

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Martina Šimandlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Martina Šimandlová

Studijní obor: Ergoterapie 5342 R002

**ERGOTERAPIE OSOBNÍ HYGIENY NA INVALIDNÍM
VOZÍKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Petr Šika

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím, aby práce byla uložena na Západočeské univerzitě v knihovně fakulty zdravotnických studií a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Plzni dne 23. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Ing. Petru Šikovi, PhDr. Michaele Šrytové a Zdeňce Faltýnkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům v rehabilitačních ústavech Kladruby a Hrabyně za možnost uskutečnění výzkumu, v jejich zařízení a poskytnutí rad při tvorbě mé práce.

Anotace:

Jméno a příjmení autora: Martina Šimandlová

Katedra: fyzioterapie a ergoterapie v Plzni

Název bakalářské práce: Ergoterapie osobní hygieny na invalidním vozíku

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Petr Šika

Počet stran: 83

Počet příloh: 1

Počet titulů studijní a použité literatury: 26

Klíčová slova: vozičkář, hygiena, terapie, transfer, bezbariérovost

Souhrn: Bakalářská práce pojednává o ergoterapii osobní hygieny u klientů na invalidním vozíku. V teoretické části se zaměřuje na analyzování úkolů ergoterapeuta při nácviku osobní hygieny. Praktická část obsahuje dotazníkové šetření, které ověřuje stanovené hypotézy a dvě kazuistiky, pomáhající analyzovat u klientů na invalidním vozíku jednotlivé úkoly osobní hygieny.

Annotation:

Surname and name: Martina Šimandlová

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of bachelor's thesis: Rehabilitation after stroke.

Consultant: Ing. Petr Šika

Number of pages: 83

Number of appendices: 1

Number of titles in the bibliography:26

Key words: wheelchair, hygiene, therapy, transfer, wheelchair accessibility

Summary: The thesis deals with occupational therapy of personal care for clients in wheelchairs. The theoretical part focuses on analyzing tasks of therapist during practicing right ways of personal hygiene. The practical part contains a survey, which verifies the hypothesis and two case reports that help analyze individual tasks of personal hygiene for clients in wheelchairs.

Úvod.....	11
1. Základní pojmy	13
1.1 Ergoterapie.....	13
1. 1. 1 Definice ergoterapie, historie a vývoj.....	13
1. 1. 2 Všední denní činnosti.....	14
1.2 Osobní hygiena	15
1. 2. 2 Osobní hygiena v nemocnici a rehabilitačním ústavu	15
1. 3 Klienti na invalidním vozíku	16
1. 3. 1 Základní klasifikace vozíků.....	16
1. 3. 2 Klasifikace klientů na invalidním vozíku podle diagnóz	17
1. 3. 3 Klasifikace klientů podle stupně nezávislosti	18
2. Potřeba osobní hygieny	20
2. 1 Biologická rovina.....	20
2. 2 Psychologická rovina	20
2. 3 Sociální význam.....	21
3. Ergoterapie osobní hygieny na invalidním vozíku	22
3. 1 Ranní hygiena.	22
3. 2 Celková hygiena	23
3. 3. Hygienické vyměšování.....	24
3. 3. 1 Močení	24
3. 3. 2 Defekace	25
3. 3. 3. Transfer vozík-WC	25
3. 4 Hygiena oblečení	28
4. Bezbariérové prostředí.....	29
4. 1 Univerzální design	29
4. 2 Bezbariérové toaleta	30
4. 3 Bezbariérová koupelna	31

5. Rehabilitační ústav Hrabyně a Kladruby	33
Praktická část.....	34
6. Cíle práce a pracovní hypotézy	35
6. 1 Cíle práce:	35
6. 2 Pracovní hypotézy:	35
7. METODIKA.....	36
7. 1 Vyšetřované osoby.....	36
7. 2 Metody a prostředky šetření	36
7. 3 Dotazníkové šetření	37
7. 3. 1 Pohlaví respondentů.....	37
7. 3. 2 Věk respondentů	37
7. 3. 3 Příčina užívání invalidního vozíku u respondentů.....	38
7. 3. 4 Zařízení, kde byla podstoupena rehabilitace	38
7. 3. 5 Délka rehabilitačního pobytu.....	39
7. 3. 6 Setkání s ergoterapií	39
7. 3. 7 Co se klienti naučili při ergoterapii	40
7. 3. 8 Spokojenost s ergoterapií.....	41
7. 3. 9 Výskyt proleženin	41
7. 3. 10 Výskyt problémů s únikem moči	42
7. 3. 11 Výskyt uroinfekcí	42
7. 3. 12 Soběstačnost v konzumaci stravy	43
7. 3. 13 Soběstačnost v oblékání.....	43
7. 3. 14 Soběstačnost v ranní a večerní tzv. malé hygieně	43
7. 3. 15 Soběstačnost v celkové hygieně	44
7. 3. 16 Transfer na sprchovou sedačku	44
7. 3. 17 Transfer na vanovou sedačku	44
7. 3. 18 Transfer lůžko – židle/vozík	45

7. 3. 19 Transfer vozík – WC	45
7. 3. 20 Přístup k transferu vozík-WC	46
7. 3. 21 Využití madel při transferu vozík-WC	46
7. 4. Rozbor klinických případů.....	47
7. 4. 1 Kazuistika 1	47
7. 4. 2 Kazuistika 2	58
8. VÝSLEDKY	67
8. 1 Výsledky dotazníkového šetření	67
8. 2 Výsledky klinických případů.....	69
9. DISKUZE	70
10. ZÁVĚR	72
STUDIJNÍ LITERATURA A ZDROJE.....	73
SEZNAM TABULEK.....	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM OBRÁZKŮ	78
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

Úvod

Osoby upoutány na invalidní vozík jsou pro naši společnost nepostradatelným článkem. Zaslouží náš obdiv za vytrvalost a odhodlání při překonávání překážek, které jim život nadělil. Pro mnoho z nás je to nepředstavitelné a nepochopitelné, kde se může v člověku závislém na cizí pomoci brát mnohdy tolik síly.

Tato práce má sloužit ke zmírnění rozdílů mezi handicapovaným člověkem a ostatní společností. Jedním z bodů socializace handicapovaných je zvládnutí osobní hygieny. Vznik uroinfekcí, problémy s únikem moči, s defekací, nemožnost uskutečnit tělesnou očistu, tělesný zápach jedince. To jsou problémy, které snižují možnost uplatnění člověka ve společnosti. Pomocí při této těžké úloze je nácvik ergoterapie osobní hygieny, která má za úkol osamostatnit jedince v množnostech jeho schopností. Cílem práce je analyzovat jednotlivé úkoly ergoterapeuta při nácviku osobní hygieny u klientů na invalidním vozíku. O jednotlivých úkolech a významu hygieny pojednává teoretická část. Praktická část práce se snaží o splnění dílčích cílů a ověření daných hypotéz, týkajících se druhotných úkolů spojených s osobní hygienou.

Dílčí cíle práce objasňují, zda klient na vozíku v rámci komprehenzivní (ucelené) rehabilitace opravdu podstupuje ergoterapeutický výcvik. Výzkum byl uskutečněn v našich největších rehabilitačních ústavech Hrabyně a Kladruby. Následující dílčí cíl práce se zabývá transfery na toaletu. Pokud je klient dostatečně soběstačný pro samostatný transfer, objevuje se mnoho otázek, jakým způsobem tento přesun praktikuje. Zda mu vyhovuje rozvržení bezbariérové toalety, typ přístup k toaletě a zda využívá při přesunu pomoc madel, to jsou otázky v následné části výzkumu.

Poslední dílčím cílem a následnou svázanou hypotézou je odhalení, zda je pro klienty jednodušší transfer na vanovou či sprchovou sedačku. I když se vykonává stejná činnost, očista těla, je v jejím uskutečnění vlivem okolí mnoho rozdílů. Výhody, nevýhody a odhalení možných problémů je obsahem posledního zkoumání.

Uvádí se, že ročně u nás přibývá 250 osob s míšními lézích. Nejčastější příčinou poškození míchy jsou úrazy páteře. Další důvody míšních poruch jsou nádory, vrozené vady a záněty a cévní příčiny. V tomto čísle nejsou uvedeny další onemocnění poutající člověka na invalidní vozík (dětská mozková obrna, centrální mozková příhoda, amputace, atd.). Pokud by, zde byla zahrnuta veškerá onemocnění, bylo by toto číslo nesrovnatelně vyšší. Vzhledem k naší stále vyspělejší společnosti je třeba udělat i zde krok vpřed a odstranit bariéru, kterou tvoří tělesná schránka handicapovaných.

Teoretická část

1. Základní pojmy

1.1 Ergoterapie

1. 1. 1 Definice ergoterapie, historie a vývoj

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

Ergoterapie je nelékařská profese, která je nezbytnou součástí rehabilitace ve vyspělých zemích. Je součástí ideální rehabilitační péče, která pacientovi umožňuje návrat do běžného života. Spolupracuje společně s fyzioterapeuty, lékaři, psychology, protetiky, logopedy, nemocničním personálem a dalšími členy multidisciplinárního týmu.

Počátky ergoterapie se datují na začátek 20. století v USA. Z počátku byla ergoterapie vnímána, jako manuální zaměstnávání za účelem odpoutání pacienta od nemoci a rozvíjení fyzické a duševní zdatnosti v době minimální iniciativy.

K rozvoji významu ergoterapeutické profese napomohl i vznik mezinárodních ergoterapeutických organizací. Jediná celosvětová organizace byla založena roku 1952 a nese název Světová federace ergoterapeutů (WFOT). Organizace spolupracuje s mezinárodními organizacemi, institucemi a zajišťuje mezinárodní propojení s národními asociacemi ergoterapeutů. V rámci Evropy se ergoterapeuti sdružují v Evropské komisi ergoterapie (COTEC). Dnes spojuje 27 evropských zemí. S touto organizací spolupracuje i dobrovolná profesní organizace České republiky, Česká asociace ergoterapeutů (ČAE), která byla založena roku 1994. (Krivošíková, 2011)

1. 1. 2 Všední denní činnosti

„Ergoterapeuti se jak při hodnocení, tak při intervenci zaměřují na schopnosti klienta nezávisle zvládat běžné denní činnosti, které jsou často považovány za jednu z klíčových oblastí, protože se významně podílejí na úrovni participace klienta ve společnosti.“ (Jelínková, 2009, s 149)

Nejčastěji se nazývají všední denní činnosti (ADL). Tyto dovednosti dělíme na personální a instrumentální.

Ergoterapeut po odhalení problémových oblastí a po posouzení parametrů výkonu (důležitost, nezávislost, bezpečnost, kvalita provedení a zkušenost) sestaví odpovídající terapii, kde se zaměřuje na dané oblasti nácviku. U osob na invalidním vozíku se může jednat o oblasti funkční mobility, personální i instrumentální péče. (Jelínková, 2009)

Funkční mobilita, která zahrnuje pohyblivost na lůžku (otáčení na boky, změna pozice, posazení), transfery (lůžko/židle), mobilita v terénu. Personální oblast: příjem jídla (sycení z talíře, pití z hrnku, krájení potravy), osobní hygiena (ústní hygiena, česání, holení, mytí rukou, hygiena při menstruaci), koupání (ovládání vody, omytí horní a dolní části těla), použití toalety (transfer, svléknout si oblečení, očista, ovládání močení a vyměšování), oblékání/svlékání (horní a dolní část těla, zipy, knoflíky), komunikace. Instrumentální oblast: příprava jídla, úklid domácnosti, nakupování, telefonování, užívání léků, praní prádla, finance, transport. (Jelínková, 2009)

U klienta na invalidním vozíku se zabývá nácvikem osobní hygieny v rámci ucelené rehabilitace ergoterapeut. Podle potřeby s klientem nacvičuje omývání celého těla, obličeje, ústní hygienu, mytí rukou, mytí vlasů, holení tváře. Dále se snaží klienta co nejvíce osamostatnit v druhotných úkolech spojených s hygienou např.: mobilita, transfer na sprchovou či vanovou sedačku, toaletu, hygienu po použití toalety, atd. Snaží se klienta dostatečně vybavit kompenzačními pomůckami a edukovat o ekonomických pohybech. Klade si otázky ohledně bariér v klientově koupelně a snaží se na ně najít odpověď, aby po návratu domů mohl klient hygienu vykonávat bez potíží. V případě zanedbání jeho práce může nastat u klienta zhoršení stávající hygienické péče o svoje tělo a tím vzniknout pocit zanedbanosti, méněcennosti a zhoršení sociální integrace

1.2 Osobní hygiena

„Osobní hygiena je péče o sebe sama, jejímž prostřednictvím si lidé udržují zdraví a chrání se proti nemocem. Osobní hygiena je záležitostí každého jednotlivce, je dána individuálními hodnotami a návyky. Je ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory“ (Trachtová a kol., 2008 s. 51)

1. 2. 2 Osobní hygiena v nemocnici a rehabilitačním ústavu

V případě, kdy se klient dostane na terapii do nemocnice nebo rehabilitačního ústavu, je za péči o osobní hygienu, zodpovědný pacient i zdravotnický personál. Klient se zde musí vypořádat s novou skutečností jeho zdravotního stavu a naučit se používat své tělo co nejpřínosněji v rámci omezených možností. Od toho, aby to vše zvládl je tu tým komprehenzivní rehabilitace, kde má každý pracovník na starosti určenou terapeutickou oblast.

Pravidelná osobní hygiena v těchto zařízeních zahrnuje: *„ranní a večerní umývání, celkovou koupel nemocného, péči o chrup a dutinu ústní, česání, mytí vlasů, úpravu nehtů, u mužů holení tváře, hygienické vyprazdňování, péči o znečištěného nemocného, prevenci a ošetření opruzenin a proleženin“ (Zouharová, 2011)*

Kvalifikace klientů při osobní hygieně.

Pacienti soběstační, kteří se sami dopraví k umyvadlu nebo do koupelny, zvládnou přesun a vykonají hygienu sami, personál pouze kontroluje a po dokončení se ujistí, že klient hygienu zvládl.

Klienti částečně soběstační, u kterých nastává problém například s transportem, přesunem nebo s jednotlivými úkony hygieny. Pokud to dovoluje stav klienta, hygienu přednostně provádíme v koupelně, s připravenými pomůckami, klienta se snažíme do péče co nejvíce zapojovat.

Ležící klienti, péče o ležícího nemocného je určena mírou jeho schopnosti spolupráce. Připravíme si všechny důležité pomůcky k lůžku a během hygieny se snažíme pomoci s úkony, které není schopen klient zvládnout sám. U nesoběstačného klienta provádíme celou hygienu. (Zouharová, 2011)

1. 3 Klienti na invalidním vozíku

1. 3. 1 Základní klasifikace vozíků

Podle způsobu jakým jsou vozíky uváděny do pohybu, je dělíme do dvou základních skupin na mechanické a elektrické.

Mechanický vozík

Mechanické vozíky uvádí do pohybu sám pacient, asistent nebo zdravotnický personál fyzickou silou. Dále se dělí na vozíky standardní, transportní, speciální a aktivní.

