 dne 15. 6. 2017**

K tomuto datu jsme se zúčastnili pouze pro nás výstupního hodnocení ADL (viz příloha č. 7), ve kterém se již převážně objevovalo tří a čtyř bodový rozdíl skóre v jednotlivě hodnocených oblastech v komparaci s prvním hodnocením. Celkový stav uživatele byl beze změny od pozorování č. 8 a 9.

### **5.3.6 Závěr kazuistiky č. 2**

Na závěr této případové studie bychom rádi uvedli, že zdravotní stav a dosažené schopnosti v oblasti ADL se u pana YY od začátku působení stanoveného metodického postupu konceptu výrazně zlepšili. Zásluhu také připisujeme týmové spolupráci, která v zařízení velmi dobře funguje. Každá dosažená změna uživatele pozitivně motivovala k dalšímu postupu vpřed. V závěru našeho šetření se uživatel zlepšil na tolik, že si zvládnul dojít i na toaletu na pokoji a

v koupelně prováděl osobní hygienu. Ve srovnání s funkčním hodnocením na počátku intervencí vykonával hygienu nejprve v poloze polosedu na lůžku, poté v sedu s nohama mimo lůžko a na konec na židli v pokoji nebo v koupelně. Přes den musel používat inkontinenční pomůcky, což vnímal jako degradující vůči jeho osobnosti. Dnes je spokojený, že má soukromí během hygieny i na toaletě a nemusí mít inkontinenční pomůcku přes den. Od června 2017 začal chodit i do jídelny, což podpořilo i komunikaci s ostatními uživateli. Neteř mu přinesla harmoniku, a jelikož byl již v poloze sedu bez opory stabilní, pustil se opět do hraní a ergoterapeutka ho také na jeho přání v rámci aktivizačních činností zařadila do „*Dílen nejen pro muže*“.

Domníváme se, že pokud bude pan YY nadále pracovat na sobě stejně intenzivně jako doposud, mohl by časem z podpažního chodítka přejít na nízké čtyřkolové skládací chodítko. Není pochyb o tom, že tento muž i navzdory svému věku, díky pozitivní motivaci, nekončícímu optimismu a úsilí vykázal obrovský kus práce. Pracovníci přímé péče plně respektovali jeho přání, do ničeho ho nenutili a v případě tělesné nepohody zvažovali provádění metodického postupu a jeho části.

## **5.4 Kazuistika č. 3**

Naše poslední zpracovaná kazuistika se zaměřuje na klientku, u které proběhla v říjnu 2014 ischemická cévní mozková příhoda, a poté byla sekundárně v prosinci 2014 diagnostikovaná psychiatrickým lékařem počáteční demence. V důsledku pohybového rezidua ve formě pravostranné hemiparézy došlo postupem času ke ztrátě bipedální lokomoce a k upoutání na lůžko a mechanický vozík, kde poloha v sedu není pro uživatelku již příliš komfortní, neboť sed bez opory není stabilní a přepadává k postižené straně. Díky této přetrvávající imobilizaci na lůžku se uživatelka dostala do stavu dekondice, jak fyzické, tak i psychické.

Informace uvedené v této případové studii jsme získali od samotné uživatelky a z dostupných materiálů poskytnutých sociální pracovníci, pracovníky přímé péče a ergoterapeutkou. Tato případová studie je opět anonymní. Uvádíme zde stejně jako v předešlých kazuistikách základní údaje uživatelky, její představení a jednotlivá pozorování vývoje stavu během aplikace ergoterapeutkou stanoveného metodického postupu konceptu, rodinnou, osobní, pracovní a sociální anamnézu, vstupní vyšetření ergoterapeutky a stručné

výstupy z jednotlivých hodnocení ADL na začátku, v průběhu a na konci pozorování, závěr kazuistiky.

#### **5.4.1 5.4.1 Základní údaje uživatelky č. 3**

- Jméno: paní XX,
- Datum narození: 1932,
- Věk: 85 let,
- Vzdělání: Střední odborné učiliště, obor poštovní doručovatelka,
- Povolání: poštovní doručovatelka,
- Mateřský jazyk: český jazyk.

#### **Diagnóza:**

- 2014 – ischemická cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou, akutní amentní stav nasedající na počínající demenci,
- 2017 – pád s četnými traumatickými poraněními.

#### **Medikace:**

- Concor – léčba hypertenze, onemocnění srdce, poruchy srdečního rytmu,
- Formoterol – přípravek uvolňující dýchací svaly,
- Ginkgo biloba – posílení paměti a prokrvení mozku,
- Piracetam – podpůrná léčba zeslabených kognitivních funkcí mozku,
- Baclofen – přípravek snižující svalový tonus (spasticitu).

#### **5.4.2 Anamnéza**

V této anamnéze jsou uvedeny informace, které jsme získali od pana XX, sociální pracovnice a ergoterapeutky.

#### **Rodinná anamnéza**

Rodiče uživatelky již nežijí. Matka zemřela, když bylo paní XX osm let. Příčinu smrti se nám nepodařilo zjistit. Otec zemřel v nemocnici po prodělané těžké cévní mozkové příhodě ve věku osmdesát let. Uživatelka udává, že pochází ze tří dětí. Se sourozenci, dvěma bratry, udržuje dobré vztahy, ale jelikož bydlí daleko, vidí se málo. Dle informací je zdravotní stav mladšího bratra, který je ve věku šedesát osm let, dobrý, starší bratr prodělal ve věku sedmdesáti



pěti let lehčí infarkt myokardu bez větších následků. V rodině uživatele se nevyskytovala žádná genetická onemocnění ani poruchy metabolismu.

### **Osobní anamnéza**

Uživatelka prodělala běžné dětské nemoci. Od konce roku 2014 jí byla diagnostikována počáteční demence. Také trpí dalšími diagnózami, jako je hypertenze, chronická bronchitida a oboustranná percepční nedoslýchavost. Paní XX užívá léky, které jsou zmíněny výše v základních údajích na začátku kazuistiky. Do zařízení nastupuje po ukončeném pobytu v odborném léčebném ústavu v Pasece dne čtvrtého září 2017, kde byla umístěna za účelem rehabilitace po prodělaném pádu v březnu 2017 s četnými traumatickými poraněními ramene a žeber na pravé straně. V důsledku pádu se její celkový stav zhoršil natolik, že již nezvládala běžné sebeobslužné úkony a návrat do domácího prostředí již nebyl možný. Zmiňuje se, že už necítí ani odchod stolice či moči, neoblékne se a špatně se jí drží lžice levou rukou, personál jí musí pomáhat s podáním stravy. Sama neprovede ani hygienu. Když mluví o svém stavu, pláče a mistry se i opakuje. Jako další její onemocnění uvádíme polyarthrotický syndrom a prodělanou klíšťovou meningoencefalitidu v roce 2006.

### **Pracovní anamnéza**

Po ukončení základní školy navštěvovala paní XX střední odborné učiliště – obor poštovní doručovatel a tuto práci také celý život zastávala.

### **Sociální anamnéza**

Uživatelka žila sama s manželem do jeho smrti v rodinném domku na vesnici. Měli dvě děti dceru a syna. Dcera se o uživatelku po smrti otce starala, ale po prodělané cévní mozkové příhodě sama onemocněla a nezvládala už péči o ni. Syn zemřel v třiceti pěti letech na následky tragické autonehody. Po pádu se její stav zhoršil tak, že se dcera s uživatelkou dohodla o umístění do institucionální péče. V rámci možností jí i se dvěma vnoučaty navštěvuje. V zařízení se cítí opuštěná, nic jí nebaví, se spolubydlící si nerozumí a nabízených skupinových volnočasových aktivit se nechce účastnit, protože nevydrží dlouho sedět ve vozíčku.

### **5.4.3 Charakteristika stavu uživatelky na počátku výzkumného šetření**

Paní XX je ležící v rámci lůžka částečně soběstačná, během personálního ADL potřebuje různou míru pomoci a podpory, zejména v oblasti mobility v lůžku a přesunů mimo lůžko. Samostatně se neposadí, v lůžku se neposune k čelu ani k okraji, pouze za výrazné

fyzické asistence. Do sedu na lůžku s nohama dolů se dostává za pomoci jednoho až dvou pečujících. V sedu bez opory je nestabilní, přepadává dozadu. Nepostaví se a bez výrazné fyzické asistence jednoho až dvou pracovníků přímé péče se nepřesune. Snaží se najít samostatně lžící levou rukou v polosedě na lůžku, ale udává, že strava jí padá všude a jsou špinavé lůžkoviny i její oděv. Následně ji pečující zbývající stravu raději podají. Při oblékání a hygieně potřebuje různou míru podpory, zejména s mytím a oblékáním trupu, dolních končetin a intimních partií. Horní části oděvu ani dolní si neoblékne, boty neobuje, knoflíky na svetru nezapne. Uživatelka má kompletní náhradu chrupu a o zubní protézy pečují pracovníci přímé péče. Úkony sebezpěče v rámci ranní hygieny zvládá s mírnou asistencí a slovním vedením téměř samostatně, sama se levou rukou učeše, namaže krémem na obličej a někdy i navoní. Místy je uživatelka desorientovaná, mluví o svém manželovi jako by žil a o činnostech, které vykonávali zřejmě spolu. Komunikuje verbálně bez obtíží, je však velmi pesimistická, plačtivá, úzkostná a plně závislá na ošetrovatelské péči a pomoci, při všech běžných denních činnostech.

### **Pozorování uživatelky od září 2017 do konce března 2018**

Vývoj případové studie uživatelky č. 3 jsme sledovali od uplynutí desetidenního adaptačního období, respektive od osmnáctého září 2017 až do dvacátého druhého třetí 2018. Začátky práce s uživatelkou byly pro všechny pracovníky přímé péče obtížné. Uživatelka byla plačtivá, pesimistická, depresivně laděná. Místy desorientovaná místem, časem i osobou a neustále volala svého manžela, který již nežije. Chovala se, jako by byl přítomen a požadovala, aby pečující nechali manžela provádět úkony týkající se její osoby. Na počátku je plně závislá na péči pracovníků přímé péče. Některé úkony personálního ADL v rámci lůžka však zvládá s částečnou dopomocí a různou mírou podpory, zejména v oblasti mobility v lůžku a přesunů mimo lůžko. Během realizace stanoveného konkrétního metodického postupu se stav upravuje a uživatelka zvládá výše jmenované úkony v rámci lůžka i mimo něj téměř samostatně. Upravilo se také její emoční ladění a motivační složka.

Ergoterapeutka provedla osmnáctého září 2017 vstupní vyšetření a hodnocení ADL (viz příloha č. 9), u kterého jsme byli přítomni. Dle výsledků stanovila ve spolupráci s pečujícími metodický postup (viz příloha č. 10). Níže uvádíme vstupní funkční ergoterapeutické hodnocení. Na základě prvního hodnocení ADL se ukázali problematické téměř veškeré hodnocené úkony v oblasti mobility, přesunů, lokomoce, oblékání, ranní hygieny, celkové hygieny, podávání stravy a sebesycení. Bodové hodnocení dle modifikovaného testu ADL dosahovalo při vstupním vyšetření převážně pěti nebo čtyř bodového skóre. Uživatelka

odmítala i veškeré zájmové aktivity, ale na konci výzkumného šetření již projevila zájem o skupinové volnočasové aktivity, zejména klub vaření a zahradních aktivit. Klíčová pracovnice se zmínila, že by se také ráda účastnila pravidelných akcí, pořádaných v místní cukrárně, ale na konci šetření se ještě obávala cestování do vesnice.

### **Pozorování uživatelky č. 1 dne 18. 9. 2017**

#### **Vstupní hodnocení funkčních schopností uživatelky (čerpáno z dokumentace uživatelky)**

U uživatelky bylo provedeno hodnocení funkčních schopností, ale během našeho šetření nebyla zařazena k individuální ergoterapeutické intervenci.

#### **Rehabilitační Dg:**

- Fractura colli humeri lateris dextri – zavřená – (03/2017) – řešeno konzervativním způsobem (ortéza); Mnohočetné zlomeniny žeber, uzavřené – VII. – VIII. lateris dextri,
- Demence ischemicko – vaskulární,
- Polyartróza, celková rigidita, počínající flekční kontraktury hamstringů bilaterálně,
- Wernicke – Mannův syndrom,
- Tinnitus aurium lateris sinistri,
- Multisystémové vertigo,
- Stav po prodělané klíšťové meningoencefalitidě 2006,
- Stav po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě v oblasti bazálních ganglií v levé mozkové hemisféře (10/2014),
- Imobilita, inkontinence moči i stolice.

#### **Anamnéza:**

##### **Osobní anamnéza**

Arteriální hypertenze, stav po prodělané klíšťové encefalitidě v roce 2006, tinitus aurium lateris sinistri, multisystémové vertigo, polyartróza kloubů dolních končetin, v březnu 2017 zlomenina krčku kosti pažní vpravo, fraktura žeber VII. - VIII. žebra taktéž vpravo po pádu, stav po prodělané ischemické CMP v oblasti bazálních ganglií v levé mozkové hemisféře (10/2014), Wernicke – Mannův syndrom, imobilita, celková rigidita, počínající flekční kontraktury hamstringů bilaterálně, inkontinence moči i stolice, demence ischemicko – vaskulární etiologie.