Elektrický vozíky

Elektrické vozíky jsou poháněny elektrickou energií, ovládá si je sám pacient určeným zařízením, například joystickem nebo ústní tyčinkou. Vozíky používají klienti s nízkou úrovní soběstačnosti, ale s dostatečnou mentální vyspělostí. Dělíme je na interiérové a exteriérové, všeobecně jsou více používány vozíky exteriérové, které jsou přizpůsobeny i do vyššího stoupání, jsou osvětleny a odpruženy do nerovnoměrného terénu. (Zikl, 2011)

Přidělení invalidního vozíku

Přidělení invalidních vozíků určuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 398/2009 Sb. Podle, které spadají invalidní vozíky včetně příslušenství mezi kompenzační pomůcky pro tělesně postižené, o jejichž přidělení rozhoduje lékař nemocného (neurolog, ortoped, rehabilitační lékař). Lékař vypíše příslušnou žádanku a předloží jí ke schválení reviznímu lékaři, aby mohla proběhnout úhrada vozíku z veřejného zdravotního pojištění. V některých případech se na úhradě částečně podílí rovněž pacient. Při schvalování o přidělení elektrického vozíku musí lékař také vyplnit formulář k přidělení elektrického vozíku, u nezletilých pacientů musí být dodáno závažné prohlášení zákonných zástupců dítěte, dále oční vyšetření a na závěr musí být klient podroben psychologickému/psychiatrickému vyšetření, kde se odhalí, zda je klient schopen bezpečně ovládat vozík na silniční komunikaci. (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 359/2009 Sb.,)

1. 3. 2 Klasifikace klientů na invalidním vozíku podle diagnóz

Je řada diagnóz pro které lidé ocitnou závislost na invalidním vozíku, každé onemocnění má svá specifika, která omezují klienta v různé míře soběstačnosti. Zde jsou vyjmenovány ty nejčastější příčiny.

Roztroušená skleróza jedná se o autoimunitní onemocnění, dochází k poškození myelinu. Stupně postižení se provádí Kurtzkého škálou, která má 9 hodnotících stupňů. Od stupně číslo 7 je klient na vozíku. Léčba je symptomatická. Ke zlepšení zdravotního stavu slouží rehabilitace.

Dětská mozková obrna - DMO je onemocnění, které vzniká během těhotenství, při porodu, nebo do 2 let po porodu dítěte. Prolíná se zde postižení smyslové, motorické a intelektu. Diferencujeme dvě formy spastickou a dyskinetickou. Spastická forma může probíhat jako postižení na diparetické, hemiparetické nebo kvadruparetické. U dyskinetické formy dochází k mimovolným pohybům. Na léčbě se podílí celý multidisciplinární tým.

Cévní mozková příhoda – CMP vzniká z důvodu omezení cévního zásobení mozku. Části mozkových buněk se nedostávají živiny a kyslík. Bývá doprovázena i s krvácením do mozku, podle lokalizace se projevují i příznaky. Po mozkové příhodě bývá obvyklá přítomnost hemiparézi. Klienti v akutním stádiu či s vážným postižením bývají zpravidla závislí na invalidním vozíku

Amputace dolních končetin může být způsobená z důvodu zranění, ale i následkem zánětů či ischemie. V dnešním moderním zdravotnictví se některé případy, řeší vyroběním ortézy na míru. Každý „amputář“ musí alespoň, po dobu než se vyrobí individuální ortéza podle jeho požadavků, usednout na invalidní vozík. Někteří na něm zůstávají z různých důvodů už na celý život.

Míšní léze - k poškození míchy může dojít vlivem traumatu nebo výskytem nádorů či cyst v páteřním kanálu. Vlivem traumatu mluvíme o tzv. míšní lézi. Mícha se přeruší úplně, nebo částečně a přestane zprostředkovávat informace mezi mozkiem a periferií. Podle výšky poškození míchy se stanovuje výše léze, která částečně určuje i klientovi další schopnosti pro samostatnost.

Mezi další příčiny odkázání osoby na invalidní vozík patří například traumata mozku, zánětlivá onemocnění CNS, vývojové vady či prvky stárnutí.

1. 3. 3 Klasifikace klientů podle stupně nezávislosti

„Sebepéče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování). Soběstačnost rozumíme míru samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit.“ (Trachtová, 2008, s 20)

Důležitým faktorem pro rehabilitaci klientů je stanovení míry jejich soběstačnosti, tuto hodnotu neurčuje samotná stanovená diagnóza, ale rozsáhlost a závažnost daného postižení, které je velmi individuální. K lepšímu zpřehlednění a odhalení stupně samostatnosti se používají specifické testy, které jsou použité i v praktické části jedná se o testy FIM a SCIM.

1. 3. 3. 1 Hodnotící testy

FIM (Funkční míra nezávislosti)

Test FIM slouží ke stanovení stupně poruchy a k odhalení změn v průběhu rehabilitace. Existují 3 verze testu pro děti dospělé a Enviro-FIM verze, která je určena pro použití v domácím prostředí. FIM hodnotí 18 položek v 6 oblastech: osobní péče, kontrola sfinkterů, přesuny, lokomoce, komunikace, sociální chorosti. Každá položka se hodnotí sedmibodovou škálou (7. úplná samostatnost, 6. modifikovaná samostatnost. 5 dozor 4. minimální asistence. 3 střední asistence. 2. velká asistence, 1. úplná asistence). Stupeň hodnocení sedm a šest nevyžaduje asistenci. U stupňů pět, čtyři a tři se udává částečná závislost. Stupeň dva a jedna je úplná závislost. Rozpětí skóre je 18-126 bodů. (Krivošíková, 2011)

SCIM (The Scipnal Cord Independence Measure)

SCIM test je sestaven speciálně pro spinální pacienty. Třetí verze testu, která je použita i v praktické části obsahuje sedmnáct položek ze tří oblastí sebeobsluha (s dílčím počtem maximálně dvacet bodů), dýchání a ovládání svěračů (kde lze dosáhnout maximálně čtyřiceti bodů) a mobilita (s maximem čtyřiceti bodů). Hodnotící škála je rozmezí od plné závislosti nula bodů až do úplné soběstačnosti sto bodů. Vyšší skóre odráží vyšší míru soběstačnosti.

1. 3. 3. 2 Základní klasifikace klientů

„Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň mocného tak, aby se podporovala jeho nezávislost.“ (Trachtová, 2008, s 21)

Klienti nevyžadující asistenci

U klientů nezávislých či s lehkou závislostí předpokládáme samostatnost ve většině každodenních všedních činností. Jedná se o klienty po úspěšné rehabilitaci nebo s nízkou mírou narušení jejich schopností. Pokud to umožňuje psychický stav, snažíme se u těchto klientů o zařazení do společnosti popřípadě do pracovního procesu.

Klienti částečně závislí na asistenci

Závislost středního stupně, zde klienti vyžadují již větší pomoc a i nácvik rehabilitace je v těchto případech obsáhlejší vzhledem ke zvýšenému počtu problémových oblastí. Tato míra soběstačnosti se vyskytuje variabilně u stavů po CMP, roztroušené sklerózy, dětské mozkové obrny, míšních lézí.

Klienti plně závislí na asistenci

Jedná se o klienty s velkou mírou asistence či úplnou asistencí. Terapie i celková péče je v tomto případě nejnáročnější. Do této skupiny mohou spadat pacienti v akutním stavu po úrazu nebo s velkou mírou poškození v oblasti hybnosti.

(Trachtová a kol., 2008)

2. Potřeba osobní hygieny

„Potřebu hygieny můžeme definovat ve třech rovinách:

Biologická – udržuje kůži v dobrém stavu

Psychologická – navozuje pozitivní emoce, pocit spokojenosti

Sociální – vytváří příjemné prostředí, je předpokladem pozitivních mezilidských vztahů.“ (Šamánková, 2011, s 117)

2.1 Biologická rovina

. Hygiena slouží jako prevence propuknutí onemocnění a zabraňuje jejich šíření. U osob na invalidním vozíku zvláště u klientů s míšní lézí musíme dávat pozor na vznik dekubitů. Při vykonávání celkové hygieny máme možnost klienta zkontrolovat, zda se na predilekčních místech nezačíná tvořit proleženina. Proleženina vzniká stlačením kapilár a tím přichází tkáň o přísun kyslíku, živin a dochází k odumření tkáně. Součástí prevence vzniku dekubitů je polohování imobilních klientů, kontrola exponovaných míst, používání antidekubitních matrací a podložek, dodržování důkladné hygieny (zachovávat stále čistou a suchou pokožku) a pravidelné vyprazdňování moče a stolice.

U inkontinentních klientů musíme klást důraz na správné cévkování. Při nedostatečném vyprazdňování hrozí klientovi velké komplikace. Nejčastěji se jedná o infekce močových cest, záněty ledvinových pánviček a ledvin, důsledkem chronických zánětů jsou kameny v močovém měchýři nebo v ledvinách. Další komplikace vznikají píštěle či zúžení močové trubice, zánětlivé a jiné procesy v dutině břišní. (Faltýnková, 1999)

2.2 Psychologická rovina

Zanedbání hygienické péče s sebou přináší i další rizika, kromě zhoršeného zdravotního stavu. „Uspokojení potřeby hygieny navozuje spokojenost, příjemnou náladu, po osvěžující koupeli prožívá člověk slast, rozkoš.“ (Trachtová, 2008) Vykonání hygienické péče uspokojuje psychické potřeby (estetické, potřebu sebeúcty, potřebu ocenění).

Podle hierarchie potřeb profesora Maslowa nedochází k uspokojení vyšších potřeb, pokud nejsou splněny ty nižší. Základní biologická potřeba hygienické péče spadá do nižších potřeb jedince. Pokud se objeví nedostatek v nižších potřebách, jedinec se vrací

k uspokojení nižších potřeb a nemůže se dále rozvíjet ve vyšších potřebách jako je například seberealizace. (Holeček, 2007)

Dále ukázka upraveného zevnějšku svědčí o psychickém stavu člověka. Upravenost je v dnešní době známkou duševní pohody a spokojenosti, naopak zanedbanost a neupravenost mohou svědčit o narušené sebekoncepci. (Šamánková, 2011)

2. 3 Sociální význam

„Osobní hygiena je zásadní požadavek pro integraci postižené osoby do společnosti, do kolektivu. Nečistota nebo i tělesný zápach představuje pro resocializaci velkou překážku.“ (Pfeiffer, 1995, s 146)

Osobní hygiena si v naší společnosti prošla dlouhým vývojem, kdy prošla útlumem i vzestupem. V dnešním 21. století je kladen na hygienu velký důraz, drogistický trh nabízí celou řadu přípravků napomáhající péči o naše tělo. Samotný jedinec se nevyhne jejich užívání, pokud nechce být vyřazen na okraj společnosti. Na okraji společnosti se samozřejmě nechtějí ocitnout ani lidé, kteří se stali z různých důvodů závislí na invalidním vozíku, a tak je tu úkol pro jejich okolí, umožnit jim co největší možnou úroveň osobní hygieny a tím zvýšit možnost jejich začlenění do kolektivu.

Každý člověk má individuální přístup ke svojí každodenní péči o tělo. V naší společnosti však platí určitá pravidla o pravidelnosti hygienických návyků. Dodržování hygienických návyků v domácnosti závisí na mnoha faktorech. Prvním je míra naučení hygienických návyků u každého jedince, dále se může jednat o špatný psychický stav jedince (např. stav deprese, který je doprovázen zanedbáním tělesné čistoty), hlavním faktorem je však omezení pohybu u pacienta a nepříznivost domácnosti či nedostatečná pomoc například s transportem do koupelny. Celý rehabilitační tým se snaží tyto činitele omezit na minimum, aby i po příchodu zpět do domácího prostředí nenastaly komplikace se zanedbáváním hygienické péče a klient se mohl plnohodnotně zúčastnit sociálních akcí. (Šamánková, 2011)

3. Ergoterapie osobní hygieny na invalidním vozíku

Při terapii s klientem na vozíku řeší ergoterapeut zásadní nedostatky v soběstačnosti, snaží se odhalit jeho problémy a na ty dále směřuje terapii. Tak jako na celé naší planetě nenajdeme dvě naprosto totožné osoby ani do rukou ergoterapeuta se nikdy nedostanou dva stejní klienti na invalidním vozíku. Proto musíme, ke každému klientovi přistupovat individuálně a cíleně zaměřovat terapii přímo na konkrétního jedince.

Nezaměřujeme se na klienta pouze z hlediska jeho postižení, ale díváme se na něho jako na konkrétní jedinečnou bytost se svými vlastními zájmy, sny a plány do budoucna. Snažíme se, aby terapie přinesla klientovi nejen navrácení či zlepšení jeho ztracené schopnosti soběstačnosti, ale snažíme se i o zlepšení kvality jeho života navrácení k pracovní činnosti, zálibám jedince a plnění jeho rodinných povinností.

Dále jsou rozděleny jednotlivě úkony osobní hygieny při nácvičku z pohledu ergoterapeuta u dospělých klientů na mechanickém vozíku bez kognitivního deficitu.

3.1 Ranní hygiena.

Ranní hygiena probíhá v nemocničním zařízení nebo rehabilitačním ústavu každé ráno. Měla by tak probíhat i v soukromí klientova domova. Dělíme ji na hygienu na lůžku u imobilních klientů nebo u umyvadla. Skládá se z mytí obličeje žínkou, péče o chrup a dutinu ústní, holení tváře (u mužů) a česání. Ergoterapeut v této fázi řeší mobilitu pacienta otočení na lůžku, a zda je schopen se přesunout na invalidní vozík a dopravit se k umyvadlu. Další problém může nastat při samotném vykonávání hygieny, klient musí udržet stabilitu sedu, zvládnout koordinaci horních končetin a vynaložit dostatečnou svalovou sílu pro vykonání jednotlivých úkonů. V případě potřeby následuje edukace pacienta kompenzačními pomůckami. Např.: elektrický zubní kartáček, přizpůsobení rukojeti u hřebenu, vhodné bezbariérové prostředí, umyvadlo umožňující podjezd a madla. Ergoterapeut provádí s klientem nácviček ranní hygieny podle určené metodiky. Rozděluje činnosti na jednotlivé úkony a ty postupně s klientem nacvičuje.

3. 2 Celková hygiena

Malá hygiena celého těla probíhá každé ráno na lůžku za pomoci nemocničního personálu. Takzvaná velká očista se koná dvakrát do týdne. Pacient je přepraven buď pomocí vozíku, nebo zvedáku do upravené koupelny a zde je omyt za pomoci nemocničního personálu. V rehabilitačním zařízení je to obdobné.

Úkoly ergoterapeuta při celkové hygieně u pacientů na invalidním vozíku zahrnují mobilitu na lůžku, přesun na vozík, lokomoci do koupelny a samotný přesun do vany nebo na sprchovou sedačku. V dalším případě samotné mytí nemocného, rehabilitant musí udržet stabilitu sedu, mít správnou koordinaci a souslednost úkolů.

Ke zlepšení stability sedu a jistějšímu přesunu slouží madla přidělaná po stranách sprchového koutu nebo vany. Jejich využití je individuální podle klienta. Hlavním úkolem ergoterapeuta je, ale poučit klienta o možnosti kompenzačních pomůcek. Ergoterapeut zjišťuje případné architektonické bariéry v klientově koupelně a snaží se doporučit co nejvhodnější řešení pro jejich odstranění. Dále se zaměřuje na výběr nejvhodnější sprchové sedačky nebo vanové stoličky. Předvede klientovi veškeré pomůcky s prodlouženou rukojetí pro snadnější omytí celého těla. Cíl ergoterapeuta je naučit klienta důkladné osobní hygieně s odstraněním případného strachu nebo stresu z jednotlivých částí celkové hygieny a její co nejekonomičtější, ale nejúčinnější provedení.

„Výběr kompenzační pomůcky je výsledek společné domluvy mezi pacientem, jeho rodinou a ergoterapeutem. Probíhá na základě podrobného vyšetření pacienta, zhodnocení jeho funkčních schopností a podmínek domácího prostředí, ve kterém žije.“ (Krivošíková, 2011) Kompenzační pomůcky k vykonání celkové hygieny uvádí na trh řada firem, z nichž k neznámějším patří firma Meyra či Otto Bock.

Obrázek 1 Vanové sedačky



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 Vanové stoličky



Zdroj: vlastní

3. 3. Hygienické vyměšování

„Problém může nastat proto, že postižením je porušeno volní ovládní vyměšování. Je to typické pro postižení míchy např. úrazem, roztroušenou mozkomíšni sklerózou, benigním nádorem. Dále nastává nepříjemná situace tak, že vyměšování je sice ovládáno dobře, ale celková porucha pohyblivosti je tak velká, že se postižený nemůže zavčas dostat na klozet nebo do koupelny. Může to být buď pro celkovou nemohoucnost, nebo pro technickou nepřístupnost hygienických zařízení (např. myopatie, dětské mozkové obrny, oboustranné amputace dolních končetin, stavy po náhlé mozkové příhodě.“ (Pfeiffer, 1995)

Při použití toalety rozdělujeme klienty, podle toho zda mají problémy se samotným vyměšováním nebo pouze pohybový deficit. Ergoterapie při použití toalety se zabývá celkovým provedením potřeby od přijetí k toaletě, překonání prostorových bariér, svléknutí a obléknutí oblečení, způsobu přesunu na toaletu, ovládní močení a vyměšování, očištění se, spláchnutí a následnou hygienu rukou u umyvadla.

3. 3. 1 Močení

Někteří klienti na invalidním vozíku nemají problémy se samotným vyměšováním, u těch ergoterapeut řeší následné činnosti, transfer a hygienu při a po výkonu. Určitá část klientů má ovšem, vlivem poruchy zprostředkování informací mezi receptory, svaly a mozkiem, s vykonáním potřeby problém. Jedná se především o osoby s míšní lézí. Po úrazu, kdy vznikla míšní léze, se může vyvinout jeden ze dvou typů močových měchýřů. Měchýř spastický, při kterém zůstává zachován mikční reflex, ale je porušena souhra mezi měchýřem a svěračem měchýře což vede k inkontinenci nebo měchýř chabý kde není zachován mikční reflex to znamená, že měchýř je chabý, nestáhne se při naplnění a moč je buď zadržována, nebo samovolně odchází vlivem chabého svěrače a přeplněného měchýře. (Faltýnková, 2004)

Močení se v těchto případech řeší pravidelným nácvikem cévkování a nošením plen pro zachycení úniku moči. Zde může ergoterapeut pomoci pacientovi (především u žen), s radami pro lepší sed k zavedení cévky a u tetraplegiků s nácvikem úchopu cévky. Pomůcky při inkontinenci cévka, pleny, svorka pro může, bažant.

3. 3. 2 Defekace

Při rehabilitaci střev je to u klientů obdobné. Klienti, kteří mají poruchu vyměšování, jsou převážně s diagnózou míšní léze nebo v těžší fázi svého stávajícího onemocnění. Klienti na invalidním vozíku s míšní lézí mají, z pravidla větší rozestupy mezi stolicí a to i několik dní. U těchto klientů dělíme funkční poruchy střev na dva typy. Typ spastických střev, kdy je porucha mezi přenosem informací z míchy do mozku a mozek tedy není schopen určit, kdy se mají střeva vyprázdnit. Zde se využívají k defekaci stolice zevní podněty, jako jsou čípky, miniklysmata nebo digitální podráždění svěrače. Druhý typ je chabé střevo, u kterého chybí peristaltický reflex a stolice se musí vyprazdňovat vytlačení nebo manuálním vybavením.

Problémy se stolicí řeší s pacientem především zdravotnický personál, který v rámci možností pacienta naučí hlavně pravidelnosti ve vyprazdňování. Ergoterapeut při vyměšování u dostatečně soběstačných pacientů řeší především přesun na toaletu, vybavení toalety a edukaci kompenzačních pomůcek do domácnosti např.: nástavců na toaletu či nutnost madel. (Faltýnková 2004, Pfeiffer, 1995,)

3. 3. 3 Transfer vozík-WC

Velkou úlohu ergoterapeutovi práce při hygienickém vyměšování sehrává nácvik transferu na toaletu. Každý klient používá k přesunu způsob, který mu nejvíce vyhovuje. Ergoterapeut se zde snaží docílit maximální soběstačnosti a odbourání strachu z případného nezdaru, který pokud nastane, těžko se klient dovolává cizí pomoci. Dále doporučuje klientovi nejvhodnější pomůcky. Vybírá z nabídky různých nástavců na WC, které zvyšují toaletní mísu a zlepší tím přesun v rovině, též jsou změkčené, aby nedocházelo k otláčeninám (obrázek 3). Kolem bezbariérové toalety se velmi často umísťují madla, která mají napomáhat přesunu.

Obrázek 3 Nástavec na WC



Zdroj: vlastní

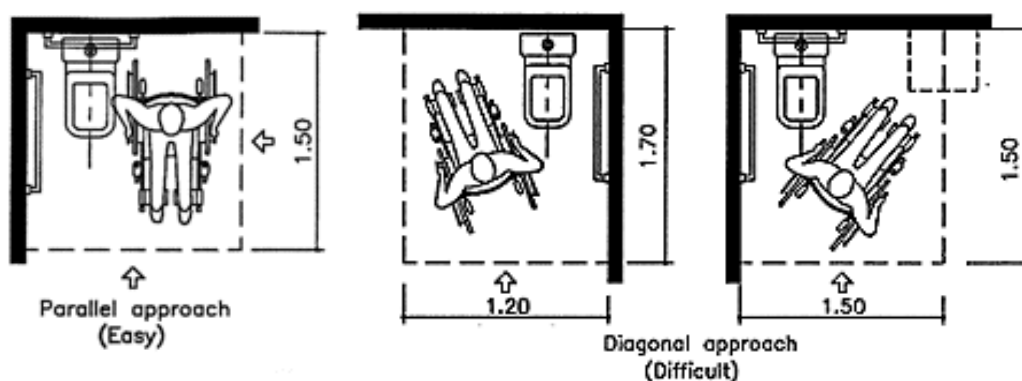
Jednou z možností kvalifikace transportu je nutnost využití asistence. Z tohoto hlediska dělíme přesuny na neasistované a asistované.

3. 3. 3. 1 Neasistovaný transfer vozík - WC

Transfer z invalidního vozíku na toaletu dělíme podle přístupu, jak si vozičkář k toaletě najede. Obecně existují čtyři různé přístupy.

a) **Paralelní přístup** (obrázek 4): pokud vozičkář nacouvá co nejbližší vedle záchodové mísy, nazýváme, přístup paralelní. Následuje zvednutím madla, které je blíže k jedinci, další postup je individuální podle schopností jedince, zda přesune nejdříve pasivně nohy a následně se vzepré na rukou a přesune nad mísu zbytek těla nebo zda se vzepré na rukou a přesune nejprve trup a po té dolní končetiny. Tento přístup je nejjednodušší. Pro tuto variantu je diskutabilní nutnost madel kolem toalety. Ve svojí praxi jsem se setkala s názory, že zvednuté madlo, zde neplní žádnou činnost a při přesunu překáží.

Obrázek 4 Paralelní a úhlopříčný přístup k toaletě

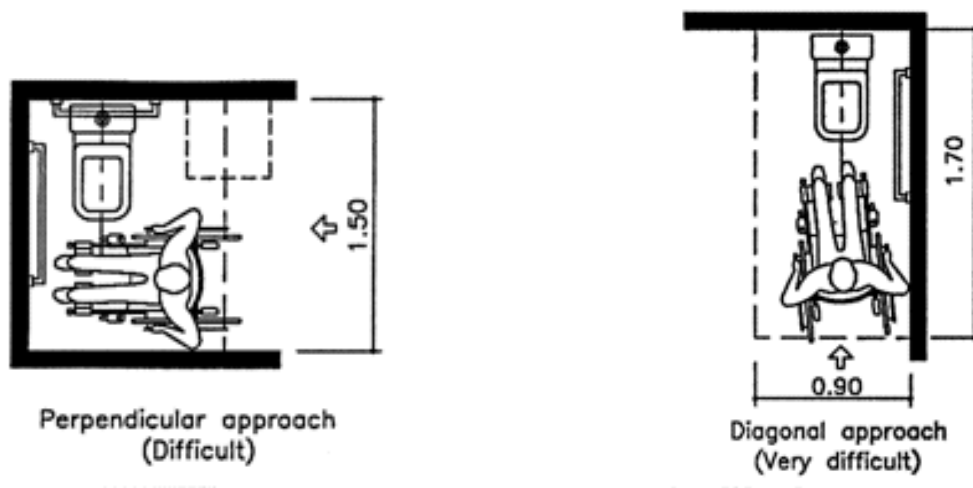


Zdroj: Architectural Design Considerations, 2004

b) **Úhlopříčný přístup** (obrázek 4): vozičkář si najede šikmo k míse, poposedne si na okraj vozíku a stočí nohy i trup na jednu stranu. Horní končetinou blíže k míse se opře o prkénko nebo madlo druhou horní končetinou se opře o vozík. Vzepré se a přesune pánev na mísu.

b) Kolmý přístup (obrázek 5): vozičkář si najede kolmo k míse, poposedne si na kraj vozíku, opře se rukou, která je blíže k toaletě o prkénko či madlo druhou rukou se opře o vozík, nadzvedne se a přesune pánev na toaletu. Při tomto způsobu se musí zapojit větší svalová síla než u přesunu paralelního.

Obrázek 5 Kolmý a čelní přístup k toaletě



Zdroj: Architectural Design Considerations, 2004

d) Čelní přístup (obrázek 5): klient najede k toaletě čelně. Posadí se na kraj vozíku a natočí celé tělo i nohy si posune k jedné straně, nesedí tedy přímo čelem k toaletě, ale spíše bokem. Horní končetinou, která je blíže k míse, se opře o madlo nebo prkénko druhou horní končetinou se opře o vozík. Vzepře se na končetinách a přesune pánev na toaletu. Další způsob čelního přesunu je, že pacient se přesouvá z vozíku na prkénko čelem a v konečné fázi, tedy sedí čelem ke zdi. Vhodné je užívat volné kalhoty u tohoto přesunu a ženy mohou využívat sukni. (Filipová, 2002)

Každý klient si najde přesun, který mu nejvíce vyhovuje nebo, kterému odpovídají aktuální architektonické podmínky. U pacientů se zachovalou částečnou funkcí dolních končetin je možné uplatnit přesun přes stoj nebo využít oporu dolních končetin při přesunu. Náviku přesunu na toaletu předchází dostatečné posílení stability trupu a svalové síly na horních končetinách. Každý ergoterapeut musí dostatečně znát fyzickou i psychickou stránku svého klienta než se do náviku pustí.

3. 3. 3. 2 Asistovaný transfer vozík - WC

Pokud klient není dostatečně přizpůsobený pro samostatný přesun nebo je zde velké riziko pádu, volíme přesun s pomocí asistenta. Asistent zde může plnit roly **částečnou**, kdy aktivní podíl na přesunu má klient, asistent dopomáhá překonat složitější části přesunu přidržením, nadzvednutím nebo jištěním. Tento přesun nazýváme přesun s částečnou asistencí.

Nebo **přesun s asistencí přes stoj**: vozíkem najede asistent kolmo k míse. Nastává situace, uchopení klienta, která je u každého asistenta a klienta jiná. Mezi nejčastější patří: pokrčení kolen asistenta uchopení klienta pod rameny, nabalení klienta na sebe, pomocí páky se dostat do stoje, zde sundáme klientovi již předem rozepnuté kalhoty, natočení s klientem k míse a opět pomocí páky a pokrčení v kolenou posazení klienta na toaletu. (Faltýnková, 2008)

Po ukončení potřeby následuje očista, k jejímu provedení musí mít klient dostatečně stabilní trup a hybnost v horních končetinách. Dále se klient obleče, přesune zpět na vozík a pokračuje k umyvadlu omýt si ruce. Při nácviku celé potřeby musí být dodržována hygienická pravidla.

3. 4 Hygiena oblečení

V rámci PADL se ergoterapeut zabývá nácvikem oblékání u svých klientů. Při samotném nácviku oblékání zpravidla nedochází k výskytu infekčních či jiných hrozeb a proto se výrazně nedbá na dodržování hygienických norem. Druhotně, ale terapeut analyzuje čistotu prádla v rámci IADL. Ergoterapeut zjišťuje, zda klient umí pečovat o oblečení, zda si zvládne vyprat, vyžehlít a udržet oblečení v čistotě. V případě zanedbání péče hledá příčiny, proč se tak stalo a po odhalení se je snaží napravit. Pokud jsou příčiny fyzické, snaží se kompenzovat jeho schopnosti, přizpůsobovat prostředí, prostředky a předvádí ukázkovou činnost. Čistota, suchost a vůně oblečení napomáhají klientovi k pozitivnější náladě a lepší socializaci.

4. Bezbariérové prostředí

„Tvorba bezbariérového prostředí není čímsi, co si vynutila menšina vozíčkářů, nevidomých či jinak postižených osob, ale tvorba bezbariérového prostředí je nutná pro každého člena společnosti. Někdo z nás výhody bezbariérového prostředí využije jen krátkodobě, jiný je využívá prakticky celý život.“ (Filipová, 2002, s. 6.)

Díky zlepšující se zdravotní péči se naše populace dožívá vyššího věku, ale většinou za cenu snížené samostatnosti. Snížené obrubníky, nájezdny rampy, bezbariérové toalety jsou vyhovující nejen pro vozíčkáře, ale usnadňují život i osobám s jakkoliv sníženou soběstačností: seniorům, matkám s kočárky nebo i mentálně postiženým, kteří díky němu mohou bezproblémově uspokojovat svoje potřeby.

4.1 Univerzální design

Pro zařazení osoby na vozíku do společnosti, je bezbariérové prostředí jedním z hlavních prvků, pro uskutečnění tohoto faktu. Naštěstí naše vyspělá společnost není k potřebám slabších jedinců slepá a snaží se potřebám vyhovět. Není to však jednoduchý úkol, který lze uskutečnit ze dne na den. Pro neoptimálnější řešení tohoto problému probíhají po celém světě rozmanité studie a výzkumy.

První kniha o bezbariérovém prostředí byla vydání roku 1963 od autora Selwina Goldsmitha – Design pro osoby se zdravotním postižením. Na jeho práci navázal Ronald L. Mace s termínem univerzální design, jde o projektování budov, prostředků a prostředí, které jsou přístupné pro lidi bez zdravotního postižení, ale i osobám se zdravotním znevýhodněním. (Goldsmith, 2001)

Na základě celosvětových výzkumů, byly stanoveny i neoptimálnější normy sloužící pro prostory k vykonávání osobní hygieny. V České republice jsou definovány pod vyhláškou č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb.