## Nynější onemocnění

Uživatelka byla dne čtvrtého září 2017 přeložena z Odborného léčebného ústavu Paseka do zařízení Domov Hrubá Voda, kde byla hospitalizována od konce března 2017 za účelem následné rehabilitace po prodělaném pádu s četným traumatickým poraněním (zlomenina krčku kosti pažní na pravé straně a sedmého a osmého žebra taktéž vpravo), řešeno konzervativně analgetizace, ortéza a postupná vertikalizace bez výrazného efektu, dále ji uživatelka odmítla z obavy pádu. Necítila se jistě a bezpečně. Doléčovacímu pobytu předcházela hospitalizace na traumatologickém a geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc od začátku března 2017 do konce března 2017. Vstupně na geriatricií amentně delirantní stavy, přidán Tiapridal s efektem. Dále spolupracovala, klidná, nesoběstačná, údajně cvičila s fyzioterapeutkou, s výraznou dopomocí sed, v sedu nestabilní, přepadává bez opory k jedné straně, s oporou po chvíli taktéž. Chůze v chodítku neschopna. Postupně regrese otoku v oblasti paže. Odstraněn permanentní močový katetr, inkontinence, pleny, kardiopulmonálně kompenzovaná. K další péči přeložena do Paseky. Během tamního pobytu zpočátku obtížná spolupráce, posléze došlo k mírnému zlepšení stavu, úpravou medikace, pohyb pravou horní končetinou nadále omezený, chůze stále neschopna, samostatného sedu bez opory taktéž. S obtížemi se sama nají. Opakovaně lehce dezorientovaná, nepřiléhavé odpovědi. Po mírném zlepšení mobility, prodělala lehký respirační infekt bez teplot, bez poslechového nálezu na plicích, jen pokašlávala, ordinován Formoterol s příznivou odpovědí. Vcelku stav pacientky stabilizovaný. Jelikož nedošlo k posunu v oblasti soběstačnosti a místy přetrvává dezorientace v základních směrech, k další léčbě a rehabilitaci přeložena na ošetrovatelské lůžko. Během pobytu na ošetrovatelských lůžkách došlo opakovaně ke zhoršení stavu, kdy není již schopná spolupráce ani jakékoliv vertikalizace. Střídají se stavy dezorientace, zmatenosti, jindy zase komunikace možná. Dle závěrů z psychiatrického konzilia jde o demenci mírného až středně těžkého stupně. Při zhoršení stavu podány infuze s Oxantilem a Magneziem s následnou regresí stavu. Inkontinence – inkontinenční pomůcky (pleny). Během pobytu přeléčena močová infekce Unasynem. Kardiopulmonálně opět kompenzována, hodnoty glykemie v normě, hodnoty krevního tlaku taktéž. Uživatelka rehabilitovala na lůžku, posazována, sed stále nestabilní, objevují se kolapsové stavy, vertikalizovat nelze. Ve stabilizovaném stavu je uživatelka po dohodě s rodinnou a na základě již předchozí žádosti přeložena do zařízení Domov Hrubá Voda. Na sociálním lůžku Odborného léčebného ústavu Paseka proběhlo v srpnu 2017 sociální šetření.

### **Rodinná anamnéza**

Rodiče uživatelky již nežijí. Matka zemřela, když bylo paní XX osm let. Příčinu smrti neudává. Otec zemřel v nemocnici po prodělané těžké cévní mozkové příhodě ve věku osmdesát let.

### **Alergologická anamnéza**

Jahody!

### **Pracovní – sociální anamnéza**

Po ukončení základní školy absolvovala střední odborné učiliště – obor poštovní doručovatel a tuto práci také celý život zastávala. Nyní je ve starobním důchodu.

S manželem žila do jeho smrti v rodinném domku na vesnici. Měli dvě děti dceru a syna. Dcera se o uživatelku po smrti otce starala u sebe doma, ale po prodělané cévní mozkové příhodě uživatelky sama onemocněla a nezvládala už péči o ni. Syn zemřel v třiceti pěti letech na následky tragické autonehody. Po pádu se její stav zhoršil tak, že se dcera s uživatelkou během pobytu na sociálním lůžku v Odborném léčebném ústavu Paseka dohodla o umístění do institucionální péče. Pobyt v zařízení nesnáší příliš dobře. Je plačtivá a stavy desorientace se v důsledku její psychické nepohody akcentují.

### **Gynekologická anamnéza**

Dva porody, abort 0.

### **Zájmy**

Dříve ráda vařila, pekla, četla detektivky a pracovala na zahradě. Nyní ji nic nebaví, vše odmítá.

### **Lateralita**

Pravá horní končetina.

### **Funkční ergoterapeutické hodnocení**

#### **Subjektivně**

Uživatelka při kontaktu pláče a udává, že ji vše bolí a nic nezvládne.

## Objektivně

Uživatelka ve věku osmdesáti pěti let, vyšetřena na lůžku, přiměřené výživy (inklinující k obezitě), dobře a ochotně při vyšetření spolupracuje, komunikuje verbálně. Místy desorientovaná ve všech směrech. Po přeložení do Domova se necítí dobře. Klidová normoventilace, pokožka bledší, bez známek ikteru nebo cyanózy, akra teplá, prokrvená, bez patrných čerstvých eflorescencí nebo defektů, turgor kožní adekvátní věku. Příjem stravy a tekutin fyziologický, obtíže během podání stravy, levou rukou a v polosedě na lůžku se jí hůře jí. Plná inkontinence, používá inkontinenční pomůcky (pleny).

**Fyziologické funkce:** krevní tlak - 135/75, tepová frekvence – 76 tepů za minutu, tělesná teplota - 36,5 stupňů Celzia, hmotnost - 76 kg.

**Hlava:** pokleповě nebolestivá, výstupy pátého hlavového nervu intaktní, nervus faciális inervuje správně. Bulby jsou ve středním postavení, bez známek spontánního nystagmu, zornice izokorické, reagují na obě kvality. Skléry anikterické, spojivky růžové. Sliznice orofaryngu klidné, tonzily atrofické, jazyk se plazí ve střední čáře. Ústa bez zubní náhrady, zubní protézy má údajně doma. Zhoršený vÍzus – korekce skly, perimetr a sluch orientačně v normě. Fonace a polykání bez patologie.

**Krk:** souměrný, štítná žláza a uzliny nehmatné, jugulární plnění v normě, pulzace karotid symetrické.

**Hrudník:** symetrický, klenutý, akce srdeční regulovaná, ozvy tiché, ohraničené, šelesty neslyšim. Dýchání čisté v plném rozsahu, bez známek městnání nebo spasmu.

**Břicho:** v úrovni hrudníku, v dolních kvadrantech lehce vzedmuté s bubínkovým poklepem, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika střevní adekvátní.

**Horní končetiny:** bez edémů, klouby normální konfigurace, rozsah hybnosti omezen v pravém ramenním a loketním kloubu – Wernicke – Mannovo držení, nemožnost abdukce a zevní rotace v ramenním kloubu, prsty ruky ve flekčním držení, extenze v loketním kloubu bolestivá, spasticita, fenomén ozubeného kola, aktivní pohyb nemožný, pasivně pouze do horizontály v ramenním kloubu, na začátku pohybu bolest. Úchop pouze levou rukou, neobratný, při podání hřebene se češe opačnou stranou (apraxie).

**Dolní končetiny:** bez edémů nebo známek zánětu, žilní kresba jen mírně rozšířená, pulzace na periferii hmatná. Svalová síla oslabená, neudrží v lehké elevaci, rozsah hybnosti

kloubní adekvátní věku, na pravé dolní končetině fixní extenční držení v kolenním kloubu. Ostatní klouby volné, bez významnější defigurace, bez drásotů. Na přechodu distální části bérce a talo - crurálního kloubu nepravidelná, dávno zhojená, palpačně bolestivá jizva po úrazu v mládí (pád z motorky).

**Mobilita a postura:** v lůžku bez výrazné pomoci pečujících imobilní, v sedu se svěřenými dolními končetinami nutná výrazná fyzická asistence, bez opory nestabilní, přepadává na postiženou stranu. Stoj pro výraznou instabilitu nezkoušen. Transfer ve vertikále pouze pasivní za pomoci jednoho až dvou pečujících a klidného slovního vedení.

**Páteř:** vyšetřována pouze zběžně, do sedu se rozvíjí ve všech segmentech, pokleповě nebolestivá. V sedu nahrbená s předsunutou hlavou a značným náklonem doprava, na postiženou stranu. Šíje neoponuje a hybnost krční páteře omezena do lateroflexe bilaterálně, vpravo výrazný spasmus musculus sternocleidus.

**Kognitivní funkce:** exekutivní funkce narušeny, abulická. Obtíže činí posloupnost a řešení situace. V kontaktu příjemná, snaživá, verbální projev poznamenaný zabíhavým myšlením (neudrží logickou nit tématu), občas zcela dezorientovaná. S obtížemi se podepíše, krátký text přečte, v textu se objevují perseverace. Hodiny pozná, avšak nezakreslí správně.

**ADL:** výrazný limit v oblasti personálního i instrumentálního ADL. Sama se neoblékne. Obtíže s oblékáním horních i dolních částí oděvu, neprovede hygienu, vždy je nutné alespoň slovní vedení a výrazná míra pomoci, nají se samostatně s obtížemi lžící levou horní končetinou, obtíže činí jemná motorika – síla úchopu lžice a tekutější strava (omáčky, polévky), bimanuální činnosti nelze vzhledem k spasticitě pravé horní končetiny provádět. Uživatelka je plně závislá na ošetrovatelské péči a pomoci, při všech běžných úkonech sebepéče. Narušena strukturalita dne.

## **Terapeutický plán**

**Cíl terapie:** dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti a kvalitního pohybového stereotypu v lůžku i mimo něj.

**Krátkodobý plán:** reedukace a facilitace základních pohybových stereotypů v lůžku i mimo něj, individuální metodický postup konceptu kinestetické mobilizace v oblasti preventivní mobilizace cílený na limit PADL. Výhledově postupná vertikalizace do chodítka, transfery mimo rovinu, nácvik stoje, případně i chůze ve vysokém chodítku. Intervence psychologa.

**Intervenční strategie:** substituce/kompenzace, edukace.

**Dlouhodobý plán:** pokračování a zdokonalování se v získaných pohybových stereotypech. Dle vývoje stavu další instruktáž personálu v možnostech a variabilitě kinestetické mobilizace.

V Hrubé Vodě dne 18. 9. 2017

### **Pozorování uživatelky č. 2 dne 2. 10. 2017**

Na základě informací poskytnutých pracovníci přímé péče, bude uživatelka po snídani připravena k návštěvě praktického lékaře, neboť se necítí dobře a vyžaduje jeho intervenci. V rámci stanovených úkonů prováděny všechny tři fáze.

#### **Subjektivně:**

Uživatelka dnes v ranních hodinách výrazně úzkostná, plačtivá, neustále volá manžela a vyžaduje lékaře. Komunikuje verbálně bez obtíží, nenavazuje však zrakový kontakt, dívá se jakoby skrze pečující a opakovaně se dožaduje lékaře.

#### **Intervence:**

- **Ranní hygiena/oblékání:** pracovnice přímé péče se nejprve snaží o navázání zrakového kontaktu, na oslovení jménem reaguje velmi dobře, zrakový kontakt je avšak sporadický. Pozitivní odezva je na stisk ruky. Nastává zklidnění a krátkodobé navázání zrakového kontaktu. Po vzájemném pozdravení se a obeznámení uživatelky s postupem si pečující vyžádá její souhlas s prováděním daného metodického postupu. Následně začne provádět úkony, v rámci fáze zahřátí. Dotýká se uživatelky ve zmíněných pohybových směrech, na obou dolních i horních končetinách, pánvi i hrudníku. Pečující je empatická a kongruentní, s uživatelkou udržuje neustálý slovní kontakt. Uživatelku plně akceptuje. Ve fázi funkčního tréninku jsou viditelné obtíže s nastavením pohybového stereotypu a bolestivá odezva na oporu pravého chodidla o podložku při posunu k čelu. Nutná výrazná fyzická podpora a slovní vedení krok za krokem. Ke kraji lůžka zvládá samostatně, ale s obtížemi. Na bok potřebuje opět výraznou fyzickou asistenci. Uvedené úkony opakuje uživatelka dvakrát. Poté vloží pečující mycí houbu do její ruky a se slovním vedením a aktivním asistovaným pohybem dopomáhá s umýváním jednotlivých částí jejího těla v poloze polosedě s dolními končetinami na lůžku. Na závěr ji pečující vyzve k výběru oděvu, avšak



odpověď přichází až s delší latencí. Nejprve je uživatelce oblékána svrchní část oděvu přes postiženou horní končetinu a následně pak přes zdravou. Vše probíhá s minimální zapojením uživatelky do činnosti. Je viditelná celková odevzdanost, nulová motivace a místy se projevuje desorientace místem, časem i osobou. Odmítá se i načesat a namazat obličej krémem. Na závěr je provedena fáze zklidnění, rozprostření váhy těla v semisupinační poloze na zdravém boku.