4. 2 Bezbariérové toaleta

Zvládnutí úkonů spojených s osobní hygienou je jednou z oblastí, ve které si osoby s postižením přejí získat nezávislost. Pokud to zdravotní stav a schopnosti jedince dovolují je v hodné pro hygienické vyprazdňování jedince použít toaletu. Pro bezproblémové vykonání potřeby se toalety speciálně upravují. Bezbariérová toaleta má mít dostatečné rozměry, správné uspořádání, vybavení a měla by být přístupná vozíčkáři. Přístupnost toalety spočívá v odpovídající šířce dveří, dostatečném manipulačním prostoru k přemístění na toaletu a zpátky na vozík, dále je nutný dobrý přístup k umyvadlu a vhodně zvolené vodovodní baterie. Na stěně u toalety je třeba umístit madla. Před samotným použitím toalety je třeba zhodnotit techniku transferu. (Opatřilová, D., Zámečnicková, D., 2008, s 180)

Optimální rozměry bezbariérové kabiny jsou 1800 mm x 2 150 mm, při rekonstrukcích lze povolit rozměry kabiny 1 600 x 1 600 mm. Od roku 2009 přibil nový termín pro záchodové kabiny, záchodová kabina s využitím asistence o rozměrech 2 200 x 2 150. Dveře v bezbariérové kabině musí mít světlost minimálně 900 mm, opatřené madlem a otvíratelné ven.

Záchodová mísa musí mít po stranách minimálně 800 mm manipulačního prostoru, v případě klientů na elektrickém vozíku je však tento rozměr nedostačující. Dále musí být po stranách vybavena sklopnými madly ve vzdálenosti 600 mm od sebe ve výši 780 mm od podlahy. V případě přístupu z jedné strany musí být z této strany madlo sklopné. U kabiny s využitím asistence nebo možnosti nájezdu z obou stran musí být sklopná obě. Horní hrana sedátka je 460 mm nad podlahou. Mezi zadním koncem kabiny a předním koncem mísy musí být minimálně 700 mm. Toaleta musí poskytnout boční, čelní nebo diagonální přístup. Splachovadlo musí být instalováno v dosahu osoby sedící na míse. V dosahu mísy musí být umístěný i držák na toaletní papír.

Pokud není toaleta spojena s koupelnou, musí být u toalety přítomno i umyvadlo, které musí umožnit podjezd osoby na vozíku a být umístěno ve výšce 750 mm od podlahy. I u umyvadla je nutno nainstalovat madlo v minimální délce 500 mm.

V místnosti jsou umístěny i další zařizovací předměty. Jedná se o nezbytný koš na odpadky, věšák na oděvy, držák na papírové ručníky, věšák na látkový ručník, zrcadlo, které musí být sklopné pro použití osob na vozíku i stojících. V poslední řadě i ovládání signalizačního systému nouzového volání, které má být umístěno v dosahu záchodové

mísy, ale také v dosahu z podlahy. Veškeré další předměty v místnosti musí být umístěny v dosahu vozíčkáře osvětlení, elektřina, větrací okénko.

Nejdůležitější pro bezbariérovou místnost je dostatečný manipulační prostor, který vychází ze zachování prostoru pro otočení na vozíku. Jedná se o kruh průměru 1500 mm. V případě asistence nebo osoby na elektrickém vozíku je zapotřebí prostor větší. (Vyhláška č. 398/2009 Sb.)

4. 3 Bezbariérová koupelna

Sprchový kout

Sprchový kout volíme o minimálních rozměrech 900 x 900 mm. Přičemž se musí jednat o stavební sprchový kout, nepoužívá zde sprchový box z důvodu ukotvení madel a sprchové sedačky přímo do zdiva. Dveře do sprchového koutu by měli být snadno ovladatelné z venku i ze vnitř, můžeme zde použít i závěs místo dveří. Sprchový kout musí být vybaven sklápěcí sedačkou nebo sprchovou židličkou. Na trhu můžeme sehnat židle výškově nastavitelné. Kolem sprchového koutu umísťujeme systém madel a to svislé i vodorovné. Vodorovné madlo je ve výšce 800 mm nad podlahou, má délku minimálně 600 mm a umísťuje se 300 mm od rohu sprchového koutu. Svislé madlo se instaluje alespoň 900 mm od rohu místnosti o minimálně délce 500 mm. V některých případech se sprchový kout vybavuje i pásy pro lepší stabilitu osoby sedíce ve sprchovém koutu. (Bydlení bez bariér, 2011)

Vana

„5. 1. 10. Před podélnou stranou vany musí být volný manipulační prostor minimálně 1500 mm. Horní hrana vany smí být nejvýše 500 mm nad podlahou. Vana musí být odsazena od přilehlé stěny nejméně o 100 mm. V záhlaví vany musí být přizděná plocha šířky nejméně 400 mm. Vanová páková baterie musí být osazena na podélné straně vany v dosahu osoby sedící ve vaně.“ (Vyhláška Ministerstva pro místní rozvoj České republiky č. 398/2009 Sb.,)

Pokud je koupelna vybavena vanou, musí se přizpůsobit pomůcky pro soběstačnost míře postižení znevýhodněné osobě. Jedním ze základních kroků je, upevnění madla vedle vany do písmene H. Madlo je univerzální pro rozdílné typy postižení. Dále se vana vybavuje vanovou sedačkou či stoličkou. Klient si vybírá pro něj tu nejvhodnější s nejlepší

mírou využití. V nemocnicích a rehabilitačních zařízeních pomáhá s výběrem těchto pomůcek a bytovým zařízením ergoterapeut.

Velmi důležitý prvek bezbariérové koupelny je její velikost projektanti musí počítat s případnou asistencí jak při přesunu, tak při celkové hygieně, dále s prostorem pro odstavení vozíku a možností využití případného zvedáku. Nesmí zapomínat ani na konkrétní požadavky osoby s tělesným postižením. (Filipová, 1998)

5. Rehabilitační ústav Hrabyně a Kladruby

Na zdravotnickou péči se v České republice specializují tzv. zdravotnická zařízení. Dělíme je na zdravotnická zařízení prvního styku, kam spadají například praktičtí lékaři, dentisté nebo lékařská služba první pomoci. Dále ambulantní, kde zahrnujeme očního lékaře, neurologii, psychiatrii, atd.... V poslední řadě zdravotnická zařízení takzvaně hospitalizační, kde pacient setrvává delší dobu, několik dní či měsíců. Do hospitalizačních zařízení řadíme nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných a odborně léčebné ústavy. Ústavy se zaměřují na různou rehabilitaci podle typu své specializace například ústavy psychiatrické na pacienty s psychiatrickými diagnózami. Ústavy rehabilitační na rehabilitaci fyzického stavu. Mezi dva největší rehabilitační ústavy v České republice Kladruby a Hrabyně, kde byla prováděna převážná část výzkumu.

Kladruby

“Rehabilitační ústav Kladruby je odborný léčebný ústav k poskytování ústavní celodenní komplexní rehabilitační léčby klientů po úrazech a operacích pohybového a nervového systému Od 1. 7. 2002 zajišťuje na Spinální rehabilitační jednotce, která je součástí celostátní sítě, komplexní rehabilitační péči po závažných čerstvých míšních postiženích.“ Rehabilitace zde probíhá celodenně a intenzivně v bezbariérovém prostředí. Kapacita ústavu je 250 lůžek. Rehabilitační program je v ústavu na vysoké úrovni. Utváří jej profesionální tým, který pracuje s nejmodernějšími rehabilitačními metodami a spolu utváří specifickou organizaci léčby přinášející kvalitní výsledky. (RÚ Kladruby [online], 2014)

Hrabyně

„Rehabilitační ústav Hrabyně je špičkovým zařízením poskytujícím nejlepší možnou péči klientům po úrazech, cévních mozkových příhodách nebo s onemocněním pohybového ústrojí či nervového aparátu.“ Ústav Hrabyně se specializuje na dospělé pacienty s neurologickými a poúrazovými stavy. Úzce spolupracuje s pracovištěm v Chuchelné, které je zaměřeno mimo jiné na ortopedické a neurologické diagnózy. Každému pacientovi se dostává individuální péče od vysoce profesionálního a zkušeného personálu. Celý komplex je vybaven nejmodernějšími zařízeními. (RÚ Hrabyně [online], 2014)

Praktická část

6. Cíle práce a pracovní hypotézy

6. 1 Cíle práce:

Hlavním cílem mé bakalářské práce je analyzovat úkoly ergoterapeuta při nácviku osobní hygieny u klientů na invalidním vozíku.

Dílčí úkoly práce:

1. Zjistit zda klienti na invalidním vozíku podstupují v rámci ucelené rehabilitační péče ergoterapeutický výcvik.
2. Zjistit nejpoužívanější přístup při transferu na toaletu.
3. Zjistit zda je pro osoby na invalidním vozíku jednodušší transfer na sprchovou nebo na vanovou sedačku.

6. 2 Pracovní hypotézy:

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že nadpoloviční většina dotazovaných osob podstoupila v rámci ucelené rehabilitační péče ergoterapeutický výcvik.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že při transferu vozík-toaleta využívá více respondentů přístup úhlopříčný než paralelní.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že je pro klienty k vykonání celkové osobní hygieny jednodušší transfer na sprchovou než na vanovou sedačku.

7. METODIKA

K ověření stanovených hypotéz, byla zvolena hlavní vyšetřovací metoda, dotazníkové šetření. Dotazník obsahoval 21 otázek zaměřených na soběstačnost vozíčkářů (příloha 1). Pro zkvalitnění práce byl, vypracován rozbor dvou klinických případů. Dále jsem čerpala z rozhovorů s osobami na invalidním vozíku, při vyplňování dotazníku, při samotných terapiích, z lékařské dokumentace, informací od personálu, z vlastního pozorování na jednotlivých praxích a při práci v organizaci Help me, kde pomáhám jako asistentka vozíčkářům.

7.1 Vyšetřované osoby

Vzhledem k povaze zvolených cílů a hypotéz byl dotazník rozdán mezi 25 dospělých respondentů užívajících mechanický vozík. Většina dotazovaných podstupovala v roce 2013 rehabilitaci v rehabilitačních ústavech Hrabyně nebo Kladruby. Otázky v dotazníku byly uzavřené, respondenti měli na výběr z určených odpovědí. Pro ověření hypotéz týkajících se transferu na toaletu, byl dotazník rozdáván klientům schopných přesunu na toaletu i na sprchové či vanové sedačky. Pro dosažení kvalitativnějších výsledků práce byl proveden rozbor dvou klinických případů. Při provádění rozboru klinických případů byla prováděna i analýza jednotlivých úkonů osobní hygieny. Oba klienti byli závislí či částečně závislí v provádění všedních denních činností.

7.2 Metody a prostředky šetření

Dotazníkové šetření: V první fázi šetření byla provedena pilotní studie, dotazník obsahoval 16 otázek a byl podán čtyřem respondentům. Na základě jeho výsledku se finální dotazník rozšířil o podrobněji zaměřené otázky a naopak některé otázky, byly zcela odstraněny. Konečný dotazník byl rozdán v období od 29. 4. – 10. 5. 2013 v rehabilitačním ústavu Kladruby a od 9. 12. do 20. 12. 2013 klientům v rehabilitačním ústavu Hrabyně. Zbylá část dotazníků byla předána k vyplnění vozíčkářům z Plzně a okolí. Návratnost dotazníků byla stoprocentní.

Rozbor klinických případů: Šetření bylo prováděno v první řadě z lékařské dokumentace, rozhovorem, informacemi od personálu a testy. S oběma klienty byla vedena čtrnáctidenní terapie, jejíž součástí bylo modelové provádění činností.

7.3 Dotazníkové šetření

7.3.1 Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví	Počet	Počet v %
Muž	17	68%
Žena	8	32%

Zdroj: vlastní

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo 17 mužů na invalidním vozíku a 8 žen.

7.3.2 Věk respondentů

Tabulka 2 Kolik je Vám let?

Odpovědi	Počet	Počet v %
Méně než 20 let	2	8%
20 – 30 let	9	36%
31 – 40 let	6	24%
41 – 50 let	4	16%
51 a starší	4	16%

Zdroj: vlastní

Nejzastoupenější věková kategorie dotazovaných byla mezi 20 – 30 roky, do kategorie mladší dvacet let, patřili dva muži, do věkové skupiny od 31 – 40 let se zařadilo šest dotazovaných, další věkové skupiny byly zastoupeny po čtyřech respondentech.

7. 3. 3 Příčina užívání invalidního vozíku u respondentů

Tabulka 3 Jak jste se ocitl/a na vozíku?

Důvod	Počet	Počet v %
Onemocnění	6	24 %
Úraz	19	76 %

Zdroj: vlastní

Příčina, kvůli které museli dotazovaní usednout na invalidní vozík, byla ze 76 % procent způsobena následky úrazu. Převážně se jednalo o dopravní nehody, polytraumata s částečným nebo úplným poškozením míchy. Zbýlých 24 % procent bylo způsobeno onemocněním například záněty či nádory nervové soustavy.

7. 3. 4 Zařízení, kde byla podstoupena rehabilitace

Tabulka 4 Kde jste podstoupil/a nebo podstupujete, v souvislosti s Vaším stávajícím zdravotním stavem, rehabilitaci?

Zařízení	Počet	Počet v %
RÚ Kladruby	11	44%
RÚ Hrabyně	13	52%
Centrum Paraple	3	12%
Jiné	1	4%

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů podstupovalo svoji rehabilitaci v RÚ Hrabyně a to 13 dotazovaných. V Kladrubech podstoupilo rehabilitaci 10 klientů. Jeden dotazovaný navštěvoval jinou možnost než, která byla nabídnuta v dotazníku, a to Jedličkův ústav. U této otázky bylo možno uvést více možností, což využili tři klienti, kteří po rehabilitaci v Kladrubech podstoupili, dále následnou péči v centru Paraple.

7. 3. 5 Délka rehabilitačního pobytu

Tabulka 5 Jak dlouho trval/a Váš rehabilitační pobyt?

Délka pobytu	Počet	Počet v %
Méně než 2 měsíce	5	20 %
2 – 5 měsíců	12	48%
Více než 5 měsíců	6	24%

Zdroj: vlastní

Délka pobytu v rehabilitačních zařízeních je samozřejmě individuální vzhledem k mnoha faktorům. Průměrná délka pobytu dotazovaných v rehabilitačním zařízení trvala od dvou do pěti měsíců. Šest dotazovaných bylo rehabilitováno déle než 5 měsíců a pět méně než dva měsíce.

7. 3. 6 Setkání s ergoterapií

Tabulka 6 Podstoupil jste v rámci své rehabilitace ergoterapeutický výcvik?

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	24	96%
Ne	1	4%

Zdroj: vlastní

Všichni dotazovaní se ve svém životě setkali s ergoterapií. Pouze jeden respondent se s ní nesešel v rámci svojí rehabilitace a nenavštěvoval ji jako klient.

7. 3. 7 Co se klienti naučili při ergoterapii

Tabulka 7 Co jste se v rámci ergoterapeutického výcviku naučil/a?

Možnosti	Počet	Počet v %
Přesuny	23	92%
Oblékání	21	84%
Zdokonalení jemné motoriky	6	24%
Zvětšení svalové síly	16	64%
Ovládání stolice a vyprazdňování močového měchýře	4	16%
Pomohl/a mi s výběrem vhodných pomůcek a vozíku	16	64%
Naučil/a mě terapeutické techniky	5	20%
Jiné	0	0%

Zdroj: vlastní

Respondenti měli, zde uvést co se během ergoterapie podle jejich uvážení naučili. U této otázky bylo možno zaškrtnout více možností. Nejvíce byla uvedena možnost a) přesuny (na zem, do/z vany, na WC, na postel) 23 dotazovaných, dále nácvik oblékání 21 dotazovaných. Posílení svalové síly a pomoc s výběrem vhodných pomůcek či vozíku uvedlo 16 dotazovaných. Zdokonalení jemné motoriky uvedlo 6 klientů a 5 nácvik terapeutické techniky (výroba keramiky, pletení košíku, ...). Na posledním místě se čtyřmi odpověďmi skončil nácvik ovládání stolice a vyprazdňování močového měchýře. Klienti zde mohli uvést více možností, co se během nácviku naučili.

7. 3. 8 Spokojenost s ergoterapií

Tabulka 8 Byl jste s ergoterapií spokojen?

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	25	100 %
Ne	0	0%

Zdroj: vlastní

Nikdo z respondentů, neměl výhrady proti ergoterapii a byl s ní spokojen, což lze považovat za velký úspěch.

7. 3. 9 Výskyt proleženin

Tabulka 9 Měl jste někdy problém s proleženinami?

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	10	40
Ne	15	60%

Zdroj: vlastní

Problémy s proleženinami, jsou závažná onemocnění často se vyskytující u klientů na vozíku. Jejich vznik se dá ovlivnit polohováním a včasnou kontrolou predispozičních míst, která se převážně v nemocnicích i rehabilitačních zařízeních uskutečňuje při osobní hygieně. Z celkového počtu dotazovaných mělo patnáct problém s proleženinami.

7. 3. 10 Výskyt problémů s únikem moči

Tabulka 10 Máte problém s únikem moči?

Odpověď	Počet	Počet v %
Jsem plně kontinentní	14	56%
Částečně inkontinentní	9	36%
Inkontinentní	2	4%

Zdroj: vlastní

Únik moči je příčinou nepříjemného zápachu a bývá spojován s řadou onemocnění vylučovacího systému. Kontrola nad udržení moči se často připisuje, jako dílčí prvek soběstačnosti. Problém s únikem moči uvedlo jedenáct dotazovaných.

7. 3. 11 Výskyt uroinfekcí

Tabulka 11 Prodělal/a jste uroinfekci?

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	14	56%
Ne	11	44%

Zdroj: vlastní

Uroinfekce se bohužel často vyskytují u klientů na vozíku zvláště v případě míšních lézí. I podle mého dotazníku se ukázalo, že více než polovina dotazovaných prodělala jednou nebo opakovaně uroinfekci

7. 3. 12 Soběstačnost v konzumaci stravy

Tabulka 12 Jak zvládáte obecnou konzumaci stravy?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	25	100%
S malou pomocí	0	0%
Nezvládám	0	0%

Zdroj: vlastní

Konzumace stravy neboli sebesycení je jeden z prvků určující klientovu soběstačnost. Všichni dotazovaní jsou soběstační v konzumaci stravy.

7. 3. 13 Soběstačnost v oblékání

Tabulka 13 Jak zvládáte oblékání?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	23	92%
S malou pomocí	2	8%
Nezvládám	0	0%

Zdroj: vlastní

Oblékání horní i dolní poloviny těla je součástí, personálních všedních denních aktivit. Předpokládá se, že klient samostatný či částečně soběstačný zvládne tuto aktivitu sám či s malou pomocí. 92% dotazovaných je soběstačných v oblékání celého těla.

7. 3. 14 Soběstačnost v ranní a večerní tzv. malé hygieně

Tabulka 14 Jak provádíte osobní hygienu (čištění zubů, omývání obličeje, mytí rukou)?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	23	92%
S malou pomocí	2	8%
S velkou pomocí	0	0%

Zdroj: vlastní

Čistě osobní hygienu, při které se jedná o samotné čištění zubů, omývání obličeje, mytí rukou zvládá bez pomoci 92 % respondentů

7. 3. 15 Soběstačnost v celkové hygieně

Tabulka 15 Jak probíhá Vaše celková hygiena (sprchování, koupání)?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	11	44 %
S malou pomocí	10	40 %
S velkou pomocí	4	16 %

Zdroj: vlastní.

7. 3. 16 Transfer na sprchovou sedačku

Tabulka 16: Jak zvládáte přesun na sprchovou sedačku?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	13	52%
S malou pomocí	8	32%
Nepřesouvám se	4	16%

Zdroj: vlastní

Pro uskutečnění osobní hygieny, by měl soběstačný či částečně soběstačný klient zvládnout přesun na sprchovou sedačku nebo do vany. Ve výsledcích dotazníkové šetření byl přesun na sprchovou sedačku uveden, jako zvládnutelnější než na sedačku do vany. Celých třináct dotazovaných uvedlo, že zvládá přesun na sprchovou sedačku samo bez pomoci.

7. 3. 17 Transfer na vanovou sedačku

Tabulka 17: Jak zvládáte přesun na vanovou sedačku?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	9	36%
S malou pomocí	6	24%
Nepřesouvám se	10	40%

Zdroj: vlastní

Přesun do vany je náročnější než na sprchovou sedačku, zde se ukázalo, že se přesouvá pouze devět respondentů a největší počet uvedl, že se nepřesouvá vůbec.

7. 3. 18 Transfer lůžko – židle/vozik

Tabulka 18: Jak zvládáte přesun lůžko-vozik?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	23	92%
S malou pomoci	2	8%
Nepřesouvám se	0	0%

Zdroj: vlastní

Mobilita klienta je součástí klientovi soběstačnosti. Na schopnosti klienta samostatně se pohybovat a přesouvat závisí celý jeho den a vykonávání činností. Všichni respondenti jsou schopni přesunu, pouze dva k přesunu potřebují pomoc.

7. 3. 19 Transfer vozík – WC

Tabulka 19: Jak se přesouváte na WC?

Odpověď	Počet	Počet v %
Samostatně bez pomoci	23	92%
S malou pomoci	1	4%
Nepřesouvám se	1	4%

Zdroj: vlastní

I klient na vozíku má právo navštěvovat toaletu. Transfer na toaletu patří k jedněm z nejnáročnějších. Pro jeho uskutečnění je zapotřebí dostatek svalové síly, stability trupu a upravení prostředí. Zvládnutí samostatného transferu na toaletu činí vozíčkáře nezávislým a zvyšuje to úroveň jeho sebevědomí.

7. 3. 20 Přístup k transferu vozík-WC

Tabulka 20: Jaký přístup k WC při možnosti výběru využíváte nejčastěji?

Možnosti	Počet	Počet v %
Paralelní	14	56%
Úhlopříčný	13	52%
Kolmý	1	4%
Čelní	0	0%

Zdroj: vlastní

Přesun na WC řeší každá osoba na invalidním vozíku individuálně. Jistě to ovlivňují faktory prostředí, kde se chystá přesun uskutečnit a úroveň schopností klienta. V otázce jsem se chtěla informovat, jaký přístup, by klient zvolil bez ohledu na bariéry v prostředí. Jako nejpreferovanější přístup se ukázal přístup paralelní. Zde byla možnost uvést i více než jednu odpověď.

7. 3. 21 Využití madel při transferu vozík-WC

Tabulka 21: Používáte při přesunu madla?

Odpověď	Počet	Počet v %
Ano	14	56%
Ne	9	36%

Zdroj: vlastní

Madla kolem toalety mají při přesunu tvořit pomůcku pro přesun a následnou oporu pro lepší stabilitu sedu. Z výzkumu se ukázalo, že devět dotazovaných madla pro přesun ani nevyužívá.

7. 4 Rozbor klinických případů

7. 4. 1 Kazuistika 1

7. 4. 1. 1 Úvod základní informace

Klient: muž 70 let

Hospitalizován v RÚ Hrabyně od 21. 11. 2013

Lékařská dg. hlavní: spastická kvadruparéza způsobená distorzí krční páteře, od úrazu dne 3. 10. 2013

7. 4. 1. 2 Souhrn anamnézy

Čerpána z dokumentace a rozhovoru s klientem.

Osobní anamnéza: hypertenze, běžná dětská onemocnění, cholecystektomie.

Rodinná anamnéza: rodiče neví, matka snad měla cukrovku, manželka žije ve společné domácnosti, dvě děti, čtyři vnoučata a tři pravnoučata. Celá rodina je v kontaktu, navštěvují se.

Sociální anamnéza: bydlí v cihlovém domě, byt 2+1, v 1 patře, bez výtahu, před domem tři schody, pak schody do patra (cca 20), koupelna (sprchový kout s vyšší vaničkou) a WC zvlášť, 60 cm dveře, byt je bez prahů, žije s manželkou.

Pracovní anamnéza: SD, vyučený truhlář

Nynější onemocnění: 3. 10. 2013 zakopl na zahradě o dlaždičku a upadl na nádrž s vodou. Spastická kvadruparéza na podkladě netransverzální míšní léze od segmentu C4 v důsledku kontuze míšní při distorzi páteře v terénu, fraktura collum chirurgicum humeri sin.

Zájmy, koníčky: zahrádkaření, četba.

7. 4. 1. 3 Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Hodnocení soběstačnosti: pacient potřebuje výraznou pomoc

Dne: 10. 12. 2013

Použity byly standardizované testy RÚ Hrabyně:

FIM: 53 bodů, SCIM: 4 body (bez lékařského hodnocení).

Vyšetření PADL a IADL rozhovorem a modelovou činností, vyšetření rozsahů kloubů a svalové síly, úchopy.

PADL

Oblékání/svlékání: oblékání je pro klienta velmi náročné, při oblékání horní poloviny těla se zapojením svých schopností potřebuje, částečnou asistenci. Při oblékání dolní poloviny těla potřebuje úplnou asistenci.

Sebesycení: lžící s hrubší násadou, kterou drží v dominantní PHK klíčovým úchopem, při podání sousta do úst PHK si dopomáhá LHK, napije se z keramického hrníčku.

Osobní hygiena: provádí s lavorem na lůžku vpolosedě, zvládne i u umyvadla. Kartáček lépe s hrubší rukojetí. Omývá si obličej pomocí žínky pravou horní končetinou. Při použití kartáčku se silnější násadou ovládá i vyčištění zubů. Holení zatím provádí personál.

Koupání: v rehabilitačním ústavu je klient dopraven do koupelny pomocí toaletního vozíku a zde je omyt personálem, zvládá si sám omýt část horní poloviny těla a obličej, ovšem potřebuje na to delší časový interval.

Přesuny: Přesun zvládá i mimo rovinu přes stoj s dopomocí nebo sunutím po prkně (v rovině sám mimo rovinu s mírnou dopomocí zezadu za pás kalhot).

Mobilita: pacient je převážen na mechanickém vozíku. Sám je jízdy schopen pouze na vzdálenost v interiéru přibližně 10 metrů. Vozík je vybaven pogumovanými obručemi.

Sed: je nestabilní

Stoj: nestabilní s flektovanými kol. kl. U pevné opory zvládne do stoje aktivně s obtížemi a někdy s mírnou dopomocí.

Chůze: v nemocnici dle pacienta zkoušel ve vysokém chodítku, asi 2 x 40 m s odpočinkem.

Vyměšování: Močení spontánní, defekace bez potíží.

Funkční hodnocení

1. Pohyblivost: vyšetřena goniometrie v jednotlivých kloubech pomocí goniometru a zapsána metodou SFTR, svalová síla orientačně vyšetřena ergoterapeutkou.

PHK:

Dominantní končetina, volně visící podél těla. Semiflekční postavení v loketním kloubu a prstech, hypotrofie, bez otoku, tmavé pigmentové skvrny na všech prstech na prvních člancích z dorsální strany.

Tabulka 22: Kloubní rozsahy v ramenním kloubu

Pohyb v rovině	Pohyb od těla	Výchozí postavení	Pohyb k tělu
Sagitální, aktiv.	40°	0°	70°
Sagitální, pasiv.	50°	0°	120°
Frontální, aktiv.	70°	0°	0°
Frontální, pasiv.	90°	0°	0°

Zdroj: vlastní

Vnitřní rotace aktivně norma. Zevní rotace aktivně omezený pohyb o ½, pasivně zevní rotaci norma.

Tabulka 23: Kloubní rozsahy v loketním kloubu

Pohyb v rovině	Pohyb od těla	Výchozí poloha	Pohyb k tělu
Sagitální, aktivní	30°	30°	0°
Sagitální, pasivní	10°	30°	130°

Zdroj: vlastní

Supinace, pronace aktivní norma.

Tabulka 24: Kloubní rozsahy v zápěstním kloubu

Pohyb v rovině	Pohyb od těla	Výchozí poloha	Pohyb k tělu
Sagitální, aktivní	40°	0°	20°
Sagitální pasivní	50°	0°	60°

Zdroj: vlastní

Svalová síla v ramenním kloubu: FL a EX 4/4, ABD 3-4, ZR 3, VR 4

Svalová síla v loketním kloubu: globálně 4–5 stupeň.

Svalová síla v zápěstním kloubu: globálně 4 stupeň.

Svalová síla stisku je snížena 15 kP.

Parestézie I a II prstu od IPI distálně,

Hluboká citlivost narušena. Porucha jemné motoriky.

LHK:

Volně visící podél těla. V semiflekčním postavení v loketním kloubu a prstů, subluxace v ramenním kloubu, hypotrofické, bez otoku, amputace článku III prstu v IPII, tmavé pigmentové skvrny na všech prstech na prvních článcích z dorsální strany.

Tabulka 25: Kloubní rozsahy v ramenním kloubu

Pohyby v rovině	Pohyby od těla	Výchozí postavení	Pohyby k tělu
Sagitální, aktivní	0°	0°	0°
Sagitální, pasivní	0°	0°	40°
Frontální, aktivní	0°	0°	0°
Frontální, pasivní	50°	0°	0°

Zdroj: vlastní

Vnitřní rotace norma. Zevní rotace zvládá pouze do středního postavení, pasivně omezení pohyb o ½.

Tabulka 26: Kloubní rozsahy v loketním kloubu

Pohyby v rovině	Pohyby od těla	Výchozí postavení	Pohyby k tělu
Sagitální, aktivní	40°	40°	130°
Sagitální, pasivní	10°	40°	150°

Zdroj: vlastní

Supinace aktivně omezen pohyb o ½. Supinace pasivně norma. Pronace norma.

Tabulka 27: Kloubní rozsahy v zápěstním kloubu

Pohyby v rovině	Pohyby od těla	Výchozí postavení	Pohyby k tělu
Sagitální, aktivní	40°	0°	10°
Sagitální, pasivní	50°	0°	20°

Zdroj: vlastní

Svalová síla v ramenním kloubu celkově 2 stupeň.

Svalová síla distálně 4 stupeň.

Svalová síla stisku snížena 6kP.

Parestézie II až III prstu od IPII distálně.

Hlubší citlivost neporušena.

Porucha jemné motoriky.

Subjektivní bolest ve všech kloubech v krajních polohách při pasivním protažení (nejvíce LHK v ramenním kloubu, lokti a zápěstí.)

Tabulka 28: Úchopy

Úchop	PHK	LHK
Špetka	N	N
Háček	N	MOP
Stříška	MOP	MOP
Pěst	N	MOP
Opozice	MOP (chybí 1 cm)	MOP (chybí 2 cm)
Pinzeta	MOP	MOP
Úchop klíče	N	N
Úchop koule	MOP	MOP
Úchop válce	N	N

Zdroj: vlastní

N – norma

MOP – Mírně omezený pohyb

Taxe neporušená.

Vytrvalost snižená.

Rychlost snižená.

Plynulá koordinace neporušená.

Diadochokinéza neporušená

Kognitivní funkce: kognitivní funkce nejsou narušeny

Psaní: s obtížemi dominantní PHK hrubší psací potřebu

7. 4. 1. 4 Závěr vstupního vyšetření:

Klientka: muž 70 let

Dg.: spastická kvadruparéza C4

Zjištěno: Pacient je orientovaný, spolupracující a převážně nesoběstačný v ADL. Malá svalová síla na PHK, LHK horší, kvůli zlomenině krčku kosti pažní, lžící s hrubší násadou, kterou drží v dominantní PHK klíčovým úchopem, při podání sousta do úst PHK si dopomáhá LHK, napije se z keramického hrníčku. Jízdy sám schopen na vzdálenost cca 15 metrů. Přesuny zvládá s pomocí přes stoj.