- **Přesuny v horizontále (posun nahoru a k okraji lůžka, otočení se na bok):** dle pracovníků přímé péče samostatně nezvládá žádnou změnu pozice ani během jiných všedních denních aktivit. Nevyvíjí téměř žádnou aktivitu.
- **Podávání stravy a sebesycení (snídaně/oběd/večeře):** před podáním snídaně, je vyrovnána poloha uživatelky a provedeny pouze změny pozice (posun k čelu lůžka, na bok a k okraji lůžka) pouze jedenkrát. Snídaní uživatelka odmítla. Před podáním obědu pečující provádí fázi zahřátí opět pro horní končetiny, pánev a trup. Pro změnu polohy užije posun k čelu a ke kraji lůžka, nastaví výšku jídelního stolečku (krmíku) a podá uživatelce lžici do levé ruky s rozšířeným úchopem. Strava se uživatelce obtížně nabírá a znečišťuje lůžkoviny. Po nějaké době pečující paní XX zbývající stravu sama podá. Před podáním večeře pečující provede fázi zahřátí pouze pro horní končetiny, dvakrát změnu pozice ke kraji lůžka a na bok. Podá uživatelce večeři a aktivním asistovaným pohybem vede lžici v pravé ruce k ústům, ale pro výrazné bolesti v ramenním kloubu už dále tímto způsobem nepokračuje. Po každé fázi funkčního tréninku následovalo zklidnění v semisupinační poloze a rozprostření váhy jejího těla. Veškeré úkony jsou provázeny slovním vedením.
- **Celková hygiena: neprovedena.**

### **Pozorování uživatelky č. 3 a č. 4 dne 26. 10. a 15. 11. 2017**

Záznam z těchto dvou pozorování je sloučen dohromady, neboť nedošlo k žádné výrazné změně ve funkčním stavu uživatelky a výkonu zaměstnávání v oblasti ADL od druhého pozorování. Uživatelka byla v rámci obou návštěv negativistická, pesimistická a zdálo se, jakoby aktivity metodického postupu odmítala. Verbálně však nesouhlas neprojevovala. Opět jsme byli přítomni ranní hygieny, podání stravy, sebesycení (snídaně/oběd/večeře) a přesunů. Během čtvrté návštěvy jsme se mohli zúčastnit se souhlasem uživatelky také přípravy na celkovou hygienu, kde jsme v rámci zachování intimity před svlečením oděvu opustili její pokoj. Pečující provedla fázi zahřátí ve všech výše zmiňovaných segmentech a změnu pozice -

posun k okraji lůžka a otočení na boky. Každé provedení zopakovala dvakrát. Poté uživatelku přes postiženou stranu téměř pasivně posadila s dolními končetinami mimo lůžko a přesunula na koupací křeslo. Během úkonu byl viditelný stále pasivní přístup uživatelky. Dále nám pečující sdělila, že během koupele jí vložila mýdlo do levé ruky, které jí zakoupila s její oblíbenou levandulovou vůní a pomáhala jí s provedením hygieny. V místech, kde uživatelka umytí vykonat nemohla (záda, dolní končetiny, vlasy, intimní partie), nabídla pomoc a očistu sama dokončila. Po koupeli a obléknutí oděvu následovalo zpětné uložení do lůžka, zklidnění a rozložení váhy v semisupinační poloze na postižené straně. I během těchto činností se paní XX aktivně téměř vůbec nezapojovala a stále volala manžela a chtěla, aby přišel.

### **Pozorování uživatelky č. 5 dne 30. 11. 2017**

V rámci této návštěvy jsme provedli zhodnocení intervencí, prováděných pečujícími ve formě kontrolního ADL. Hodnocení s výsledky uvádíme v příloze číslo devět. K našemu překvapení nastal posun k příznivému vývoji stavu uživatelky. Jedné z pracovníků přímé péče se podařilo navázat přátelský vztah s uživatelkou. Podnítila tak příjemnou změnu v jejím chování a celkovém přístupu k ADL. Uživatelka začala během aktivit spolupracovat, pravá horní končetina se jevila volnější, prsty nebyly již tolik sevřeny v pěst. Během činností byl už možný téměř bezbolestný aktivní asistovaný pohyb pravou horní končetinou. Uživatelka se začala sama otáčet na boky, více zapojovala během změny pozice levou dolní končetinu. Posun k čelu lůžka zvládala téměř samostatně se slovním vedením a lehkou fyzickou asistencí. Po dohodě s ergoterapeutkou došlo ke změně metodického postupu. Od začátku prosince ergoterapeutka doporučila zařadit šetrnou vertikalizaci do sedu přes postiženou stranu, a po dosažení stability v sedu i posun ke kraji lůžka a boční transfer na židli za asistence jedné až dvou pracovníků přímé péče. Uživatelka si uvědomovala tento svůj pokrok, přestala být tak sebekritická, projevovala zájem o dění okolo sebe a neustálým povzbuzováním všech pečujících byla motivována k dalším změnám. Stav zmatenosti a desorientace mírně ustoupily a nebyly již tak intenzivní. Pracovnice přímé péče ovlivnila svým laskavým a trpělivým přístupem progres v metodickém postupu směrem ke zvýšení úrovně její soběstačnosti a nezávislosti.

### **Pozorování uživatelky č. 6 dne 18. 12. 2017**

Posloupnost úkonů stanoveného metodického postupu byla u prvotně zjištěných problematických oblastí ADL stejná jako ve výše uvedeném druhém pozorování. Uživatelka se

již zvládala téměř samostatně posadit přes postiženou stranu a s oporou o loket na téže straně. V sedu bez opory byla stabilní, dopomáhala rotací trupu posunu k okraji lůžka a pomalu zvládala boční přesun mimo rovinu spolu s jednou pracovnící přímé péče a s oporou o levou dolní končetinu. Během změny pozice udržela rovnováhu a neudávala ani obavy z pádu. Po usazení na židli provedla pečující fázi zklidnění, rozprostření váhy těla v oblasti hýždí a podložila pravou horní končetinu tak, aby nepřepadávalo zápěstí přes opěrku židle. Zpětnou vazbou pro nás byla vstřícnost uživatelky, počínající zájem o nabídku volnočasových aktivit a její letný úsměv. Pravá horní končetina byla již pohyblivější v ramenním kloubu do zevní rotace a odtažení od těla. Během podávání stravy v sedě na židli spočívala volně na stole a druhou horní končetinou uživatelka používala k sebesycení. V případě asistovaného podávání stravy pravou horní končetinou zvládala již vedení končetiny v prostoru, držení v sevření lžice v dlani za podpory ruky pečující.

#### **Pozorování uživatelky č. 7 dne 8. 1. 2018**

V sedmém pozorování jsme nezaznamenali v oblasti funkčních schopností a ADL žádnou výraznou změnu oproti pozorování číslo šest. Uživatelka byla více komunikativní a jevila zájem o poslech rádia nebo pořad v televizi. Dříve jí byly tyto aktivity nabízeny, ale odmítala je.

#### **Pozorování uživatelky č. 8 dne 30. 1. 2018**

V rámci této návštěvy uživatelka zvládala již změnu pozice z lůžka na křeslo téměř sama s oporou o opěrku křesla, dohledem, lehkou fyzickou asistencí a slovním vedením. Upravila se jí strukturalita dne a spánkový režim. Pečující ji také pravidelně třikrát týdně v odpoledních hodinách brali na krátkou procházku na mechanickém vozíku v areálu zařízení a pokoušeli se o vertikalizaci do stoje v podpažním chodítku. Výdrž v této pozici klesala po třech minutách.

#### **Pozorování uživatelky č. 9 dne 26. 2. 2018**

Metodický postup a sled dějů byl beze změny. Výdrž ve stoje se prodloužila na pět až sedm minut a oblékání horní části oděvu bylo téměř samostatné. Sebesycení zvládala v sedě na židli levou rukou a v závěru s asistencí pracovníce přímé péče. V celkové i ranní hygieně nedošlo k výraznějšímu posunu. Uživatelka začala navštěvovat volnočasové aktivity ve skupině, kde se prozatím do žádné kolektivní činnosti nezapojovala, ale komunikovala s ostatními uživateli. Stavby plačtivosti ustoupily, avšak volání manžela a vyžadování jeho

přítomnosti stále přetrvávalo. Neustálá pozitivní motivace a vstřícnost pracovníků přímé péče podpořila spolupráci s uživatelkou. Změny ve strukturalitě dne vyvolávaly negativní emoce.

### **Pozorování uživatelky č. 10 dne 22. 3. 2018**

K tomuto datu jsme se zúčastnili pouze pro nás výstupního hodnocení ADL (viz příloha č. 9), ve kterém se již převážně objevoval jedno až dvou bodový rozdíl v porovnání s prvním hodnocením. Funkční schopnosti v oblasti ADL se nezměnily od pozorování č. 8 a 9. V rámci volnočasových aktivit se zapojuje do paměťového tréninku, kroužku vaření, zahradních aktivit a projevila také výhledově zájem o pravidelné akce pořádané v místní cukrárně.

#### **5.4.4 Závěr kazuistiky č. 3**

Na závěr případové studie bychom rádi uvedli, že funkční schopnosti v oblasti ADL, zdravotní stav a chování se u paní XX od poloviny realizace stanoveného metodického postupu začal zlepšovat. Velký podíl v této kladné změně přičítáme vytvoření přátelského vztahu mezi uživatelkou a pracovníci přímé péče, který se stal v tomto případě jakousi hybnou silou efektivity konceptu. Uživatelka k sobě byla zpočátku velmi sebekritická, ale postupem času trpělivostí všech pečujících, jednotnému přístupu a postupné gradaci zátěže docházelo k úpravě jejího náhledu na sebe a k stále častějšímu pozitivnímu ladění.

Pokud bude paní XX nadále pokračovat v nastaveném metodickém postupu a nedojde ke zhoršení v jejím zdravotním stavu, není pochyb o tom, že tímto způsobem lze udržet dosavadně dosažené schopnosti a oddálit popřípadě zpomalit nástup dalších symptomů onemocnění.

Za velmi důležité shledáváme, aby rodina uživatelky nebo její blízké okolí nemělo na klientku vysoké nároky, než je sama schopna zvládnout. Zaměřovat se nejlépe na aktivity a úkoly, ve kterých je klientka úspěšná, aby s ohledem na její psychický stav nedocházelo zbytečně k dalšímu pocitu méněcennosti z vlastní nemohoucnosti. Dále plně respektovat její přání a pocity. Do ničeho ji nenutit. Vhodná by zde byla i intervence klinického psychologa nebo psychiatrického lékaře k nastavení vhodné farmakoterapie.

## DISKUZE

V rámci diskuze je nutné zmínit, že cíle výzkumného šetření byly naplněny. Na výzkumné otázky budeme posléze odpovídat a nad některými bychom chtěli také diskutovat.

Na začátku jsme si stanovili tyto otázky:

### **Jak probíhal celý proces uplatňovaný v rozsahu preventivní mobilizace pracovníky přímé péče ve jmenovaném zařízení?**

U každého z vybraných uživatelů probíhal celý proces uplatňovaného metodického postupu bez výrazných obtíží a s velmi dobrými prokazatelnými výsledky. Během první návštěvy jsme byli přítomni vstupního hodnocení funkčních schopností daného uživatele a ADL dle modifikovaného Barthelova testu základních všedních denních činností užívaného pouze pro potřeby v zařízení v přímé a ergoterapeutické péči. Poté následovala zhruba šestiměsíční aplikace ergoterapeutkou stanoveného metodického postupu, kde jsme se během našich návštěv zaměřovali na pozorování zjištěných problematických oblastí a změn, které nastávaly v souvislosti s prováděním daného postupu. V průběhu a na konci šetření jsme byli opět přítomni zhodnocení funkčních schopností jednotlivých uživatelů pomocí již zmíněného modifikovaného Barthelova testu ADL. Z jednotlivých pozorování jsme vedli pečlivý záznam, jak v listinné, tak i v elektronické podobě.

### **Které účinné faktory konceptu v rozsahu preventivní mobilizace lze uplatnit u uživatele č. 1, č. 2 a č. 3?**

V průběhu pozorování jsme zaznamenali, že nejdůležitější fází v oblasti preventivní mobilizace je fáze zahřátí, která připravuje uživatele k požadovanému výkonu, snižuje bolest a celkově uživatele aktivizuje. U uživatelky č. 1 to byl i druh prvotního kontaktu a senzitivního otužování. U ostatních uživatelů docházelo ke zvyšování kloubních rozsahů, inhibici svalového tonu (uživatelka č. 3) a normalizaci svalového napětí (uživatel č. 2). Dále tato fáze podporovala zejména u uživatelky č. 1 a č. 3 uvědomění si vlastního tělesného schématu, propiocepci, exterocepci a podporovala kontaktní chování. Fáze funkčního tréninku nastavovala v případě uživatele č. 2. správné pohybové vzory zejména při posunu k čelu lůžka a posazování se. Přispěla také k znovunabytí jeho sebedůvěry a pocitu vlastní užitečnosti. V případě uživatelky č. 1 a č. 3 zvyšovala mobilitu v lůžku a u uživatelky č. 3 a uživatele č. 2 umožnila transfer mimo lůžko, který uživatel č. 2 zvládnul postupem času i sám. Fáze zklidnění působila u všech tří uživatelů jako prevence vzniku sekundárních změn – dekubitů a kontraktur.

Oblast preventivní kinestetické mobilizace tvoří základnu pro navazující oblast konceptu a tou je rehabilitační mobilizace, jejíž vykonávání není taktéž oborově vyhraněno.

### **Jaký vliv má koncept v oblastech PADL u uživatele č. 1, č. 2 a č. 3?**

U každého z uživatelů lze zaznamenat jisté zlepšení. V závěrečném skóre modifikovaného ADL testu se ukázalo u uživatelky č. 1 jisté zlepšení u některých položek v rozmezí převážně jednoho a pouze jednou dvou bodů. U uživatele č. 2 dosáhlo zlepšení tři až čtyř bodového rozdílu v komparaci s prvním hodnocením. Zde však můžeme polemizovat o tom, zda je zlepšení paní XY a pana YY opravdu výsledkem pouze intenzivního provádění stanoveného metodického postupu nebo i určitého podílu následné ergoterapeutické intervence. V případě uživatelky č. 1 prováděla ergoterapeutka samostatně i otevírání komunikačního kanálu formou „*Preterapie*“ téměř denně v součinnosti s pracovníci přímé péče. U uživatele č. 2 byla intenzita i frekvence intervence daleko menší, pouze dvakrát týdně. Domníváme se, že výsledný stav uživatele je vzhledem k daleko menší frekvenci intervence ergoterapeutky zásluhou spíše pravidelného provádění pracovníků přímé péče. Nicméně vzájemná spolupráce přispěla také ke zlepšení uživatele. U uživatelky č. 1 jsme přesvědčeni, že intenzivní spolupráce ergoterapeutky a pracovníků přímé péče byla výraznou hybnou silou zlepšujícího se stavu uživatelky. Vzhledem k velkému počtu uživatelů v zařízení a pouze jedné ergoterapeutce neměla uživatelka č. 3 jinou intervenci než ze strany pracovníků přímé péče. Nelze tedy pochybovat o efektivitě tohoto metodického postupu, prováděného pouze přímou péčí v rámci problematických všedních denních aktivit. Zlepšení v závěrečném hodnocení dosahovalo jedno až dvou bodového rozdílu oproti počátečnímu hodnocení. Výraznější změna však nastala v chování uživatelky, jejím prožívání, emočním laděním a celkovém přístupu ke konceptu a péči. Nabízí se také otázka, zda by intenzivnější spolupráce se zkušenějším odborníkem (ergoterapeutka/speciální pedagog) přinesla vyšší hodnoty v provedených hodnoceních nebo zda by jiný, standardizovaný test hodnocení ADL neprokázal jiné hodnoty.

### **Došlo v průběhu intervence k výrazným změnám v chování nebo zdravotním stavu uživatelů?**

Ano, v průběhu realizace metodického postupu došlo ke změnám v chování, fyzickém i psychickém stavu a stabilizaci celkově zdravotního stavu uživatelů. U uživatelky č. 1 sice přetrvaly pohyby prstů pravé ruky a zubů o sebe, ale v již daleko menší intenzitě. Dále došlo k rozvoji verbality a nonverbálních projevů, zejména mimiky a zrakového kontaktu. U uživatele č. 2 se vlivem pravidelných intervencí pečujících posílila sebedůvěra, vlastní kompetence,

motivační složka, stabilizoval se jeho celkový zdravotní stav a naplnil cíl v individuálním plánování. U uživatelky č. 3 nedošlo k výrazné změně v chování. Byla stále plačtivá, ale ke konci našeho výzkumného šetření depresivní ladění ustupovalo stále více do pozadí a objevovali se častěji pozitivní emoce. Zlepšila se i motivační složka a upravila strukturalita dne. Uživatelka začala navštěvovat skupinové volnočasové aktivity. V průběhu návštěv se z jejího pohledu vnímaná intervence jako nucené zlo, začala proměňovat v aktivitu dne, na kterou se velmi těší. Stavby desorientace a volání manžela neustoupily. Zde vyvstává opět otázka vhodnosti a účinnosti zřízení pozice speciálního pedagoga (somatopeda). Domníváme se, že nejen v oblasti všedních denních aktivit, ale i v oblasti rehabilitace a kognitivních funkcí, by byla jeho intervence v rámci interdisciplinarity obrovským přínosem.

## ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

V závěru praktické části bakalářské práce je nezbytné upozornit na fakt, že uvedené výsledky, které zde prezentujeme, není možné zobecnit, jelikož byl použit pouze minimální počet sledovaných osob a na tuto problematiku je nutné nahlížet velmi individuálně. Budeme se nyní věnovat poznatkům ve vývoji našich případových studií.

Primárním cílem praktické části bylo popsat fenomén kinestetické mobilizace v rozsahu preventivní mobilizace, uplatňovaný pracovníky přímé péče v zařízení Domov seniorů Hrubá Voda, prostřednictvím 3 případových studií. Dále jsme se zaměřili efektivitu a konkretizaci konceptu. Zda u vybraných seniorů dojde v rámci intenzivní realizace stanoveného metodického postupu konceptu ke zlepšení v problematických oblastech prvního hodnocení ADL. K hodnocení personálních všedních denních aktivit jsme užili modifikovaného Barthelova testu ADL, u jehož provedení na začátku, v průběhu a na konci výzkumného šetření jsme byli vždy přítomni.

Chtěli jsme poukázat na široké uplatnění konceptu a jeho dílčích možností u seniorů s různým onemocněním a jejich důsledky.

U první uživatelky, šedesáti osmileté paní XY se syndromem imobility v důsledku psychické alterace (Alzheimerova choroba přechod do třetího stádia) byly v jednotlivých položkách hodnocení výsledky velice podobné. Zlepšení se pohybovalo o jeden až dva body, ale celkový výzus uživatelky a její kontaktní chování bylo diametrálně nesrovnatelné. Jsme také přesvědčeni, že verbalita a mobilita uživatelky se ještě může dalšími možnostmi konceptu v součinnosti s „*Préterapií*“ zlepšit.

Druhý uživatel, osmdesátiletý pan YY se syndromem dekondice a hypomobility bez přítomnosti syndromu psychické alterace, si během realizace konceptu a v bodovém hodnocení vedl lépe než uživatelka č. 1 a č. 3. Dosáhl dvou až tří bodového zlepšení a splnil si svůj vytýčený cíl v individuálním plánování „*hru na harmoniku*“. Získal sebevědomí a posílil své kompetence. Předpokládáme, že pokud nedojde v důsledku zhoršení zdravotního stavu k upoutání na lůžko, bude stabilizace stavu nadále přetrvávat. Nelze také vyloučit i výměnu vysokého chodítka za čtyřkolové skládací chodítko.

Třetí uživatelka, osmdesáti pětiletá paní XX se syndromem dekondice a hypomobility za přítomnosti syndromu psychické alterace, vzniklém na podkladě ischemicko-vaskulární demence byla zpočátku velmi pesimistická, úzkostná a depresivně laděná. Přesto závěrečné



bodové hodnocení vzrostlo o dva až tři body oproti prvnímu hodnocení. Po většinu času byla uživatelka místem i časem desorientovaná a velice sebekritická. Ale pozitivní motivací pracovníků přímé péče se začala na pravidelnou aktivitu těšit a radovat se z pokroků, které dělala. V závěru šetření byla odhodlaná na sobě i nadále pracovat a motivovaná k pokračování v konceptu. Domníváme se, že k udržení motivace, dlouhodobě pozitivního ladění a zpomalení progresu kognitivních funkcí by zde byla vhodná i intervence, včetně pravidelné diagnostiky symbolických a mnestických funkcí, klinického psychologa nebo psychiatra a následné adekvátní nastavení farmakoterapie.

Na základě těchto případových studií se nám podařilo dokázat, že koncept „*Kinestetické mobilizace*“ a jeho možnosti využití jsou v důsledku intenzivního provádění velmi efektivní a pozorované výsledky jsou pozitivní ve všech třech případech.

## ZÁVĚR

Stáří bývá označováno jako obávaná etapa lidského života pro charakteristicky výrazné ubývání fyzických a psychických sil a celkovou proměnu osobnosti člověka. Některým změnám však nelze zabránit, ale jiné lze vhodným způsobem zpomalit. Syndrom demence je velice závažné onemocnění, které spadá do oblasti psychických poruch. Jde o nezvratný proces, který negativním způsobem ovlivňuje nejen osobu samotnou, ale i její blízké a okolí. Ačkoliv se jedná o nevléčitelnou chorobu, včasnou diagnostikou a následnou terapií, v rámci které se uplatňuje více přístupů, zejména však podávání farmak v kombinaci s nefarmakologickými přístupy, je možné přispět ke zvýšení kvality života nemocné osoby. Jedním z účinných přístupů je i koncept „*Kinestetické mobilizace*“. Jeho variabilita a široké uplatnění na poli speciální pedagogiky, přímé péče, zdravotníků, lékařů a všech pečujících osob usnadňuje manipulaci s uživatelem a zvyšuje jeho samostatnost a nezávislost v oblasti všedních denních aktivit, zejména personálních.

Intervence prostřednictvím zvoleného metodického postupu je založena na uvědomování si vlastního těla v klidu i v pohybu, na možnosti aktivního ovlivňování vlastních pohybů a také na udržování získaných dovedností. Pohybové strategie jsou navrhovány tak, aby odpovídaly aktuálním psychosomatickým a motorickým možnostem daného seniora.

Teoretická část bakalářské práce měla za cíl vymezit problematiku stárnutí a stáří, včetně geriatrických syndromů a syndromu demence, přiblížit etiologii a jednotlivé, nejčastěji se vyskytující symptomy. Dále nám přinesla poznatky o různých klasifikacích a charakterizovala vybrané typy demence. Soustředili jsme se pouze na ta onemocnění a témata, korespondující s praktickou částí našeho výzkumu. Velice přínosnou se stala třetí kapitola, kde jsme se zaměřili na změny ovlivňující pohyb seniora, funkční geriatrické vyšetření, konkrétně na oblast funkčních schopností, kde jsme opět v kontextu praktické části charakterizovali hodnocení ADL z pohledu ergoterapie, jako průsečíku tohoto oboru a speciální pedagogiky. Zmínili jsme také možné intervenční strategie, uplatňované při nácviku ADL nejen v ergoterapii. V podstatné části této kapitoly jsme se věnovali podpoře pohybu ve formě konceptu, jeho principům a možnostem v oblasti preventivní mobilizace.

Praktická část práce vznikala především na základě pozorování vývoje tří případových studií, kde prostřednictvím realizace konkrétního metodického postupu pracovníky přímé péče docházelo k průkaznosti jeho efektivity v rozsahu preventivní mobilizace. Dosažené výsledky z oblasti personálních všedních denních aktivit byly komparovány prostřednictvím

modifikovaného hodnocení Barthelova Indexu a jsou také považovány za stěžejní pro tuto práci. Dále byly použity informace z dokumentace sociální pracovnice, pracovníků přímé péče a ergoterapeutky. Vybrané aktivity, zejména z oblasti PADL, byly hodnoceny před započítáním intervencí, v průběhu a na konci.

Naším primárním cílem bylo popsat fenomén kinestetické mobilizace v rozsahu preventivní mobilizace, dále jeho konkretizace a průkaznost efektivity v rámci zmíněných případových studií. Tyto cíle se nám podařilo splnit. Ve všech třech případech došlo k určitému zlepšení, což nás velice motivuje v další naší práci, popřípadě i užší specializaci. Upozorňujeme také na významnost interdisciplinární spolupráce mezi všemi členy pečujícího týmu a možný přínos intervencí speciálních pedagogů, v našem případě konkrétně somatopedů v zkvalitnění péče o seniory.

Doufáme, že tato bakalářská práce přinese alespoň malou inspiraci a motivaci k další práci se seniory a díky našemu šetření se nebude na intervence nejen pečujících nahlížet jako na zbytečné a neefektivní.

## SEZNAM ODKAZŮ A POUŽITÉ LITERATURY

ABREU, B., TOGLIA J. P. Cognitive rehabilitation: *A model for occupational therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 1987, roč. 41, s. 439-448.

AUSTAD, S N. *Proč stárneme: proměny lidského těla*. Praha: Mladá fronta, 1999. 205 s. Kolumbus; ISBN 80-204-0804-5.

BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BEDNÁŘ, M. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Caritas, 2014. 104 s. ISBN 978-80-87623-10-7.

BENDO VÁ, P. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.

BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014, 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.

BLATNÝ, M. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2016, 290 s. ISBN 978-80-246-3462-3.

BÖHM, Erwin. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta, 2015, 207 s. ISBN 978-80-204-3197-4.

BUREŠOVÁ, M. *Dobrá praxe sociální služby v procesu "inspekce hrůzy"*. Týn nad Vltavou: Nová Forma, 2016, 209 s. ISBN 978-80-7453-732-5.

BURKA, M. *Úspěchy kinestetiky: Poznání a využívání vnitřních zdrojů*. Florence, 2005. 57(7), 30 - 31. ISSN 1801-464X.

ČÁPOVÁ, Jarmila. *Od posturální ontogeneze k terapeutickému konceptu*. Ostrava: Repronis s.r.o., 2016. 156 s. ISBN 978-80-7329-418-2.

ČELEDOVÁ, L.; KALVACH, Z.; ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČERVENÝ, R.; TOPINKOVÁ, E. *Geriatric: novelizace 2014. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2014. 29 s. ISBN 978-80-86998-69-5.

CITRON, I. *Kinasthetik - kommunikatives Bewegungslernen*. Stuttgart: Thieme, 2004. 213 s. ISBN 313-111-862-8.

DESSAINT, M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999, 231 s. ISBN 80-7178-255-6.  
*Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. 26 stran. ISBN 978-80-904668-8-3.

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009, 184 s. ISBN 978-80-86031-88-0.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. 202 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

FANFRDLOVÁ, Z. Kognitivní deficit u Alzheimerovy demence: Klasifikace, diagnostická kritéria. In: PREISS, M.; a PŘIKRYLOVÁ, M. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006, s. 126. ISBN 80-247-1460-8.

FILATOVA, R. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef, 2014. 160 s. ISBN 978-80-905419-3-1.

FISCHER, S. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. 299 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

FISCHER, S., ŠKODA, J., SVOBODA, Z., ZICHLER, L. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton, 2014. 279 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

FRANIOK, P. *Speciální pedagogika - vybrané problémy*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. 63 s. ISBN 978-80-7464-166-4.

FROST, R. *Aplikovaná kineziologie: základní principy a techniky*. Olomouc: Fontána, 2013. 255 s. ISBN 978-80-7336-708-4.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K. Koncept bazální stimulace v dlouhodobé péči. In KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. 248 – 252. ISBN 978-80-247-4026-3.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeutky, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. 202 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

GILLERNOVÁ, I.; KREJČOVÁ, L. a kol. *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada, 2012. 248 s. ISBN 978-80-247-3472-9.

GLENNER, J. A. a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

GULOVÁ, L. *Studentské profesní praxe - aktivizace seniorů: výukové materiály*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 371 s. ISBN 978-80-210-8147-5.