7. 4. 1. 5 Ergoterapeutický plán

Problémové oblasti: grafomotorika, mobilita, lokomoce na vozíku, úchopy, svalová síla, ADL

Cíle: zlepšení grafomotoriky, jemné motoriky, úchopu a PADL činností.

Krátkodobý ergoterapeutický plán po dobu 2 týdnů:

Edukace využití kompenzačních pohybů.

PADL – udržet a obnovit soběstačnost v souladu se s měnícím zdravotním stavem

Zvýšení rozsahu pohybu horních končetin,

Nácvik jemné motoriky a úchopu a grafomotoriky.

Stabilita trupu a nácvik transferů

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

Vyřešit bezbariérovost bytu,

Edukace a režimová opatření,

Pracovní začlenění,

Možnosti návratu k zájmům a využití volného času

7. 4. 1. 6 Typ terapie, frekvence a délka terapie

Individuální

Frekvence terapie: každý den (od 9. 12. 2013 do 20. 9. 2013)

Délka terapie: 30 – 60 minut

Příklad terapeutické jednotky

Datum: 13. 12. 2013

Typ terapie: individuální

Cíl: zdokonalení grafomotoriky, zdokonalení funkce úchopu, zvýšení rozsahu horních končetin.

Náplň: Facilitace pomocí měkkého míčku a ježka, použití Kabatovi techniky. Návčik psaní pomocí fixy s přizpůsobenou násadou. Návčik úchopů zprvu uchopování měkkého míčku, následně skládání pěnových a dřevěných skládaček. Na závěr terapeutické jednotky protažení v závěsných dlahách.

Délka terapie: 60 minut

Předměty, které byly využity při terapii: míček, ježek, pěnové a dřevěné skládačky, dlaňová páska, fixa, závěs

Referenční rámec: biomechanický, neurovývojový

Přístup: stupňovaných aktivit, senzomotorický

Reakce klienta: klient se při terapii snažil, byl optimisticky motivovaný a odhodlaný pracovat, postupem terapie se objevila bolest v jednotlivých kloubech převážně na levé horní končetině. Klient na ní upozornil, ale chtěl dále pokračovat v terapii a snažil se bolest překonat.

Silné stránky klienta: klient je motivován do terapie, má velkou podporu v rodině a chce zlepšit svůj stávající stav. Dobře spolupracuje, nemá kognitivní deficit,

Slabé stránky klienta: při protahování trpí klient bolestí v kloubech, snaží se bolest vydržet, ale je velmi omezující v terapii.

Doporučení/instruktaž: odpočinek trapézovým svalům, klient si stěžoval na bolest za krkem. Případně využít v době volna tejpovací techniku. Dále přizpůsobit jednotku klientovo aktuálnímu stavu a pokračovat v návčiku.

Průběžná dokumentace

9. 12. 2013 seznámení s klientem, testování.

10. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik grafomotoriky, nácvik úchopu, zvýšení svalové síly v oblasti ruky – terapeutickou hmotou.

11. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik stability trupu, transfery vozík-WC, vozík-sprchová sedačka, PADL – nácvik celkové hygieny.

12. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik úchopu – kulový a pinzetový, zvýšení kloubního rozsahu pomocí závěsných dlah.

13. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik grafomotoriky, trénink úchopu – kulový, pinzetový, zvýšení kloubního rozsahu.

16. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik grafomotoriky, nácvik PADL – pití z hrnečku, sebesycení (lžice).

17. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, PADL – nácvik oblékání (horní poloviny těla, s pomocí), lokomoce na elektrickém vozíku.

18. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, PADL – nácvik osobní hygieny (čištění zubů, omývání obličeje), nácvik sebesycení, nácvik grafomotoriky

19. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, zvýšení svalové síly a nácvik úchopů pomocí válců, nácvik transferu v rovině (po prkně i přes stoj),

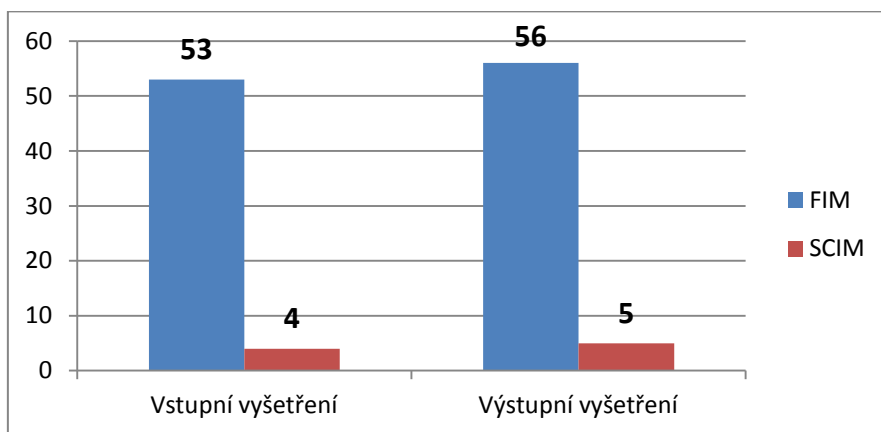
20. 12. 2013 facilitace, Kabatova technika, nácvik stability trupu, testování.

7. 4. 1. 7 Závěrečné vyšetření 20. 12. 2013

FIM: 56 bodů

SCIM: sebeobsluha 5bodů

Graf 1 Porovnání výsledků testů



Zdroj: vlastní

Testy:

Test FIM nastalo zlepšení o tři body a to v oblasti sebesycení z úrovně čtyři minimální pomoc na stupeň 6 částečná soběstačnost. Konzumaci stravy zvládá klient daleko lépe, než před začátkem terapií. Další změna o jeden bod je v oblasti péče o zevnějšek, kde se stal klient také více soběstačným, ostatní body soběstačnosti zůstaly bez změny. U testu SCIM nastalo zlepšení v oblasti sebeobsluha (stravování) o jeden bod. Ostatní personální činnosti zůstali bez testového posunu.

PADL:

V bodech **oblékání** se v testu ohodnocení nezměnilo. V samotné terapii je ovšem klient jistější při pomáhání s oblékáním horní poloviny, a pokud má dostatek času, dokáže si i sám zapnout několik knoflíků. S klientem byla vytvořena modelová činnost při, které byl prováděn nácvik **ranní osobní hygieny**, klient si dokáže omýt obličej žínkou, vyčistit zuby s přizpůsobeným kartáčkem i umýt ruce. Tuto hygienu vykonává u latoru i umyvadla. Holení jsme nezkoušeli. Problém nastává s česáním, to dělá klientovi problém, kvůli omezeným kloubním rozsahům.

Nácvik **celkové osobní hygieny**, klient má strach z přesunu na sprchovou stoličku. V ústavu je myt na toaletním vozíku. Po překonání strachu klient přesun zvládá pomocí opory o dolní končetiny a madla ve sprchovém koutu. Ve sprchovém koutu si dokáže omýt

část těla, jak dovolují kloubní rozsahy, převážně se jedná a horní polovinu těla, horní končetiny a horní část stehen. V ústavu celou očistu z časových důvodů provádí personál.

Přesun na toaletu zvládá klient samostatně. Využívá přesun přes stoj díky zachované hybnosti dolních končetin. Přístup při možnosti výběru používá nejčastěji kolmý.

Kloubní rozsahy z časových důvodů nebyly přeměřeny. Troufám si ovšem říci, že velké zlepšení zde, nenastalo. Kloubní rozsah byl většinou ovlivněn variabilní bolestí, která pohyby doprovází a každý den se projevovala v různé intenzitě.

Posun nastal v **grafomotorice**. Písmo klienta, není již tak roztřesené, jako bylo na začátku, zmenšila se i jeho velikost a přesnost psaní.

V oblasti **úchopů**, měl klient problém s opozicí, stříškou, pinzetovým úchopem koule. Byl prováděn nácvik úchopu koule a pinzetový. Nácvik koule byl zkoušen na různé velikosti a tvrdosti míčků. Klientovi na začátku terapie dělalo problém dovést prsty do dlaně, zde můžeme zaznamenat posun. Klient nyní míček udrží a dokáže ho i opakovaně uchopovat a pouštět. Pinzetový úchop ještě nadále nacvičovat, zde nastalo minimální zlepšení. Ostatní úchopy bez změny.

7. 4. 1. 8 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

Zhodnocení průběhu terapie

Terapie s klientem, byla vždy příjemná. Klient je odhodlaný a chce se zlepšovat. Snaží se překonávat bolest a informuje o ní jen v krajním případě. Je velmi motivovaný svojí rodinou, která za ním dojíždí několikrát týdně.

Klient se mírně zlepšil v nácviku personálních činností sebesycení, oblékání a vyzkoušel si přesun na sprchovou sedačku. Jemná motorika se klientovi také pomalu zlepšuje, pohyby jsou přesnější a svalová síla v rukou se zvyšuje. Výrazný posun za čtrnáctidenní terapii nenastal. Schopnosti klienta se obnovují pomalu, nepovažují to tedy za neúspěch, ale za splnění části dlouhé cesty, kterou klient musí ještě podstoupit.

Návrhy a doporučení

Pokračovat v krátkodobém plánu. Stále nacvičovat personální denní činnosti, funkci horních končetin a stabilitu trupu. Informovat klienta o možnostech rekonstrukce svého bytu a vybavit klienta vhodnými pomůckami do domácnosti.

7. 4. 2 Kazuistika 2

7. 4. 2. 1 Úvod základní informace

Klient: muž, 66 let.

Lékařská diagnóza: tetraparéza na podkladě kontuze míchy C3 – C4, st. po pádu ze schodů (12/2012)

7. 4. 2. 2 Souhrn anamnézy:

Zjištěno z dokumentace a rozhovorem

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, hypertenze na medikaci, neurogenní dysfunkce dolních močových cest a střeva

Rodinná anamnéza: nevýznamná, 2 děti zdraví, manželka žije ve společné domácnosti, celá rodina je v kontaktu.

Sociální anamnéza: žije s manželkou v RD, interiér bezbariérový, ale do domu 7 schodů

Pracovní anamnéza: dříve revizní technik v Plzni ve Škodovce, nyní starobní důchod

7. 4. 2. 3 Vstupní ergoterapeutické vyšetření

Dne: 30. 4. 2013

Vyšetřovala jsem pomocí rozhovoru s pacientem (i s ergoterapeutkou, která s pacientem pracuje) a pozorováním.

Testové ohodnocení:

FIM - 76 bodů z možných 126 bodů.

SCIM – 26 bodů z možných 100 bodů (i s lékařským hodnocením dýchání a ovládání svěračů)

PADL

Oblékání/svlékání: Horní ½ těla: Klient zvládá oblékání i svlékání s částečnou pomocí. Nosí volnější oblečení, bez knoflíků a zipů (sám by nezapnul ani s pomocí KP).
Dolní ½ těla: Klient nezvládá vůbec (oblékání ani svlékání).

Sebesycení: Lžící samostatně LHK, s příborem nezvládá. V přípravě jídla je klient nesoběstačný. Úchop lahve – bilaterální úchop.

Osobní hygiena: Umytí rukou a obličeje zvládá klient bez pomoci. Čištění zubů klient zvládá sám. Holení nezvládá.

Koupání: V ústavu je dopraven do koupelny na toaletním vozíku a omyt personálem. Při dostatečném časovém intervalu ovládá omytí hrudníku, břicha, rukou a horní části stehen.

Přesuny: Přesuny z vozíku na lůžko zvládá s částečnou pomocí (dohled). S pomocí se přesune na sprchovou i vanovou sedačku. Přesun na toaletu nezjištěn.

Mobilita: Mobilita na lůžku otočení na bok, na břicho přesun k okraji lůžka s částečnou pomocí.

Sed: nestabilní

Vyměšování: EPI – moč, stolice – čípky

Funkční hodnocení

Orientační vyšetření motoriky:

Hrubá motorika: Klient se pohybuje pomocí mechanického vozíku (servomatic). Je schopen pomocí zevní opory (madla, bradla) se sám postavit (nutný dohled) a nacvičovat stabilitu stoje.

Jemná motorika: Pravá horní končetina je dominantní a méně pohyblivá než levá. Pasivní rozsahy na obou HK jsou omezeny mírně. Na levé horní končetině je celková svalová síla ohodnocena stupněm tři až čtyři na pravé dva až tři. Končetiny jsou v semiflečním postavení v loketním kloubu. Pohyb je omezen distálně. Úchopy zcela neprovede.

Úchopový test (29. 4. 2013):

Uvedeny pouze problémové oblasti.

LHK vážne úchop mincoví o 1/2. Dorzální flexe – ½. PHK mincový úchop nezvládne vůbec, addukce prstů (háčkem), pěst ¾, extenze prstů – semiflexi MP i IP kloubů, abdukce prstů a palce (1/2). Háček a stříšku PHK vůbec nesvede a LHK jen slabě. PHK nesvede dorzální flexi, provádí z plantární flexe do 0 postavení. Supinace – LHK (1/2), PHK zvládne pouze pohyb z pronace do středního postavení.

Citlivost: na LHK normální, PHK – snížená

Kompenzační pomůcky: klient používá pro svoji mobilitu mechanický vozík, antidekubitní sedák, sprchovací vozík v ústavu pro transport do koupelny, sedačku do vany, skluznou desku pro přesun z vozíku na lůžko a naopak.

Grafomotorika: klient zvládá velmi špatně i s upravenou násadou.

Záliby: mezi klientovy zájmy patří, poslech hudby, sám před úrazem hrával na kytaru. Dále se rád věnuje zahradě a své rodině.

7. 4. 2. 4 Závěr vstupního vyšetření:

V rehabilitačním ústavu Kladruby je prozatím klient rehabilitován po dobu čtyř týdnů. Celková doba pobytu zatím není známa (maximálně 5 měsíců – proplácí jednou za 2 dva roky pojišťovna). Klientovi byla předepsána fyzioterapie i ergoterapie – nácvik všedních denních činností i nácvik úchopů a jemné motoriky. Klient podstupuje ergoterapii každý den v určitou hodinu na 30 minut nácvik všedních denních činností a na 30 minut nácvik úchopů.

Klient je nesoběstačný ve všedních denních činnostech, největší problém nastává při oblékání a svlékání celého těla. Další problémovou oblastí je omývání těla. Hybnost horních končetin omezena více distálním směrem, velkým problémem má klient s funkční hybností pravé ruky. Citlivost je v normě. Přesunu zvládá díky částečně zachované funkci dolních končetin. V kognitivní oblasti pacient nemá žádné problémy. Komunikace funguje s celou klientovo rodinou.

Klient se s ergoterapií v RÚ Kladruby nesetkal poprvé, byla mu poskytována ve FN Motol v Praze, kam byl přeložen z FN Lochotín Plzeň.

7. 4. 2. 5 Ergoterapeutický plán

Silné stránky klienta:

Psychická stránka: Klient dobře spolupracuje, je motivován a vyrovnán se svým zdravotním stavem.

Sociální stránka: Velká podpora ze strany své manželky, dětí a vnoučat.

Slabé stránky klienta: klient se často při práci unavil – přestávky

Krátkodobý ergoterapeutický plán (od 29. 4. 2013 do 10. 5. 2014)

PADL – nácvik oblékání a osobní hygieny,
mobilita na lůžku a na vozíku,
transfery lůžko-vozík, vozík-toaleta/sprchová sedačka,
stabilita sedu,
nácvik jemné motoriky, úchopů a grafomotoriky.