HADJ - MOUSSOVÁ, Z. a kol. *Diagnostika: pedagogickopsychologické poradenství II*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 208 s. ISBN 80-7290-101-X.

- HALOVÁ, M. *Nemocný v domácí péči. II, Demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postižených [sic] demencí, zvláště pak demencí Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9.
- HALMO, R. *Kinestetická mobilizace v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2002. 180 s. ISBN: 80-247-0536-2.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Nakladatelství Jiří Budka, 1993. 297 s. ISBN 80-901549-0-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HATÁR, C. a kol. *Profesijné kompetencie pracovníkov v edukácii detí, mládeže a dospelých*. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita Ostrava, 2010. 250 s. ISBN 978-80-248-2327-0.
- HÁTLOVÁ, B.; SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
- HAUKE, M. a kol. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 308 stran. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HERMANOVÁ, M.; PROKOP, J.; ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: CURATIO, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009. 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 stran. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, I.; HORECKÝ, J.; HANUŠ, P. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 62 stran. ISBN 978-80-906320-2-8.

HOSÁK, L. a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada, 1999. 208 s. ISBN 80-7169-797-4.

HRŮZA, Z. *Věda o stárnutí*. Praha: Academia, 1966. 119, [2] s. Nové obzory vědy. Vědeckopopulární edice ČSAV; sv. 12.

HUTAŘ, J. *Sociální služby a pomoc v hmotné nouzi*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2007, 137 s. ISBN 978-80-903640-4-2.



ŠVEHLOVÁ, Alice, LUSKOVÁ, Daniela a KAINRÁTHOVÁ, Renata. *Chci zůstat doma*. Třetí vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. 49 stran. ISBN 978-80-906320-8-0.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M. *Slovník cudzích slov*. Bratislava, 1979. 523 s.

JANDAČKA, D. *Kinetická analýza lidského pohybu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 144 s. ISBN 978-80-7464-103-9.

JANEČKOVÁ, H.; VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, M. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

JEŘÁBKOVÁ, K. *Lidé se zdravotním postižením - historické aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, 104 s. ISBN 978-80-244-3602-9.

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

JIRÁK, R. *Demence*. Praha: Maxdorf, 1999. 265 s. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, R. Organické duševní poruchy. In: HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. 212-219. ISBN 80-900130-1-5.

JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 432 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. 317 s. ISBN 978-80-204-4225-3.

KAJANOVÁ, A.; DVOŘÁČKOVÁ, O.; STRÁNSKÝ, P. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2017. 106 s. ISBN 978-80-7394-639-5.

KALVACH, P. *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

KALVACH, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., HOŠKOVÁ, B. *Pády ve stáří*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 12 s. ISBN 80-7071-139-6.

KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLÁŘ, Z., VALIŠOVÁ, A. *Analýza vyučování*. Praha: Grada, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2857-5

KONDZIOŁKOVÁ, J. *Teorie ergoterapie 2: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. 69 s. ISBN 978-80-7464-516-7.

KONRÁD, J. Organické duševní poruchy. In: HOSÁK, L.; HRDLIČKA, M.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 123-130 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

KOTT, O. *Předpoklady pohybu*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2013. 43 s. ISBN 978-80-261-0215-1.

KOZÁKOVÁ, Z.; MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. Monografie. ISBN 80-244-1552-6.

KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Karolinum, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-71-78-179-7.

KREJČÍŘOVÁ, O.; VYMAZALOVÁ, E.; HUBLAR, J. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 71 s. Ostatní. ISBN 978-80-244-2880-2.

KRHUTOVÁ, L. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice; Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 123 s. ISBN 978-80-7326-231-0.

KRHUTOVÁ, L. *Úvod do speciální pedagogiky pro zdravotnické a sociální obory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. 289 s. ISBN 978-80-7464-412-2.

KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 73 s. ISBN 978-80-7368-829-5.

KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností*. Martin: Osveta, 2006. 148 s. ISBN 80-8063-202-2.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUBEŠOVÁ, H. a kol. *Gerontologie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 85 s. ISBN 978-80-7464-081-0.

KUCKIR, M.; VAŇKOVÁ, H.; HOLMEROVÁ, I. A kol. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada, 2016. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

LUKASOVÁ, M.; HRADILOVÁ, A. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. 128 s. ISBN 978-80-87949-03-0.

MAIETA, L.; RESCH KROEL, U.. *MH-Kinaesthetics fördert Gesundheit der Mitarbeiter*. Die Schwester Der Pfleger. 2009, 48(5), 440. ISSN 0340-5303.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARŠÁLEK, P. *Interna a geriatrici pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2014. 118 s. ISBN 978-80-7414-745-6.

- MATOUŠ, M. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
- MEŠKOVÁ, M. *Motivace žáků k efektivní komunikaci*. Praha: Portál, 2012. 136 s. ISBN 978-80-262-0198-4.
- MICHALOVÁ, Z. *Komparativní speciální pedagogika*. Liberec: Technická univerzita, 2012. 95 s. ISBN 978-80-7372-893-9.
- MICHALOVÁ, Z. *Speciální pedagogika*. Liberec: Technická univerzita, 2012. 121 s. ISBN 978-80-7372-831-1.
- MIßBACH, H. B. *Základy pohybové podpory. Viv-Arte® Kinestetika modul 1-4*. Asselfingen: Viv-Arte®, 2008. 104 s. ISBN nevedeno.
- MIßBACH, H. B. *Spielerisches Lernen von Bewegung und Beziehung*. Hannover: Schlütersche Verlag, 2010. 281 s. ISBN: 978-3-87706-677-5
- MIßBACH, H. B. *Bewegungsförderung Kinästhetik – Plus. 11*. Asselfingen: Viv-Arte®, 2015. 90 s. ISBN nevedeno.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MUSIL, L.; BAREŠ, P.; HAVLÍKOVÁ, J. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR*. Praha: VÚPSV, 2017. 278 s. ISBN 978-80-7416-240-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜLLER, O. *Psychopedie – andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 49 s. ISBN 80-244-1204-7.
- MÜLLER, O. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 99 s. ISBN 978-80-244-3688-3.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

NEDĚLKOVÁ, H. Kinestetická mobilizace podle VIV-ARTE® Kinästhetik-Plus. In: FILATOVA, R. a kol. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek Místek: Jokl, 2014. s. 38-50. ISBN 978-80-905419-7-9.

NEDĚLKOVÁ, H.; HALMO, R. *Kinestetická mobilizace. Skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Most, 2008. 158 s. ISBN 978-80-239-9260-1.

NÉMETH, F. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

OPATŘILOVÁ, D.; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

OREL, M.; FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. 293 s. ISBN 978-80-247-2617-5.

OREL, M. *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-4714-9.

OREL, M. *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada, 2015. 269 s. ISBN 978-80-247-5070-.

PACOVSKÝ, V.; HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Avicenum, 1981. 304 s. ISBN 08-044-81.

PALÁN, Z.; a LANGER, T. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.

PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. Brno: CERM, 2003. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.

PETR, T.; MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. 204 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETRŤKOVÁ, A.; ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 178 s. ISBN 978-80-247-149-0-5.

PIPEKOVÁ, J a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 227 s. ISBN 80-85931-65-6.

PÍŠOVÁ, M.; HANUŠOVÁ, P.; KOSTKOVÁ, K. a kol. *Učitel expert: jeho charakteristiky a determinanty profesního rozvoje*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 233 s. ISBN 978-80-210-6681-6.

PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

POIRIER, J.; GAUTHIER, S. *Alzheimer's Disease: The Complete Introduction*. Canada: Dundurn, 2014. 278 s. ISBN 9781459724310.

POTMĚŠILOVÁ, P. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta, 2013. 186 s. ISBN 978-80-7320-179-1.

PREISS, M. *Základy klinické neuropsychologie*. In: PREISS, M.; PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. 34-41s. ISBN 80-247-1460-4.

PROCHÁZKOVÁ, L.; SAYOUD SOLÁROVÁ, K. a kol. *Speciální andragogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 131 s. ISBN 978-80-7315-254-3.

PROCHÁZKOVÁ, L.; SAYOUD SOLÁROVÁ, K. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2014. 217 s. ISBN 978-80-7315-254-3.

PROCHÁZKOVÁ, L.; SOCHOR, P. *Support of people with special needs: international perspectives = Förderung von Menschen mit Behinderung : internationale Perspektiven*. Brno: Masaryk University, 2013, 138 s. ISBN 978-80-210-6637-3.

PROVAZNÍKOVÁ, E.; KALVACH, Z. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. 157 s. ISBN 978-80-87953-15-0.

PROUTY, G.; WERDE, D.; PÖRTNER, M. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7178-949-6.

PRUDKÁ, Š. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. 495 s. ISBN 80-7178-170-3.

PRŮŠA, L.; BAREŠ, M.; HOLUB, M.; ŠLAPÁK, M. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, 2015. 6 s. ISBN 978-80-7416-234-3.

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. Voznice: Leda, 2012. 752 s. ISBN 978-80-7335-296-7.

RENOTIÉROVÁ, M. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 290 s. Učebnice. ISBN 80-244-0646-2.

RIEDE et al. *Allgemeine und spezielle Pathologie*. Mnichov: Thieme Verlag, 2004. 290 s. ISBN 978-313-683-305-6.



ROŚLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]*. Brno: Computer Press, 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada, 2010. 260 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

SALIVAROVÁ, J.; VETEŠKA, J. *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014, 120 s. ISBN 978-80-7452-102-7.

SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 310 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SKOPALOVÁ, J. *Sociální aspekty stárnutí a stáří*. Materiál pro kurz konaný ve dnech 27. – 28. 3. 2009, v Maltézské pomoci v Olomouci.

SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. 170 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. 162 s. ISBN 978-80-271-0095-8.

SOKOL, R.; TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. xx, 424 s. Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4.

SUCHÁ, J.; JINDROVÁ, I.; HÁTLOVÁ, B. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

SVATOŠ, T. *Kapitoly ze sociální a pedagogické komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 210 s. ISBN 978-80-7435-002-3.

SVOBODOVÁ, M. *Hospice: o něco lepší smrt*. Zdravotnické noviny. 15. 12. 2008, 50, s. 18-19. ISSN 8032-2350.

SYROVÁTKOVÁ, Š.; a VOPATOVÁ, L. *Vybrané standardy kvality a jejich naplňování v praxi poskytovatelů sociálních služeb*. Praha: Centrum pro komunitní práci, 2013. 62 s. ISBN 978-80-86902-98-2.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, N. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 83 s. ISBN 978-80-244-3653-1.

ŠPATENKOVÁ, N.; SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠRUBAŘOVÁ, K. *Mobilizace pacienta*. Praha: Euro Profis, 2007. 52 s. ISBN 978-80-239-8837-6.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H.; HÖSCHL, C.; a VIDOVIČOVÁ, L. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠVAŘÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVAŘÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠVESTKOVÁ, O.; SVĚCENÁ, K. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, 2013, 199 s. ISBN 978-80-260-4101-6.

TANNER, D. C. *Medical-legal and forensic aspects of communication disorders, voice prints, and speaker profiling*. Tucson, AZ: Lawyers & Judges Pub., 2007. 147 s. ISBN 1-933264-13-6.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

TICHÝ, M. *Teoretická východiska pro fyzioterapii*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2014. 100 s. ISBN 978-80-7414-726-5.

TOMAGOVÁ, M.; BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 267 s. ISBN 978-808-0632-700.

TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. Praha: UPB Pharma, 1999. 80 s. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ústav lékařské etiky, 2002. 120 s. ISBN 80-238-9506-0.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4.

TRUHLÁŘOVÁ, Z.; LEVICKÁ, Z.; VOSEČKOVÁ, A.; MYDLÍKOVÁ, E. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.

UNDERWOOD, J.; CROSS, S. S. General and systematic pathology. In: *Clinical neuropsychology*. Editor Kenneth M. HEILMAN, editor Edward VALENSTEIN. New York, N.Y.: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-538487-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALENTA, M. a kol. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, M. Speciálně pedagogická diagnostika. In RENOTIÉROVÁ, M., a kol. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: VUP, 2003. s. 55-59. ISBN 80-765-432-232-0.

VAŇKOVÁ, H.; JAROLÍMOVÁ, E. Diagnóza demence a její význam. In: HOLMEROVÁ, I.; JAROLÍMOVÁ, E.; SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. s. 97 s. ISBN 978-80-254-0177-4

VETEŠKA, J. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. Praha: Česká andragogická společnost, 2017. 175 s. ISBN 978-80-905460-7-3

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. EDIS: ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity; sv. 2. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIEWEGH, J. *Psychologie stáří*. Brno: Ústav pro další vzdělávání stř. zdravot. prac., 1972. 44, [1] s. Učební texty Ústavu pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků v Brně.

VLČEK, J.; FIALOVÁ, D. a kol. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada, 2010. 189 s. ISBN 978-80-247-3169-8.

VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání, 2014. 95 s. ISBN 978-80-260-5804-5.

WEHNER, L.; SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZGOLA, J. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013. 127 s. ISBN 978-80-254-9338-0.

ZIKL, P. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.

ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. 143 stran. ISBN 978-80-271-0561-8.

### **Internetové zdroje**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. [online]. c2018. [cit. 2018-03-10]. Dostupné na WWW: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>.

ASMUSSEN CLAUSEN, M.; BOYSEN, A. *Kinaesthetics-TrainerInnen sind ExpertInnen für Mobilitätsförderung. Die Zeitschrift für Kinaesthetics* [online]. 2014, 2014(3), 53 – 55. [cit. 2015-12-09]. ISSN 1663-8700 . Dostupné z WWW: <[http://www.zeitschriftlq.com/archiv\\_zlq/2014/3/lq-1403-10-Kinaesthetics-TrainerInnen-sind-ExpertInnen-fuer-Mobilitaetsfoerderung.pdf](http://www.zeitschriftlq.com/archiv_zlq/2014/3/lq-1403-10-Kinaesthetics-TrainerInnen-sind-ExpertInnen-fuer-Mobilitaetsfoerderung.pdf)>.

CARITAS. *Hospic Kopecek*. [online]. c2010. [cit. 2017-11-20]. Dostupné na WWW: <<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=onas#k1>>.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. [online]. 2013. [cit. 2018-03-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>>.

ČESKO. *Část 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 10. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-20]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#cast1>>.

ČESKO. *Část 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 10. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 18. 4. 2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#cast3>>.

ČESKO. *Část 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 10. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-20]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#cast4>>.

ČESKO. *Část 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 10. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-20]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#cast9>>.

ČESKO. *Část 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - znění od 14. 12. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20171214#cast1>>.

ČESKO. *Část 2 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - znění od 14. 12. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20171214#cast1>>.

ČESKO. *Část 1 zákona č. 201/2017 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů - znění od 1. 9. 2017.* In: *Zákony pro lidi.cz*

[online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2017-11-21]. Dostupné z WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201/zneni-20170901#cast1>>.

DOMOV HRUBÁ VODA. *O nás*. [online]. c2018. [cit. 2018-03-28]. Dostupný z WWW: <<https://www.ddhrubavoda.cz/o-nas>>.

GRASBERGER, Ch. *Aktivitäten des täglichen Lebens*. Lebensqualität [online]. 2015, 2015(2), 46-47. [cit. 2017-11-11]. ISSN 1615-2921. Dostupné z WWW: <[https://zeitschrift-lq.com/archiv\\_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf](https://zeitschrift-lq.com/archiv_zlq/2015/2/lq-1502-10-Aktivitaeten-des-taeglichen-Lebens-ATL-Geschichte-und-Zukunft.pdf)>.

HAVLOVÁ, J. *Škola zad kinestetika. Ošetrovatelský obzor: Herba* [online]. 2010, 7(6), 141 - 143 [cit. 2015-08-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/skola-chrbta-kinestetika>>.

KNUSEL, P. *Bewegungskompetenz in der Altersbetreuung. Lebensqualität* [online]. 2013, 2013(4), 23 – 26 [cit. 2015-12-15]. ISSN 1615-2921. Dostupné z WWW: <[http://www.zeitschriftlq.com/archiv\\_zlq/2013/4/lq-1304-05-Bewegungskompetenz-in-der-Altersbetreuung.pdf](http://www.zeitschriftlq.com/archiv_zlq/2013/4/lq-1304-05-Bewegungskompetenz-in-der-Altersbetreuung.pdf)>.

OECD. *About OECD*. [online]. c2017. [cit. 2017-11-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.oecd.org/about/>>.

OECD. *Long-term-care*. [online]. c2017. [cit. 2017-11-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>>.

SZÚ. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. [online]. 2004 [cit. 2017-10-21]. Dostupné na WWW: <[http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne\\_znani/starnuti.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/starnuti.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br)>.

ÚZIS. *Aktuální verze MKN-10 v ČR* [online]. c2010. [cit. 201-03-10]. Dostupné na WWW: <<https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>>.

## **SEZNAM ZKRATEK**

ADL	Activities of Daily Living
PADL	Personal Activities of Daily Living
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 5. revize



## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Modifikace Barthelova Indexu
- Příloha č. 2 – Barthel Index
- Příloha č. 3 – Písemné vyjádření ředitele zařízení a sociální pracovnice o souhlasu vybraných uživatelů s výzkumným šetřením
- Příloha č. 4 – Souhlas ředitele zařízení s realizací praktické části výzkumného šetření
- Příloha č. 5 – Elektronická verze hodnocení ADL (na začátku, v průběhu a na konci) paní XY
- Příloha č. 6 – Vzor záznamového archu metodického postupu paní XY
- Příloha č. 7 – Elektronická verze hodnocení ADL (na začátku, v průběhu a na konci) pana YY
- Příloha č. 8 – Vzor záznamového archu metodického postupu pana YY
- Příloha č. 9 – Elektronická verze hodnocení ADL (na začátku, v průběhu a na konci) paní XX
- Příloha č. 10 – Vzor záznamového archu metodického postupu paní XX
- Příloha č. 11 – Souhlas ředitele zařízení s uveřejněním elektronické podoby ADL hodnocení
- Příloha č. 12 – Písemné vyjádření ředitele zařízení o souhlasu vybraných seniorů s uveřejněním výsledků ADL hodnocení v elektronické podobě
- Příloha č. 13 – Fáze „*Warm - Up*“ pro dolní končetiny
- Příloha č. 14 – Fáze „*Warm - Up*“ pro horní končetiny
- Příloha č. 15 – Fáze „*Funkční trénink*“: posun k hornímu čela lůžka
- Příloha č. 16 – Fáze „*Funkční trénink*“: posun na okraj lůžka
- Příloha č. 17 – Fáze „*Funkční trénink*“: otáčení do polohy na boku
- Příloha č. 18 – Fáze „*Funkční trénink*“: posazení
- Příloha č. 19 – Fáze „*Funkční trénink*“: posun v sedě k okraji lůžka
- Příloha č. 20 – Fáze „*Funkční trénink*“: transfer na židli „*Boční*“
- Příloha č. 21 – Fáze zklidnění „*Cool - Down*“
- Příloha č. 22 – Souhlas pracovnice přímé péče s uveřejněním fotografií

Příloha č. 1

## ADL (Activities of Daily Living) test

<b>Jméno a příjmení:</b>							
<b>Rok narození:</b>	-	<b>Pojišťovna:</b>	-	<b>Číslo odd. / pokoje:</b>	-	<b>Patro, pokoj č.:</b>	-
<b>Adresa:</b>							

<b>Diagnóza a vývoj onemocnění:</b>							
<b>Psychická porucha:</b>							

<b>Smyslová porucha:</b>							
<b>Lateralita (orientačně):</b>							

<b>Mimovolní pohyby těla:</b>							
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

<b>Sociální anamnéza:</b>	.						
<b>Pracovní anamnéza:</b>							
<b>Zájmové činnosti:</b>							
<b>Cíl klienta:</b>							
<b>Navrhované aktivity:</b>	.						

Bodové ohodnocení:

- 5-Plná závislost
  - 4-Náročná asistence se spoluúčastí klienta
  - 3-Nenáročná asistence s KP nebo se slovním či mimoslovním doprovodem (taktilním)
  - 2-Bez asistence s kompenzačními pomůckami
  - 1-Nezávislý s obtížemi při činnostech
  - 0 - Nezávislý,
- poznámka = slovní popis, x = netestováno

## ADL PERSONAL

HODNOCENÍ:	VSTUPNÍ	PRŮBĚŽNÉ	ZÁVĚREČNÉ
Datum:			

### MOBILITA: VERTIKALIZACE

Dětský sed			
Sed s DKK přes okraj			
Stoj			
<b>POZNÁMKA:</b>			

### Mobilita: PŘESUNY

V rovině (v horizontále – k čelu lůžka, k okraji lůžka a na boky, záda)			
Mimo rovinu (ve vertikále – boční přesun)			
Na toaletu			
Do vany			
Na sprchovou sedačku			
Na zem			
Do auta			
<b>POZNÁMKA:</b>			

### MOBILITA: LOKOMOCE

Chůze bez opory			
Chůze s oporou			
Chůze po schodech			
Vzdálenost v metrech			
Výtrvalost v minutách			
Na MV - v interiéru			
Na MV - v exteriéru			
Na Ev - interiéru			
Na Ev - exteriéru			
<b>POZNÁMKA:</b>			

MV = mechanický vozík; EV = elektrický vozík

**OBLÉKANÍ:**

Horní část oděvu			
Dolní část oděvu			
Oblékání ponožek			
Přikládání pleny			
Přikládání ortézy, protézy			
<b>POZNÁMKA:</b>			

**RANNÍ HYGIENA:**

Na lůžku			
U umyvadla			
poloha při hygieně			
<b>POZNÁMKA:</b>			

**CELKOVÁ HYGIENA:**

Mytí na lůžku			
Na sprchovém vozíku			
Na sprchové sedačce			
Ve vaně			
Intimní hygiena			
Vyprazdňování močového měchýře			
Vyprazdňování stolice			
<b>POZNÁMKA:</b>			

**SEBESYČENÍ:**

Pouze se lžící			
Pouze se lžící a vidličkou			
Kompletním příborem			
Podání pití			
Podání léků			
<b>POZNÁMKA:</b>			

## KOMUNIKACE

Domluvení se (telefonicky)			
Porozumění textu			
Čtení			
Psaní			
Opis			
<b>POZNÁMKA:</b>			
Ukázka psaní při vstupu:.....			
Ukázka psaní při výstupu:.....			

## POPIS SPOLUPRÁCE

Vstupní vyšetření			
Průběžné vyšetření			
Závěrečné vyšetření			

## VLASTNÍ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

--

## VYPSANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY BĚHEM POBYTU:

--

## DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

--

## DOPORUČENÉ ÚPRAVY BYDLENÍ VZHLEDEN K ZÁVĚREČNÉMU HODNOCENÍ:

--



## Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

### HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý



### Příloha č. 3



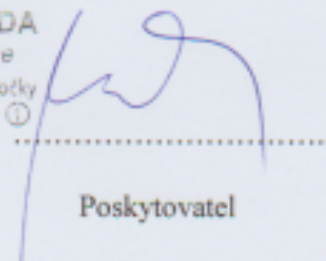
Hrubá Voda 11  
783 61 Hlubočky  
tel. 585 359 030  
IČ: 75004399  
info@ddhrubavoda.cz  
www.ddhrubavoda.cz

Hrubá Voda 3. 4. 2018

#### Souhlas uživatele s využitím dat z ergoterapeutické a sociální dokumentace v rámci provedeného výzkumného šetření

Pro případové studie průkaznosti efektivity a konkretizace fenoménu „*Kinestetické mobilizace*“ využívané v zařízení Domova Hrubá Voda p. o. v oblasti přímé péče pod supervizí ergoterapeutky, byly použity souhlasy, které poskytli jednotliví uživatelé, v rámci výzkumného šetření, pro paní Marcelu Kučerovou, DiS. Tyto souhlasy nebudou zveřejňovány z důvodu zachování anonymity jednotlivých uživatelů. Tyto souhlasy jsou uloženy ve složce Sociální dokumentace uživatele.

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



Poskytovatel

#### Příloha č. 4



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

Věc: Souhlas s realizací výzkumného šetření

V Hrubé Vodě dne 3. 4. 2018

Souhlasím, aby v našem zařízení paní Marcela Kučerová, DiS, provedla výzkumné šetření v rámci své závěrečné bakalářské práce, ve které se zabývá fenoménem „*Kinestetické mobilizace*“, jeho konkretizací a efektivitou v ADL uživatelů, vykonávané s potřebnou mírou podpory pracovníků přímé péče pod supervizí ergoterapeutky.

V Hrubé Vodě dne 3.4. 2018

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





## ADL (Activities of Daily Living) test

<b>Jméno a příjmení:</b> Paní XY					
<b>Rok narození:</b> 1950	-	<b>Pojišťovna:</b>	-	<b>Číslo odd. /pokoje:</b> -	<b>Patro, pokoj č.:</b> -
<b>Adresa:</b> Domov Hrubá Voda, p. o., Hrubá Voda 11, Hlubočky 783 61					

<b>Diagnóza a vývoj onemocnění:</b>	<b>2005 - Psychiatrická ambulance: Alzheimerova choroba s časným počátkem.</b>
<b>2008 - 2010 - Klinická logopedie:</b>	kognitivní deficit - zrakové schopnosti, prostorová orientace, ideativní apraxie, deficit sebezpečí, perserverace.
<b>2015 - 2016 - Klinická logopedie:</b>	porucha fatických funkcí, výrazný progres negativním směrem v oblasti exekutivních funkcí, verbálně téměř nekomunikuje, objevuje se psychomotorický neklid a projevy tenze. Nereaguje již téměř na oslovení.
<b>Řízen 2016 – Pád:</b>	hospitalizace ve fakultní nemocnici Olomouc pro komplikovanou zlomeninu krčku kosti stehenní s vpáčením hlavice do jamky kyčelního kloubu.
<b>Květen 2016 - Ledén 2017 - Hospitalizace</b>	v Psychiatrické léčebně Kroměříž, postupný progres negativním směrem pohybových dovedností – obraz plné imobility
<b>Od ledna 7. 1. 2017 - Umístěna v zařízení Domov Hrubá Voda.</b>	
<b>Psychická porucha:</b>	Viz dg.

<b>Smyslová porucha:</b>	Zraková (korekce skly).
<b>Lateralita (orientačně):</b>	Pravá horní končetina.