Dlouhodobý ergoterapeutický plán:

vyřešit bezbariérovost bytu,
edukace a režimová opatření,
pracovní začlenění,
možnosti návratu k zájmům a využití volného času.

7. 4. 2. 6 Typ terapie, frekvence a délka terapie, terapeutická jednotka:

Individuální terapie

Frekvence terapie: 5krát týdně

Délka terapie: 2 x 30 minut (30 minut – nácvik nezávislosti, 30 minut – úchopy)

Terapeutická jednotka

Datum: 6. 5. 2013

Typ terapie: Individuální

Cíl: zvýšit samostatnost klienta při vykonávání osobní hygieny.

Náplň: facilitace horních končetin, pomocí míčkování a ježkování. Nácvik a edukace osobní hygieny. S klientem byl veden rozhovor o ranní osobní hygieně, jak hygienu vykonává a zjištění problémových oblastí. S klientem, byl rozebrán úchop zubního kartáčku. Následoval nácvik celkové osobní hygieny. Nácvik transferu vozík – toaleta, vozík – sprchová a vanová sedačka. Klient si vyzkoušel přesun do vany i sprchového koutu. Byl seznámen s umístěním a využitím madel kolem toalety, vany a ve sprchovém a možnostmi nájezdu pro snadnější uskutečnění přesunu. Dále byly klientovi představeny kompenzační pomůcky pro vykonávání osobní hygieny.

Délka: 30 minut

Předměty, které byly využity při terapii: měkký míček, ježek, zubní kartáček, elektrický zubní kartáček, madla, nástavec na WC, vanová sedačka, sprchová sedačka, předměty osobní hygieny s prodlouženou rukojetí.

Referenční rámec: biomechanický,

Přístup: ADL, kompenzační, biomechanický, rehabilitační.

Reakce klienta: Klient ochotně a soustředěně spolupracoval.

Silné stránky klienta: Trpělivost klienta, snažil se co nejvíce i při neúspěchu.

Slabé stránky klienta: Tato terapie, byla jedna z náročnějších, klient byl unaven.

Doporučení/instruktáž: nadále zvyšovat jistotu v transporthách a nacvičovat osobní hygienu s pomůckami.

Průběžná dokumentace:

29. 4. 2013: seznámení s klientem, odběr anamnézy, testování

30. 4. 2013: facilitace, nácvik stravování pomocí kompenzačních pomůcek, nácvik pití z umělého hrnku s násoskou.

2. 5. 2013: facilitace, nácvik oblékání horní poloviny těla – pomocí kompenzačních pomůcek (zapínač knoflíků a zipů). Nácvik grafomotoriky přizpůsobenou psací potřebou.

3. 5. 2013: facilitace, transfer vozík – lůžko pomocí skluzné desky, mobilita na lůžku.

6. 5. 2013: facilitace, nácvik a edukace osobní hygieny, transfer vozík – toaleta, vozík – sprchová a vanová sedačka. Mobilita na vozíku.

7. 5. 2013: facilitace, zvyšování stability trupu, trénink úchopu mincového, dorzální flexe a grafomotoriky.

9. 5. 2013: facilitace, transfer vozík – lůžko pomocí skluzné desky, mobilita na lůžku (přetočení na břicho, přísun k okraji lůžka), mobilita na vozíku.

10. 5. 2013 facilitace, grafomotorika, testování.

7. 4. 2. 7 Závěrečné vyšetření 10. 5. 2013:

FIM test 78 bodů (vstupní 76, maximum 126)

V hodnocení funkčního indexu soběstačnosti nastalo zlepšení za čtrnácti denní terapii v prvním bodě, jídlo z úrovně 5 se klient posunul na úroveň 6 částečná soběstačnost (pomůcka) a v bodě přesuny lůžko, židle, vozík z úrovně 3 na úroveň 4 minimální pomoc. Celkově nastalo zlepšení o dva body. Ostatní položky zůstaly nezměněny.

SCIM test 27 bodů (vstupní 26, maximum 100)

Výsledek testu vyšel na hodnotu 27. Zlepšení nastalo v oblasti stravování na úroveň dva (Jí samostatně: potřebuje kompenzační pomůcky nebo asistenci pouze na krájení potravy nebo nalévání a otvírání nádob). V případě přesunu vozík-lůžko, židle zůstává úroveň nezměněna (Potřebuje částečnou asistenci, dohled nebo kompenzační pomůcky.)

PADL

Stravování: klient používá k pití bilaterální úchop. Proběhl nácvik pití z umělého hrnku s násoskou, klient zvládá přiměřeně svým schopnostem. S klientem byla uskutečněna modelová činnost stravování. Dokáže se sám najíst přizpůsobenou lžící. Klient získal větší jistotu a zlepšilo se jeho stravování.

Oblékání/svlékání: klient potřebuje stále výraznou pomoc při oblékání horní i dolní části těla. Proběhl nácvik zapínání knoflíku a zipů pomůckou, ale pro zvládnutí této techniky je třeba nácvik ještě opakovat.

Osobní hygiena: s klientem proběhl rozhovor na téma osobní hygieny. Ranní hygiena je uskutečněna na lůžku u latoru. Zvládá omytí obličeje žínkou a čištění zubů. Holení provádí personál, klient ho nezkoušel. Zde změna za průběh terapie nenastala.

Koupání: Klient byl edukován o možnosti kompenzačních pomůcek pro uskutečnění celkové hygieny. Samostatně zvládne omytí jen určité části těla při dostatečném časovém intervalu, kterého je bohužel při samotném mytí málo, a tak celkovou očistu provádí pouze personál.

Přesuny: Klient zvládá přesun na toaletu pomocí funkce dolních končetin a opěry o horní končetiny o madla. Celý přesun potřebuje dohled a jištění, klient si jím není plně jist. Nejvíce využívá k toaletě kolmý či úhlopříčný nájezd. Přesun vozík – lůžko. Zde se klient zlepšil. Úplně sám se zatím nepřesouvá. S asistencí se přesouvá buď přes stoj, kde vyžaduje hlavně jištění. Další variantu přesunu na lůžko či na vozík využívá, více

stabilnější variantu pomocí skluzné desky. V přesunu přes skluznou desku se klient zlepšil. Přesun na sprchovou sedačku i zde klient provádí přes stoj. Během terapie si klient přesuny osvojil, získal větší jistotu k velkému viditelnému zlepšení, ovšem nedošlo.

Mobilita: na lůžku klient stále vykonává obrat s pomocí. K okraji lůžka se s větším časovým intervalem přesune postupně samostatně. Mobilita na vozíku se také výrazně nezlepšila, klient je stále schopen urazit sám cca 3-5 metrů na rovném terénu bez bariér.

Funkce horních končetin:

Kloubní rozsahy se nezměnily. Svalová síla se zvýšila mírně, ale ohodnocení zůstává stávající. S klientem byl prováděn nácvik mincového úchopu a dorzální flexe. Každou terapii byla prováděna facilitace aker. Provedení mincového úchopu i ostatních zůstalo beze změn. Provedení dorzální flexe na obou horních končetinách se také nezměnilo. Zlepšení nastalo v uchopení lžice pravou horní končetinou vlivem tréninku a mírného posunutí svalové síly je klient schopen pevnějšího držení lžice a lepší manipulace. U nácviku grafomotoriky výrazné zlepšení nenastalo.

7. 4. 2. 8 Závěrečná zpráva ergoterapeuta

Zhodnocení průběhu terapie

Klient podstupoval terapii každý den 30 minut. U klienta jsou patrná pomalá zlepšení jeho stavu. Klient je dobře motivovaný a při terapii byl vždy pozitivně naladěný. Spolupráce s klientem nečinila problém, snaživě přijímal veškeré prvky terapie a ochotně komunikoval. Občas se během terapie dostavila únava, hlavně u nácviku přesunu a mobility na lůžku. Klient se chce i nadále zlepšovat a jeho cílem je docílit stability ve stoji a pozvolna začít chodit.

Návrhy a doporučení

Doporučuji pokračovat v terapii, opakovat nácvik oblékání, mobility a zaměřit se na úchopy a funkčnost horních končetin. Do budoucna vyřešit bezbariérovost klientova domova a vybavit klienta potřebnými pomůckami do domácnosti. Dále se zaměřit na možnost sociální integrace a vyplnění volného času v místě klientova bydliště.

8. VÝSLEDKY

8.1 Výsledky dotazníkového šetření

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo více mužů než žen. Průměrný věk dotazovaných byl mezi 20 – 30 roky. Hypotézy byly stanoveny pro pacienty, kteří zvládají transfer samostatně, nebo s malou pomocí. Z tohoto důvodu byly tedy dotazníky rozdávány mezi klienty s vyšší mírou soběstačnosti. Všichni dotazovaní klienti se dovedou samostatně najít, jsou soběstační v oblékání celého těla, přesuny z vozíku na židli zvládají samostatně. Jedenáct dotazovaných trpí únikem moči a více než polovina prodělala uroinfekci. Problém s dekubity uvedlo deset dotazovaných.

Klient, který je sice upoután na invalidní vozík, ale nemá problémy v oblasti horních končetin a trupu, ovládá samostatně vyčistění zubů, česání, omývání obličeje, mytí rukou, případně holení. V případě, že je u klienta sedícího na vozíku problém s horními končetinami nebo stabilitou trupu, řeší se daná situace individuálně postupným nácvikem. Problémová oblast se rozloží na jednotlivé komponenty, aby se objasnilo, zda se překážka k uskutečnění nalézá ve svalové síle, koordinaci, rozsahu pohybu, bolesti či motivaci. Respondenti neměli problém s prováděním ranní osobní hygieny.

Při vyplňování dotazníku byl s klienty u otázky, jak zvládají osobní hygienu a celkovou hygienu, veden rozhovor s doplňujícími otázkami. Pro uskutečnění celkové hygieny klienti využívají upravený sprchový kout nebo vanu s kompenzační pomůckou. V první fázi uskutečnění této potřeby je nutný transport na sedačku. Všichni respondenti uvedli, že zvládají přesun samostatně nebo s pomocí (tabulka 29). Pro nácvik celkové hygieny je stabilita trupu a schopnost horních končetin velmi důležitá. Klient musí ovládat trupové svalstvo, vytvořit si pomocné opory a vydržet v sedu na pomocné sedačce. Následuje správná souslednost úkolů. Ergoterapeut pro tuto fázi celkové hygieny používá cvičné metody, které s klientem nacvičuje i mimo koupelnu. Jedná se o zvýšení stability trupu, posílení svalové síly, edukace ekonomickými pohyby a vybavení kompenzačními pomůckami. V případě kognitivního deficitu souslednost úkolů (nastavení teploty vody, namokření pokožky, namydlení, opláchnutí a zastavení vody).

Tabulka 29 Kvalifikace transferu na sprchovou a vanovou sedačku

Odpovědi	Ženy		Muži	
	Přesun na sprchovou sedačku	Přesun na vanovou sedačku	Přesun na sprchovou sedačku	Přesun na vanovou sedačku
Bez pomoci	37,5%	37,5%	58%	38%
S pomoci	37,5%	12,5%	30%	24%
Nepřesouvám se	25%	50%	12%	38%

Zdroj: vlastní

Problém s únikem moči uvedlo jedenáct respondentů. Tento problém by měl být řešen včasnou edukací a vybavením vhodnými pomůckami pro únik moči. Všichni klienti uvedli, že zvládají přesun na toaletu.

Výsledek dotazníkového šetření nám dále dokazuje, že vozíčkáři se setkávají v rámci rehabilitace s ergoterapií. Zkušenost s ergoterapií uvedlo 96 % respondentů. Nejvíce uvádějí, že se naučili při ergoterapii přesuny, tuto možnost uvedlo 92% dotazovaných, nácvik oblékání (84%), výběr vhodných pomůcek (64%), 20% respondentů se naučilo terapeutickou techniku, pomoc s vyprazdňováním močového měchýře uvedlo pouze 16% respondentů. Během své praxe jsem se s nácvikem vyprazdňování močového měchýře u vozíčkářů nesešla. Náplní terapie byl nejčastěji nácvik mobility a edukace, což odpovídá i výsledkům dotazníku. Průměrně trvá pobyt soběstačného nebo částečně soběstačného vozíčkáře v ústavech dva až pět měsíců a všichni dotazovaní uvedli, že byli s ergoterapií spokojeni.

8. 2 Výsledky klinických případů

Oba klienti trpí parézou na podkladě kontuze míchy. Jejich funkční hybnost a rozsáhlost postižení je tedy velmi individuální. Při zjišťování jednotlivých úkonů osobní hygieny z pohledu ergoterapeuta byl použit převážně rozhovor, testy a modelové situace. Oba pacienti zvládají, i přes své vysoké postižení, ranní osobní hygienu na lůžku u lavouru. Jediná problémovější oblast nastala u úchopu zubního kartáčku.

Následnou analyzovanou oblastí je nácvik celkové osobní hygieny, oba klienti jsou umývání na toaletním vozíku. V rámci ergoterapie byl s klienty uskutečňován nácvik osobní hygieny na vanové a sprchové sedačce. Samostatnost transferu na sedačku byla individuální, jako i následný rozsah v omývání částí těla. Zde se u obou rehabilitantů potvrdila hypotéza číslo tři. Pro klienty byl jednodušší přesun na sprchovou sedačku.

Přesun na toaletu zvládají oba klienti s částečnou asistencí. Používají pro tento přesun zachovanou funkčnost dolních končetin a oporu horních končetin o madla. Nejčastěji preferují kolmý či úhlopříčný nájezd. Zde se potvrdila hypotéza, číslo dvě. Klienti upřednostňují úhlopříčný přístup.

V rámci podstoupení své rehabilitační péče docházeli klienti na ergoterapeutický výcvik, který byl prováděn pět dnů v týdnu po dobu šedesáti minut. Zde se potvrdila hypotéza, číslo jedna. Ergoterapie má v dnešní době v ucelené rehabilitační péči své nezastupitelné místo. Pravidelný nácvik všedních denních aktivit pomáhá klientům stávat se soběstačnějšími a zlepšuje i jejich psychický stav.

9. DISKUZE

Cílem práce je analyzovat úkoly ergoterapeuta při nácviku osobní hygieny u klientů na invalidním vozíku. Postup terapie a jednotlivé nácviky se samozřejmě odvíjejí od problémových oblastí klienta, které zjistíme vyšetřením. Každý klient má svůj individuální přístup a návyky k vykonávání osobní hygieny. V teoretické části jsou rozebrány veškeré úkony osobní hygieny a záležitosti s ní svázané. Osobní hygiena se dělí prvotně na takzvanou ranní hygienu, do které spadá omytí obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení a mytí rukou a na hygienu celkovou, kam patří omývání celého těla na lůžku či na sprchové nebo vanové sedačce. Ergoterapeut ze svého pohledu řeší i druhotné úkoly spojené s nácvikem hygieny, jako je samostatný transfer klienta do koupelny, vybavení kompenzačními pomůckami a bezbariérovost klientovy koupelny i toalety tak, aby mohl klient svoji hygienu provádět samostatně bez závislosti na pomoci druhé osoby.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že nadpoloviční většina dotazovaných osob podstoupila v rámci rehabilitace ergoterapeutický výcvik.