<b>Mimovolní pohyby těla:</b>	
-------------------------------	--

<b>Sociální anamnéza:</b>	Uživatelka se ve dvaceti letech vdala a s manželem se odstěhovali do jiné vesnice, nedaleko od jejího domova. V manželství se narodily dvě děti, chlapec a dívka, obě zdravé. Manžel ještě žije, avšak uživatelku téměř nenavštěvuje ani její dvě děti.
<b>Pracovní anamnéza:</b>	Nyní ve starobním důchodu, dříve skladnice v zemědělském družstvu.
<b>Zájmové činnosti:</b>	Nelze zjistit.
<b>Cíl klienta:</b>	Aktivizace během dne, kontaktní komunikace.
<b>Navrhované aktivity:</b>	
<b>Preterapie, logopedická terapie, ergoterapie - podpora personálního ADL – během sebesycení, osobní hygieny, přesunů a oblékání.</b>	

Bodové ohodnocení:

- 5-Plná závislost
  - 4-Náročná asistence se spoluúčastí klienta
  - 3-Nenáročná asistence s KP nebo se slovním či mimoslovním doprovodem (taktilním)
  - 2-Bez asistence s kompenzačními pomůckami
  - 1-Nezávislý s obtížemi při činnostech
  - 0 - Nezávislý,
- poznámka = slovní popis, x =netestováno

## ADL PERSONAL

HODNOCENÍ:	VSTUPNÍ	PRŮBĚŽNÉ	ZÁVĚREČNÉ
Datum:	18. 1. 2017	30. 3. 2017	15. 6. 2017

### MOBILITA: VERTIKALIZACE

Dětský sed	5	5	4
Sed s DKK přes okraj	5	5	4
Stoj	5	5	5
<b>POZNÁMKA:</b>			

### Mobilita: PŘESUNY

V rovině (v horizontále – k čelu lůžka, k okrajům lůžka a na boky, záda)	5	4	3
Mimo rovinu (ve vertikále – boční přesun)	5	5	4
Na toaletu	x	x	4
Do vany	x	x	x
Na sprchovou sedačku	x	x	x
Na zem	x	x	x
Do auta	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>			Zkoušen přesun na toaletu, chybí madla pro oporu. Ve vertikále pouze pasivně s minimální spoluúčastí.

### MOBILITA: LOKOMOCE

Chůze bez opory	5	5	5
Chůze s oporou	5	5	5
Chůze po schodech	x	x	x
Vzdálenost v metrech	x	x	x
Výtrvalost v minutách	x	x	x
Na MV - v interiéru	5	5	5
Na MV - v exteriéru	5	5	5
Na Ev - interiéru	x	x	x
Na Ev - exteriéru	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>	Neschopna chůze s pomůckou ani bez.	Stále neschopna chůze s pomůckou ani bez.	Stále neschopna chůze s pomůckou ani bez.

MV = mechanický vozík; EV = elektrický vozík

**OBLÉKANÍ:**

Horní část oděvu	5	5	4
Dolní část oděvu	5	5	5
Oblékání ponožek	5	5	5
Přikládání pleny	5	5	5
Přikládání ortézy, protézy	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>			

**RANNÍ HYGIENA:**

Na lůžku	5	5	4
U umyvadla	x	x	4
poloha při hygieně	leží	leží	sed
<b>POZNÁMKA:</b>			

**CELKOVÁ HYGIENA:**

Mytí na lůžku	5	5	4
Na sprchovém vozíku	5	5	4
Na sprchové sedačce	x	x	x
Ve vaně	x	x	x
Intimní hygiena	5	5	5
Vyprazdňování močového měchýře	5	5	5
Vyprazdňování stolice	5	5	5

**SEBESYČENÍ:****POZNÁMKA:**

Pouze se lžící	5	5	4
Pouze se lžící a vidličkou	x	x	x
Kompletním příborem	x	x	x
Podání pití	5	5	4
Podání léků	5	5	5
<b>POZNÁMKA:</b>	Stravu podává pracovník přímé péče, léky zdravotnický pracovník.	Stravu podává pracovník přímé péče, léky zdravotnický pracovník.	Stravu podává pracovník přímé péče v sedě na židli, léky zdravotnický pracovník.

## KOMUNIKACE

Domluvení se (telefonicky)	x	x	x
Porozumění textu	5	5	5
Čtení	5	5	5
Psaní	5	5	5
Opis	5	5	5
<b>POZNÁMKA:</b>	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped
Ukázka psaní při vstupu:.....			
Ukázka psaní při výstupu:.....			

## POPIS SPOLUPRÁCE

<b>Vstupní vyšetření</b>	Nespolupracující, s kognitivní poruchou	Neorientovaná	Negativistická
<b>Průběžné vyšetření</b>	Stále nespolupracující, s kognitivní poruchou	Neorientovaná.	Úzkostná, negativistická
<b>Závěrečné vyšetření</b>	Sporadicky navazující zrakový kontakt	Neorientovaná.	Optimisticky laděná

## VLASTNÍ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

Mechanický invalidní vozík

## VYPSANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY BĚHEM POBYTU:

Nevypsané

## DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

Terapeutická lžička, polohovací a fixační pomůcky.

## DOPORUČENÉ ÚPRAVY BYDLENÍ VZHLEDN K ZÁVĚREČNÉMU HODNOCENÍ:

Odstranění prahů v pokoji a instalace madel na WC i do sprchového koutu, nájezdy na balkón.



## ADL (Activities of Daily Living) test

<b>Jméno a příjmení:</b> Pan YY					
<b>Rok narození:</b> 1938	-	<b>Pojišťovna:</b>	-	<b>Číslo odd. / pokoje:</b> -	<b>Patro, pokoj č.:</b> -
<b>Adresa:</b>		Domov Hrubá Voda, p. o., Hrubá Voda 11, Hlubočky 783 61			

<b>Diagnóza a vývoj onemocnění:</b>	7. 9. 2016 – <b>Fractura maleolli externis pedis lateris sinistri.</b>
<b>12. 10. 2016 – RTG:</b>	postavení hlezna stacionární, mírná asymetrie talocrurální kloubní štěrby.
<b>13. 10. 2016 – 15. 12. 2016 – Řízená rehabilitační péče</b>	v Odborném léčebném ústavu Moravský Beroun.
<b>15. 12. 2016 – Překlad do Domova Hrubá Voda:</b>	částečná imobilita a celková dekondice uživatele s chybnými pohybovými stereotypy.
<b>Psychická porucha:</b>	Není přítomna.

<b>Smyslová porucha:</b>	Vízus korigován skly, lehký hypacusis bilaterálně.
<b>Lateralita (orientačně):</b>	Pravá horní končetina.

<b>Mimovolní pohyby těla:</b>	Nepřítomny.
-------------------------------	-------------

<b>Sociální anamnéza:</b>	Uživatel bydlel sám v jednopokojovém bytě, pravidelně dochází neteře.
<b>Pracovní anamnéza:</b>	Vyučený strojní zámečnick, dříve pracoval jako opravář zemědělských strojů, nyní ve starobním důchodu.
<b>Zájmové činnosti:</b>	Hra na harmoniku, vaření, pečení, příroda, fotografování, televize, poslech rádia, práce na notebooku, zvířata.

<b>Cíl klienta:</b>	Dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti – chůze, hra na harmoniku, dojít si na toaletu.
<b>Navrhované aktivity:</b>	
<b>Podpora personálního ADL – mobilita; Skupinové aktivity</b> – dílna nejen pro muže, hra na harmoniku v rámci volnočasových aktivit, canisterapie, kroužek vaření, činnosti na zahradě; <b>Individuální aktivity</b> – rozšíření znalostí práce na PC.	

Bodové ohodnocení:

- 5-Plná závislost
  - 4-Náročná asistence se spoluúčastí klienta
  - 3-Nenáročná asistence s KP nebo se slovním či mimoslovním doprovodem
  - 2-Bez asistence s kompenzačními pomůckami nebo slovním vedením či mimoslovním doprovodem
  - 1-Nezávislý s obtížemi při činnostech
  - 0 - Nezávislý,
- poznámka = slovní popis, x = netestováno

## ADL PERSONAL

HODNOCENÍ:	VSTUPNÍ	PRŮBĚŽNÉ	ZÁVĚREČNÉ
Datum:	4. 1. 2017	15. 3. 2017	15. 6. 2017

### MOBILITA: VERTIKALIZACE

Dětský sed	3	2	1
Sed s DKK přes okraj	4	3	1
Stoj	5	3	1
<b>POZNÁMKA:</b>	Dětský sed – hodnoceno při použití hrazdy, přitáhne se, ale neudrží.		

### Mobilita: PŘESUNY

V rovině (v horizontále – k čelu lůžka, k okrajům lůžka a na boky, záda)	3	2	0
Mimo rovinu (ve vertikále - boční přesun)	5	4	1 (provádí samostatně)
Na toaletu	5	3	1
Do vany	x	x	x
Na sprchovou sedačku	5	3	1

### MOBILITA: LOKOMOCE

Chůze bez opory	5	4	3
Chůze s oporou	5	4	3
Chůze po schodech	x	x	x
Vzdálenost v metrech	x	5 m (poté únava)	30 m
Výtrvalost v minutách	x	10 min	15 min (musí odpočívat)
Na MV - v interiéru	x	x	x
Na MV - v exteriéru	x	x	x
Na Ev - interiéru	x	x	x
Na Ev - exteriéru	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>	Neschopen chůze s pomůckou ani bez	Schopen pár kroků u lůžka s pomůckou (chodítka), bez náročná fyzická asistence – 5 kroků	Schopen chůze s pomůckou, bez nestabilní, pohybuje se okolo lůžka

MV = mechanický vozík; EV = elektrický vozík

**OBLÉKANÍ:**

Horní část oděvu	4	2	1
Dolní část oděvu	5	4	4
Oblékání ponožek	5	5	5
Přikládání pleny	5	x (používá WC křeslo)	X (dochází si na toaletu v koupelně)
Přikládání ortézy, protézy	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>			

**RANNÍ HYGIENA:**

Na lůžku	3	3	x
U umyvadla	x	x	2
poloha při hygieně	Polosed na lůžku	Sed na lůžku	Sed na židli v pokoji nebo v koupelně
<b>POZNÁMKA:</b>			

**CELKOVÁ HYGIENA:**

Mytí na lůžku	x	x	x
Na sprchovém vozíku	4	3 (pouze horní část trupu)	2 (zvládne samostatně po kolena)
Na sprchové sedačce	x	x	x
Ve vaně	x	x	x
Intimní hygiena	3	2	1
Vyprazdňování močového měchýře	5	2 (močová láhev)	1(toaleta, močová láhev)
Vyprazdňování stolice	5	3 (WC křeslo)	1 (toalet)
<b>POZNÁMKA:</b>			

**SEBESYČENÍ:**

Pouze se lžící	2	1	0
Pouze se lžící a vidličkou	x	x	x
Kompletním příborem	x	x	x
Podání pití	3	2	1
Podání léků	5(přání uživatele)	5(přání uživatele)	5(přání uživatele)
<b>POZNÁMKA:</b>		Upravena lžice rozšířením úchopu	Pomocí upravené lžice



**KOMUNIKACE (pouze orientačně, v zařízení provádí klinický logoped):**

Domluvení se (telefonicky)	0	0	0
Porozumění textu	0	0	0
Čtení	2	2	2
Psaní	2 (korekce skly, rozšířený úchop)	2(korekce skly, rozšířený úchop)	2(korekce skly, rozšířený úchop)
Opis	2(korekce skly, rozšířený úchop)	2 (korekce skly, rozšířený úchop)	2(korekce skly, rozšířený úchop)
<b>POZNÁMKA:</b>	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped
Ukázka psaní při vstupu:.....			
Ukázka psaní při výstupu:.....			

**POPIS SPOLUPRÁCE**

<b>Vstupní vyšetření</b>	Spolupracující, optimistický.	Orientovaný	Motivovaný.
<b>Průběžné vyšetření</b>	Spolupracující, optimistický.	Orientovaný	Motivovaný (nárůst kompetencí.)
<b>Závěrečné vyšetření</b>	Spolupracující, optimistický.	Orientovaný všemi směry.	Motivovaný. Rád by dokázal ještě více!

**VLASTNÍ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:**

Podavač, mechanický vozík.

**VYPSANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY BĚHEM POBYTU:**

Podpažní chodítko

**DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:**

Oblékač ponožek, protiskluzná podložka, nízké čtyřkolové chodítko.

**DOPORUČENÉ ÚPRAVY BYDLENÍ VZHLÉDEM K ZÁVĚREČNÉMU HODNOCENÍ:**

Odstranění prahů v pokoji, instalace madel na WC.

**Příloha č. 8**

ROZPOVÍDÁNÍ ČÍ

ÚKON:

**Uživatel č. 2**  
**Příjmení** **YY**

ZÁZNAMOVÝ ARCH

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
<b>Fáze: Warm Up</b>																														
DKK (výchozí pozice – poloha na zádech)																														
Vyrovnání pozice																														
Vnější rotace (noha, bérce, stehno)																														
Vnitřní rotace (noha, bérce, stehno)																														
Ohnutí a natažení (noha, koleno, kyčel)																														
Protahení kyčle																														
Kruhový pohyb (chodidlo, bérce, stehno)																														
HKK (výchozí pozice – poloha na zádech)																														
Vyrovnání pozice																														
Vnější rotace (ruka, předloktí, paže)																														
Vnitřní rotace (ruka, předloktí, paže)																														
Ohnutí a natažení napříč přes hrudní koš (ruka, loket, rameno)																														
Protahení paže nad hlavu																														
<b>Hrudní koš a pánev: (výchozí pozice poloha na boku)</b>																														
Vyrovnání pozice																														
otáčivý pohyb																														
<b>Fáze: funkční trénink</b>																														
Transfer k hornímu čelu lůžka (výchozí pozice – leh na zádech)																														
Posun na okraj lůžka (výchozí pozice – leh na zádech)																														
Otažení do polohy na boku																														
Posazení na okraj lůžka (výchozí pozice – leh na boku)																														
Postup v sedě k okraji lůžka																														
Transfer bokem přes koleno mimo lůžko (výchozí pozice – sed)																														
Transfer čelní (výchozí pozice – sed)																														
<b>Fáze Cool – Down (zklidnění)</b>																														
Poloha: na zádech																														
Poloha: polo-záda																														
Poloha: polo-břicho																														

**Příloha č. 9**

## ADL (Activities of Daily Living) test

<b>Jméno a příjmení:</b> Pan XX					
<b>Rok narození:</b> 1932	-	<b>Pojišťovna:</b>	-	<b>Číslo odd. /pokoje:</b> -	<b>Patro, pokoj č.:</b> -
<b>Adresa:</b>		Domov Hrubá Voda, p. o., Hrubá Voda 11, Hlubočky 783 61			
<b>Diagnóza a vývoj onemocnění:</b>		10/2014 - Ischemická cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou, akutní amenní stav nasedající na počínající demenci. 12/2014 - Demence ischemicko – vaskulární.			
3/2017 – Hospitalizace ve FN Olomouc: Fractura colli humeri lateris dextri – zavřená – (03/2017) – řešeno konzervativním způsobem (ortéza); fraktura žebér VII. - VIII. žebra taktéž vpravo.					
3/2017 – 9/2017 – Následný léčebně rehabilitační pobyt v Odborném léčebném ústavu Paseka: během pobytu na ošetřovatelských lůžkách postupný progres stavu negativním směrem – rozvoj obrazu počínající plně imobility.					
4. 9. 2017 – Překlad do Domova Hrubá Voda p. o.					
<b>Psychická porucha:</b>		Viz dg.			
<b>Smyslová porucha:</b>		Vízus korigován skly.			
<b>Lateralita (orientačně):</b>		Pravá horní končetina.			
<b>Mimovolní pohyby těla:</b>		Nepřítomny.			
<b>Cíl klienta:</b>		Dosažení maximálně možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti v rámci lůžka, pokoje, kvalitního pohybového stereotypu, podpora motivační složky a kompetencí uživatelky.			
<b>Navrhované aktivity:</b>					
Podpora personálního ADL – mobilita v rámci lůžka, sebesycení, oblékání, hygiena; Skupinové aktivity - výhledově kroužek vaření, činnosti na zahradě (zpočátku pouze pasivně), paměťový trénink; Individuální aktivity – „Felinoterapie“, smyslová aktivizace.					
<b>Sociální anamnéza:</b>		Do smrti manžela žila v rodinném domku na vesnici. Měli dvě děti dceru a syna. Dcera se o uživatelku po smrti otce starala u sebe doma, ale po prodělané cévní mozkové příhodě uživatelky sama onemocněla a nevládala už péči o ni. Syn zemřel v třiceti pěti letech na následky tragické autonehody. Po pádu se její stav zhoršil tak, že se dcera s uživatelkou během pobytu na sociálním lůžku v Odborném léčebném ústavu Paseka dohodla o umístění do institucionální péče. Pobyt v zařízení snáší velmi špatně.			
<b>Pracovní anamnéza:</b>		Po ukončení základní školy absolvovala střední odborné učiliště – obor poštovní doručovatel a tuto práci také celý život zastávala. Nyní je ve starobním důchodu.			
<b>Zájmové činnosti:</b>		Nyní negativistická vše odmítá. Dříve ráda vařila, pekla, četla detektivky a pracovala na zahradě, měla ráda kočky.			

Bodové ohodnocení:

5-Plná závislost

4-Náročná asistence se spoluúčastí klienta

3-Nenáročná asistence s KP nebo se slovním či mimoslovním doprovodem

2-Bez asistence s kompenzačními pomůckami nebo slovním vedením či mimoslovním doprovodem

1-Nezávislý s obtížemi při činnostech

0 - Nezávislý,

poznámka = slovní popis, x = netestováno

## ADL PERSONAL

HODNOCENÍ:	VSTUPNÍ	PRŮBĚŽNÉ	ZÁVĚREČNÉ
Datum:	18. 9. 2017	30. 11. 2017	22. 3. 2018

### MOBILITA: VERTIKALIZACE

Dětský sed	4	4	2
Sed s DKK přes okraj	4	4	3
Stoj	5	4	3
<b>POZNÁMKA:</b>	Dětský sed – hodnoceno při použití hrazdy levou rukou, přitáhne se, ale neudrží.	Dětský sed – hodnoceno při použití hrazdy levou rukou, přitáhne se, ale neudrží.	Dětský sed – hodnoceno při použití žebříčku levou rukou, přitáhne se a udrží.

### Mobilita: PŘESUNY

V rovině (v horizontále – k čelu lůžka, k okrajům lůžka a na boky, záda)	4	3/2	1
Mimo rovinu (ve vertikále - boční přesun)	5	4	3
Na toaletu	x	x	x
Do vany	x	x	x
Na sprchovou sedačku	5	4	3
Na zem	x	x	x
Do auta	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>		Toaleta (WC křeslo)	Toaleta (v koupelně)

### MOBILITA: LOKOMOCE

Chůze bez opory	5	5	5
Chůze s oporou	5	5	4 (1-2 kroky)
Chůze po schodech	x	x	x
Vzdálenost v metrech	-	-	0,5 – 1 m
Výtrvalost v minutách	-	-	5 min
Na MV - v interiéru	5	5	3 (pomáhá si levou rukou a nohou)
Na MV - v exteriéru	5	5	5
Na Ev - interiéru	x	x	x
Na Ev - exteriéru	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>	Neschopen chůze s pomůckou ani bez	Neschopen chůze s pomůckou ani bez	Schopna stoje, chůze pouze s oporou 1-2 kroky u lůžka, poté pokles v kolenou)

MV = mechanický vozík; EV = elektrický vozík

**OBLÉKANÍ:**

Horní část oděvu	5	3	2
Dolní část oděvu	5	4	4
Oblékání ponožek	5	5	5
Přikládání pleny	5	5	5
Přikládání ortézy, protézy	x	x	x
<b>POZNÁMKA:</b>			

**RANNÍ HYGIENA:**

Na lůžku	4	3	3
U umyvadla	x	x	x
poloha při hygieně	Polosed na lůžku	Polosed na lůžku	Sed na židli nebo na lůžku v pokoji
<b>POZNÁMKA:</b>			

**CELKOVÁ HYGIENA:**

Mytí na lůžku	x	x	x
Na sprchovém vozíku	4	3 (zvládne s nenáročnou asistencí a se slovním vedením po pas)	3 (zvládne s nenáročnou asistencí a se slovním vedením po pas)
Na sprchové sedačce	x	x	x
Ve vaně	x	x	x
Intimní hygiena	5	4	4
Vyprazdňování močového měchýře	5 (pleny)	5 (pleny)	5 (pleny)
Vyprazdňování stolice	5 (pleny)	5 (pleny)	5 (pleny)
<b>POZNÁMKA:</b>			

**SEBESYČENÍ:**

Pouze se lžící	4	3	3/2
Pouze se lžící a vidličkou	x	x	x
Kompletním příborem	x	x	x
Podání pití	4	3	2
Podání léků	5(léky podává zdravotnický pracovník)	5(léky podává zdravotnický pracovník)	5(léky podává zdravotnický pracovník)
<b>POZNÁMKA:</b>		Upravena lžice rozšířením úchopu	Pomocí upravené lžice



**KOMUNIKACE (pouze orientačně, v zařízení provádí klinický logoped):**

Domluvení se (telefonicky)	x	x	x
Porozumění textu	x	x	x
Čtení	2	2	2
Psaní	2 (korekce skly, rozšířený úchop, podpis zachován, levou rukou)	2 (korekce skly, rozšířený úchop, podpis zachován, levou rukou)	2 (korekce skly, rozšířený úchop, podpis zachován, levou rukou)
Opis	2(korekce skly, rozšířený úchop, opis věty deficitní)	2(korekce skly, rozšířený úchop, opis věty deficitní)	2(korekce skly, rozšířený úchop, opis věty deficitní)
<b>POZNÁMKA:</b>	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped	Provádí klinický logoped
Ukázka psaní při vstupu:.....			

**POPIS SPOLUPRÁCE**

<b>Vstupní vyšetření</b>	Spolupracující s výraznými obtížemi, s kognitivní poruchou.	Neorientovaná.	Negativistická.
<b>Průběžné vyšetření</b>	Spolupracující, s kognitivní poruchou.	Částečně orientovaná.	Optimistická, motivovaná svým pokrokem.
<b>Závěrečné vyšetření</b>	Spolupracující, s kognitivní poruchou.	Částečně orientovaná.	Motivovaná, optimistická. Rád by dokázala ještě více!

**VLASTNÍ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:**

Mechanický vozík.

**VYPSANÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY BĚHEM POBYTU:**

Podpažní chodítko.

**DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:**

Protiskluzná podložka, podavač.

**DOPORUČENÉ ÚPRAVY BYDLENÍ VZHLÉDEM K ZÁVĚREČNÉMU HODNOCENÍ:**

Odstranění prahů a úprava rozmístění zařízení v pokoji.



## Příloha č. 11



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

V Hrubé Vodě dne 13. 4. 2018

**Souhlas uživatele s využitím dat z hodnocení ADL v elektronické podobě v rámci výzkumného šetření paní Marcely Kučerové**

V rámci uveřejnění hodnocení a komparace výsledků ADL v elektronické podobě byly jednotlivými uživateli vydány souhlasy s uveřejněním dosažených výsledků v případových studiích týkajících se fenoménu „*Kinestetické mobilizace*“, průkaznosti jeho efektivity a konkretizace v zařízení Domov Hrubá Voda, p. o. Originály byly založeny vzhledem k zachování anonymity do osobní složky uživatele vedené sociální pracovníci zařízení. Zde tímto potvrzujeme jejich existenci.

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

.....

Podpis



## Příloha č. 12



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

Domov Hrubá Voda p.o.

V Hrubé Vodě dne 13. 4. 2018

**Souhlas s uveřejněním výsledků ADL z výzkumného šetření paní Marcely Kučerové**

Souhlasím, aby paní Marcela Kučerová uveřejnila ve své závěrečné práci anonymně výsledky ADL hodnocení jednotlivých uživatelů v elektronické podobě záznamu. Záznamový arch v listinné podobě bude využíván pouze pro potřeby našeho zařízení a vyplněný bude založen k dokumentaci ergoterapeutky a vzhledem k uvedeným osobním údajům nezveřejněn.

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

.....

Podpis

Příloha č. 13





**Příloha č. 14**



**Příloha č. 15**



**Příloha č. 16**





**Příloha č. 17**



**Příloha č. 18**



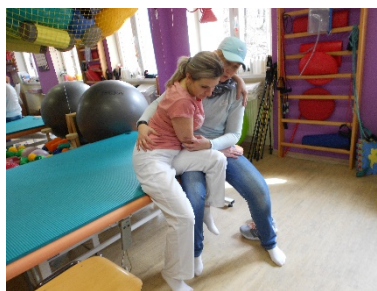


**Příloha č. 19**





**Příloha č. 20**



**Příloha č. 21**



## Příloha č. 22



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

Souhlas s uveřejněním fotografií

Souhlasím, aby fotografie mé osoby, pořízené paní Marcelou Kučerovou, DiS v rámci výzkumného šetření: „*Možnosti využití kinestetické mobilizace u vybraných uživatelů v zařízení Domov Hrubá Voda*“, byly v této práci zveřejněny.

V Hrubé Vodě dne 3. 4.2018

  
.....

Podpis pracovnice

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Marcela Kučerová, DiS
<b>Katedra:</b>	Speciální pedagogiky
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2018

<b>Název práce:</b>	Možnosti využití prvků kinestetické mobilizace u vybraných osob seniorského věku v zařízení Domov Hrubá Voda
<b>Název v angličtině:</b>	Possibilities of the use of kinesthetic mobilization at selected seniors in the Home for Elderly in Hrubá Voda
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá fenoménem „<i>Kinestetické mobilizace</i>“ ve vztahu k seniorům, jeho efektivitou a konkretizací zejména v oblasti personálního ADL. Vymezuje principy konceptu, demonstruje stanovený metodický postup v preventivní mobilizaci, uplatňovaný pracovníky přímé péče pod supervizí ergoterapeutky na vybraném reprezentativním vzorku seniorů v zařízení Domov Hrubá Voda. Teoretická část bakalářské práce zpracovává obecné i konkrétní poznatky o stáří, včetně syndromu demence a samotném konceptu, korespondující s praktickou částí. Zaměřuje se na změny ovlivňující pohyb seniora, jeho funkční schopnosti a hodnocení ADL z pohledu ergoterapie, jako průsečíku tohoto oboru a speciální pedagogiky. V praktické části je uveden rozbor výzkumného šetření a tři případové studie věnující se této problematice.</p>

<b>Klíčová slova:</b>	Senior, stáří, demence, ADL, Kinestetická mobilizace, ergoterapie/ergoterapeutka, pracovník přímé péče.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This bachelor thesis deals with the phenomenon of Kinesthetic mobilization in relation to seniors and its efficiency, particularly in the area of ADL personnel. It defines the principles of the concept, demonstrates how to set a methodological procedure in the preventive mobilization applied by the staff of daily care under the supervision of occupational therapist on a representative sample of elderly people in the retirement home Domov Hrubá Voda.</p> <p>The theoretical part of the bachelor's thesis handles the general and specific knowledge of old age, including the syndrome of dementia and the concept corresponding with this research. It focuses on the changes affecting the movement of the elderly, their functional ability and their evaluation of the ADL from the perspective of occupational therapy, as well as its intersection with the field of special education. In the practical part of this research is included the analysis of three case studies dedicated to this issue.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Keywords in English: senior, old age, dementia, ADL, kinesthetic mobilization, occupational therapy/an occupational therapist, daily care worker.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	22 příloh
<b>Rozsah práce:</b>	149 stran, 36 stran příloh
<b>Jazyk práce:</b>	český