Klienti upoutaní na invalidním vozíku, kteří podstupují následnou rehabilitaci svého stavu v rehabilitačních ústavech, by měli během rehabilitace podstoupit i ergoterapeutický výcvik. Jak uvádí Faltýnková (1999): ergoterapie je součástí komprehenzivní (ucelené) rehabilitace a jejími úkoly při terapii s osobami na invalidním vozíku je dosažení maximální sebeobsluhy v základních denních činnostech, nácvik oblékání, výběr vlastního vozíku, manipulace s vozíkem, nácvik přesunů vozík – lůžko, vozík – WC, vozík – vana, vozík – automobil, vozík – zem.

Hypotéza se potvrdila. Dvacet čtyři respondentů podstoupilo rehabilitaci v rehabilitačním centru Kladruby nebo Hrabyně. Všichni klienti, kteří byli rehabilitováni v těchto ústavech, podstoupili ergoterapeutický výcvik. Respondenti nejčastěji uvádí, že se během terapie naučili hlavně přesuny (92 %), nácvik oblékání (84 %), byli edukováni o možnostech kompenzačních pomůcek a byla jim poskytnuta pomoc s výběrem vozíku. S touto hypotézou se shoduje i výsledek případových kazuistických studií, kdy pro oba rehabilitanty má ergoterapie zásadní vliv při celkové rehabilitaci.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že při transferu vozík-toaleta využívají osoby na invalidním vozíku více nájezd úhlopříčný než paralelní.

Hypotéza se částečně potvrdila. Sestavení dané hypotézy se odvíjí od informací zveřejněných političkou a vozíčkářkou zároveň Danielou Filipovou (2002). Ta uvádí, že 44% procent vozíčkářů preferuje při přesunu na toaletu přístup úhlopříčný, 35 % přístup kolmý a pouze 21 % přístup paralelní. K podivu výsledky dotazníkového šetření tyto možnosti vyvracejí. V dotazníkovém šetření se tato hypotéza nepotvrdila. Jako nejpreferovanější přístup k WC, při možnosti výběru, se ukázala možnost paralelního nájezdu (50 %). Na druhém místě skončila možnost úhlopříčného nájezdu (46 %). Výsledek dotazníku se rozchází s tvrzením i s hypotézou. Naproti tomu u výsledků z rozboru klinických případů je vyhodnocen nepreferovanější přístup úhlopříčný a kolmý. Zde se hypotéza potvrdila. Z celého šetření se ukazuje, že volba přístupu je velmi individuální. Nejvíce zde hrají roli schopnosti handicapovaného, a proto by měla být bezbariérová toaleta dostatečně přizpůsobená jakékoliv míře postižení a možnosti přístupu. Doplnujeme bezbariérový prostor o detaily, ale primárně by nám neměla unikat jeho prvotní praktická podstata. Pokud si to včas neuvědomíme, vracíme se tím o krok zpět.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že je pro klienty k vykonání celkové osobní hygieny jednodušší transfer na sprchovou než na vanovou sedačku.

Hypotéza se potvrdila. Třináct respondentů uvádí, že zvládá přesun na sprchovou sedačku, na rozdíl tomu na vanovou pouze devět dotazovaných. Deset klientů se nepřesouvá do vany, naproti tomu do sprchového koutu se nepřesouvají pouze čtyři. Z výsledků klinických případů vyplývá, že pro vykonání celkové hygieny dávají přednost přesunu do sprchového koutu.

Výsledek šetření je jistě nejvíce ovlivněn mírou postižení a úpravou koupelny respondenta. Celková hygiena ve vaně je obecně komplikovanější než ve sprchovém koutu. Již při transferu do vany vzniká bariéra, kterou vytváří bok vany. Osoba se sníženou hybností dolních končetin jí musí překonat. Pokud má klient možnost úpravy domácího prostředí, doporučuje ergoterapeut využití sprchového koutu, které s sebou přináší při správném uzpůsobení jednodušší přesun (lze individualizovat výšku sprchové sedačky či přidělat i sklopnou sedačku) a lepší stabilitu při omývání.

10. ZÁVĚR

Každá lidská bytost, která byla stvořena, má svoji ojedinělou fyzickou schránku. Ta tvoří úkryt pro niterní svět a ovlivňuje naše tělesné schopnosti. Bohužel některým jedincům slouží jejich tělesná schránka méně, než by měla a oni se stávají závislými na pomoci ostatních. Úkolem nás všech, kteří máme to štěstí a naše tělesná ani duševní stránka zatím nevyověděla službu, je překonávat bariéry a pomáhat slabším žít plnohodnotný život.

Práce se snaží uchopit velmi obsáhlé téma, nahlíží na něj z více pohledů naší společnosti (zdravotnický, ošetrovatelský, architektonický). Prvotně se snaží o zachycení důležitosti ergoterapeutické profese a zdůraznění jejího významu při ucelené rehabilitaci. Snaží se objasnit, jak ergoterapie pomáhá naplňovat lidské životy.

Během výzkumu jsem se setkala s velmi rozsáhlou škálou handicapovaných osob. Největší přínos mé práce vidím v utvrzení mých předpokladů, že je pro tělesně zdravého člověka nesmírně těžké vžít se do pocitů někoho, kdo nemůže chodit, nemůže se najíst a je odkázán na pomoc druhé osoby. I pro samotného handicapovaného jedince je to psychicky náročná situace. Ovšem neznamená to, že kvůli svému handicapu přestává být člověkem, stále má svůj niterní svět plný přání, emocí a citů.

Z naplnění cílů práce vychází jasně najevo, že každý jedinec je originál a to více platí o handicapovaných, kteří mají velmi variabilní mobilitu a schopnost hybnosti celého těla. Veškerá tato problematika ergoterapie osobní hygieny na invalidním vozíku je velice individuální a nelze ji stroze rozdělovat podle diagnóz nebo specifických testů. Moje práce slouží hlavně k uvědomění si odlišnosti, rozdílnosti a individuality každého jedince, se kterým ergoterapeut pracuje.

STUDIJNÍ LITERATURA A ZDROJE

- 1) FALTÝNKOVÁ, Z a kol. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Svaz paraplegiků Centrum Paraple, 2004.4.
- 2) FALTÝNKOVÁ, Z. *Doporučené postupy pro zachování funkce horní končetiny u tetraplegiků*. Svaz paraplegiků, 2006. 5.
- 3) FALTÝNKOVÁ, Z. *Paraplegie, tetraplegie*. Svaz paraplegiků Centrum Paraple, 1999. 6.
- 4) FALTÝNKOVÁ, Z. *Strategie přesunů*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor zdravotně sociálních služeb, 2008
- 5) FILIPOVÁ, D., *Projektujeme bez bariér*. 1. vyd. Praha: BOOM, 2002. ISBN 80-86552-18-7
- 6) FILIPOVÁ, D., *Život bez bariér*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-233-6
- 7) GOLDSMITH, S., *Universal Desing*, London: Taylor & Francis, 2001, ISBN: 978-0750647854
- 8) HAGEDORN. *Ergotherapie – Theorien und Modelle: Die Praxis begrunden*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2000. ISBN 978-3-13-125651-5
- 9) HEISS, O., *Barrier – Free Desingn*. 1 edition, Wemding: APPL, 2010, ISBN: 978-0346-0577-9
- 10) HOLEČEK, V., MIŇHOVÁ, J., PRUNNER, P., *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Praha: Aleš Čeněk, 2007, ISBN 978-80-7380-065-9
- 11) JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-583-7
- 12) KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J., *Ergoterapie I*. Praha: Avicenum, 1988, ISBN 80-201-0030

13) KLUSOŇOVÁ, E., *Ergoterapie v praxi*, 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8

14) KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-2699-1

15) Liga vozíčkářů. *Bydlení bez bariér* [online]. Brno: Helbich, a. s. 2011. [citováno 2. 3. 2013]. Dostupné z: <http://ligavozick.skynet.cz/ip/Bydleni_bez_barier.pdf>

16) OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, ISBN 978-80-210-4575-0

17) PFEIFFER, J., *Ergoterapie II*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1995, ISBN 80-201-0004

18) PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8

19) ŠAMÁNKOVÁ a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3223-7

20) ŠESTÁKOVÁ, I., LUPAČ, P., *Budovy bez bariér*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3225-1

21) ŠIKA, P., *Funkční analýza bezbariérových toalet* [online]. tzbinfo, 2013.[citováno 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://voda.tzb-info.cz/handicap/10572-funkcni-analyza-bezbarierovych-toalet>>

22) TRACHOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Adamov: Mikadapress, 2008 ISBN 80-7013-324-4

23) WENDSCHE, P., *Poranění páteře a míchy: Komplexní ošetrovatelská péče u para- a kvadruplegiků*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-159-4

24) ZÄCH. G. A, KOCH. H. G. *Paraplegie, Ganzheitliche Rehabilitation*.Switzerland: Karger, 2006. ISBN 3-8055-7980-2

25) ZIKL, P., *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*, 1. vyd., Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-3856-7

26) ZOUHAROVÁ, K. *Hygiena-obecný úvod* [online]. Mladá Boleslav: Střední zdravotnická a Vyšší odborná škola zdravotnická, 2011 [citováno 15.1.2014]. Dostupné z: <http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Hygiena___obecnny_uvod.pdf>

Internetové zdroje

1) Enable. *II. Architectural Design Considerations in Accessibility for the Disabled-A Design Manual for a Barrier Free Environment* [online]. United Nations, 2003-2004 [citováno 17. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/AD2-10.htm>

2) Rehabilitační centrum Hrabyně. *Http://www.ruhrabyne.cz/Content/predstaveni-rehabilitacniho-ustavu* [online]. 2011. vyd. Hrabyně: KVADOS, a.s., 2011 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.ruhrabyne.cz/Content/predstaveni-rehabilitacniho-ustavu>

3) Rehabilitace. *Rehabilitační ústav Kladruby* [online]. 2014. vyd. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://rehabilitace.cz/czech/index.php?page=soucasnost>

4) Ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008. vyd. Copyright © 2008 Michal Rod | All Rights Reserved, 2012 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

5) Wikipedia: Zdravotnická zařízení. *Http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnické_zařizeni* [online]. 15. 11. 2012. 2012 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnické_zařizeni

Vyhlášky

Vyhláška Ministerstva pro místní rozvoj České republiky č. 398/2009 Sb., kterou se provádí zákon o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Jaké je Vaše pohlaví?	37
Tabulka 2 Kolik je Vám let?	37
Tabulka 3 Jak jste se ocitl/a na vozíku?	38
Tabulka 4 Kde jste podstoupil/a nebo podstupujete, v souvislosti s Vaším stávajícím zdravotním stavem, rehabilitaci?	38
Tabulka 5 Jak dlouho trval/a Váš rehabilitační pobyt?	39
Tabulka 6 Podstoupil jste v rámci své rehabilitace ergoterapeutický výcvik?	39
Tabulka 7 Co jste se v rámci ergoterapeutického výcviku naučil/a?	40
Tabulka 8 Byl jste s ergoterapií spokojen?	41
Tabulka 9 Měl jste někdy problém s proleženinami?	41
Tabulka 10 Máte problém s únikem moči?	42
Tabulka 11 Prodělal/a jste uroinfekci?	42
Tabulka 12 Jak zvládáte obecnou konzumaci stravy?	43
Tabulka 13 Jak zvládáte oblékání?	43
Tabulka 14 Jak provádíte osobní hygienu (čištění zubů, omývání obličeje, mytí rukou)?	43
Tabulka 15 Jak probíhá Vaše celková hygiena (sprchování, koupání)?	44
Tabulka 16: Jak zvládáte přesun na sprchovou sedačku?	44
Tabulka 17: Jak zvládáte přesun na vanovou sedačku?	44
Tabulka 18: Jak zvládáte přesun lůžko-vozik?	45
Tabulka 19: Jak se přesouváte na WC?	45
Tabulka 20: Jaký přístup k WC při možnosti výběru využíváte nejčastěji?	46
Tabulka 21: Používáte při přesunu madla?	46
Tabulka 22: Kloubní rozsahy v ramenním kloubu	49
Tabulka 23: Kloubní rozsahy v loketním kloubu	49
Tabulka 24: Kloubní rozsahy v zápěstním kloubu	49
Tabulka 25: Kloubní rozsahy v ramenním kloubu	50
Tabulka 26: Kloubní rozsahy v loketním kloubu	50
Tabulka 27: Kloubní rozsahy v zápěstním kloubu	51
Tabulka 28: Úchopy	52
Tabulka 29 Kvalifikace transferu na sprchovou a vanovou sedačku	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Porovnání výsledků testování	56
---	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vanové sedačky	21
Obrázek 2 Vanové stoličky	23
Obrázek 3 Nástavec na WC	25
Obrázek 4 Paralelní a úhlopříčný přístup k toaletě	26
Obrázek 5 Kolmý a čelní přístup k toaletě.....	27

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – Activities of Daily Living

cca – cirka

cm – centimetr

CMP – centrální mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

COTEC - Council of Occupation Therapistst for the European Countries

ČEA – Česká asociace ergoterapeutů

DK – dolní končetiny

FIM – funkční míra nezávislosti

HK – horní končetina

HM – hrubá motorika

IADL – Instrumental Activities of Daily Living

JM – jemná motorika

LVS – léčebná výchova k soběstačnosti

mm – milimetr

např. – například

obr. – obrázek

PADL – Personal Activities of Daily Living

popř. – popřípadě

SCIM – The Scipnal Cord Independence Measure

SD – starobní důchod

viz – více

VŠ – vysoká škola

WC – water closet

WFOT – World Federaton of Occupational Therapists

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

7. Co jste se v rámci ergoterapeutického výcviku naučil/a (lze zaškrtnout více položek)?

- a) přesuny (na zem, do/z vany, na WC, na postel)
- b) oblékání (boty, ponožky, kalhoty)
- c) zdokonalení jemné motoriky, lepší koordinace
- d) zvětšení svalové síly
- d) ovládání stolice a vyprazdňování močového měchýře (cévkování)
- e) pomohl/a mi s výběrem vhodných pomůcek a vozíku
- f) naučil/a mě terapeutické činnosti např.: výroba keramiky, pletení košíků, atd...
- g) jiné

8. Byl jste s ergoterapií spokojen?

- a) ano
- b) ne

9. Měl/a jste někdy problém s proleženinami?

- a) ano
- b) ne

10. Trpíte na uroinfekce?

- a) ano – často
- b) ano – občas
- c) ne

11. Máte problém s únikem moči?

- a) jsem plně kontinentní
- b) částečně inkontinentní
- c) inkontinentní

12. Jak zvládáte obecnou konzumaci stravy?

- a) samostatně bez pomoci
- b) s malou pomocí
- c) s velkou pomocí

13. Jak zvládáte oblékání?

- a) samostatně bez pomoci
- b) s malou pomocí
- c) s velkou pomocí

14. Jak provádíte osobní hygienu (čištění zubů, omývání obličeje, mytí rukou)?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) s velkou pomocí

15. Jak probíhá Vaše celková hygiena (sprchování, koupání)?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) s velkou pomocí

16. Jak se přesouváte na vanovou sedačku?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) nepřesouvám se

17. Jak se přesouváte na sprchovou sedačku?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) nepřesouvám se

18. Jak zvládáte přesun lůžko-vozik?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) s velkou pomocí

19. Jak se přesouváte na WC?

- a) samostatně bez pomoci b) s malou pomocí c) s velkou pomocí
d) nepřesouvám se (dále nevyplňujte otázky č. 21, 22, 23)

20. Jaký přístup k WC při možnosti výběru využíváte nejčastěji?

- a) paralelní b) úhlopříčný c) kolmý d) čelní

21. Využíváte madla při přesunu?

- a) ano b) ne

Děkuji za Váš čas