

4.1.1.1

Přílohy

UNIFY

10. 8. 2015

Příloha 1

Často používané testy (rozlišují organický deficit kognitivních funkcí ve smyslu ANO-NE, není rozlišení jednotlivých funkcí).

- **Mini-Mental State Examination (MMSE)** – test k hodnocení psychického stavu. Lze použít ke sledování závažnosti kognitivních poruch a jejich změn. Test je doporučený k orientačnímu vyšetření možné demence, obsahuje 10 úkolů a otázek. Test ověřuje u nemocného orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, pozornost, schopnost pojmenování objektů, pochopení a provedení psané a verbální instrukce. Ukazuje schopnost pacienta přijímat nové informace, porozumět jim a zpracovat je. Je vyjádřením možnosti psychické spolupráce nemocného při rehabilitační léčbě.
- **Rivermead Perceptual Assessment Battery (RPAB)** – soubor testů určený ke stanovení poruchy zrakové percepce (vizuospeciální integrace) a zaznamenání změn v průběhu času. Byl vytvořen speciálně pro odborné terapeutky k objektivnímu záznamu o schopnostech hlavně zrakové percepce pacienta, protože většina testů na poruchy vnímání může být prováděna jen psychology. Soubor se skládá z 16 testů – od jednoduchého přiřazování obrázků až po reprodukování složitých trojrozměrných tvarů podle předlohy, s cílem prozkoumání různých oblastí zrakového vnímání. Jednotlivé testy jsou skórovány body za každý dobře splněný úkol v určeném časovém limitu. Výsledky jsou zaneseny do grafu, který umožní přehledné srovnání s očekávanými výsledky podle stupně inteligence. Odchylka u tří a více testů znamená poruchu vnímání.

Podle výzkumů bylo zjištěno, že výsledky souboru testů jsou nezávislé na věku a závislé na úrovni inteligence. Proto je vhodné u jednotlivých pacientů zjistit úroveň jejich inteligence před poškozením mozku.

- **Rivermead Assessment of Somatosensory Performance (RASP)** – testovací baterie k hodnocení senzomotorických funkcí po CMP a u dalších neurologických onemocnění. RASP obsahuje sedm subtestů, rozdělených na primární a sekundární, které testují různé kvality čítí, např. propiocepci, taktilní čítí, diskriminační čítí.
- **Chedoke-McMaster Hemiplegia Assessment** – hodnotí stupeň poruchy (*impairment*) nemocných po postižení mozku: stav vědomí, povrchovou a hlubokou citlivost, kontrolu rovnováhy, motorické postižení horní a dolní končetiny, celkovou hybnost a chůzi. Jednotlivé postižení má sedmibodové skóre s popisem dané funkce. Jednotlivé výsledky se zanesou do spojnicového grafu, který umožňuje přehledně sledovat změny jednotlivých skóre v čase.
- **Hodnocení mobility dle Tinettiho** – jedná se o test hodnotící mobilitu u starších pacientů a obsahuje dvě části. První část pro hodnocení rovnováhy má 9 subtestů, které gradují od jednodušších (např. udržování rovnováhy vsedě) po náročnější dynamické situace (otočení ve stoji o 360 stupňů). Každý subtest je hodnocen bodovací škálou s konkrétním popisem každého stupně. Maximum pro první část je 17 bodů. Druhá část se zabývá hodnocením chůze, podmínkou je samostatné zvládnutí chůze na délku místnosti (nespecifikuje vzdálenost) v normálním tempu, zpět rychleji. V 9 subtestech pak hodnotí různé aspekty chůze: iniciaci, délku kroku, symetrii, kontinuitu, trajektorii, stabilitu trupu, šířku baze atd. Hodnocení je stejné jako u první části, s maximem 12 bodů.
- **Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity** – původní Ashworthova škála pro hodnocení spasticity byla vypracována v roce 1964 a zahrnuje stupně 0 až 4. Později (1987) byla upravena Bohannonem a Smithem pro rozlišování menších rozdílů ve svalovém tonu a nazývá se Modifikovaná Ashworthova škála a zahrnuje stupně 0 až 5. Pro praktickou potřebu je užitečné, že je v ní orientačně vymezen rozsah, v němž sval klade zvýšený odpor pasivnímu pohybu.

- **Functional Reach Test (FRT)** – patří do skupiny testů hodnotících kvalitu balančních reakcí při volní iniciaci pohybu. Měří se rozdíl mezi polohou předpažené HK a maximálním dosahem vpřed ve stoji. Velikost dosahu může být porovnána s normou odpovídající věku a pohlaví. Podle polohy dolních končetin (spojný stoj, úzká base apod.) je možné další kvalitativní rozlišení. Výsledky testu je možné použít k predikci pádů.
- **Barthel Index (BI)** – vznikl v roce 1955 původně pro hodnocení funkční zdatnosti a míry soběstačnosti u chronických neuromuskulárních onemocnění. Je užíván ke stanovení disability jedinců se zdravotním problémem. Test hodnotí deset činností: příjem potravy, koupání, osobní hygienu, oblékání, kontinenci močového měchýře, kontinenci konečníku, užívání WC, přesuny, lokomoci, chůze po schodech. Každou funkci hodnotí ve škále po 5 bodech od 0 do 10 (0 – plná dopomoc, 10 – plná nezávislost). Barthel Index nehodnotí všechny funkce (např. přípravu jídla, domácí práce), takže jeho výsledky nemohou být interpretovány jako vyhodnocení aktivit denního života (ADL – Activities of Daily Living). Neměří psychické funkce a sociální adaptabilitu a ve skórování není citlivě odlišena potřeba minimální od maximální asistence.
- **Balance Evaluation Systems Test (BESTest)** – baterie testů k hodnocení balančních schopností podle jednotlivých systémů, které se mohou podílet na zhoršení balance. Baterie hodnotí celkem šest systémů: biomechanické podmínky, Limity stability, Posturální odpovědi (reaktivní balanci), Anticipatorní (proaktivní) balanci, Sensorickou orientaci a Dynamickou balanci během chůze a s vlivem kognitivních úkolů. Každý systém je hodnocen pomocí několika subtestů. K hodnocení se používá bodové skóre 0 – 3 a v některých subtestech i čas. Tato testovací baterie je určena pro pacienty bez ohledu na věk či závažnost postižení.
- **Functional Independence Measure (FIM)** – užívá se ke stanovení disability jedinců po nemoci a úrazu. Vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové a je doplněn sledováním kognitivních funkcí, takže je citlivější a ucelenější. Pro svou přesnost je vhodný pro sledování průběhu terapie a pro argumentaci terapeutických postupů. Současně hodnotí schopnosti lokomoce a aktivity denního života s funkcemi kognitivními. Je praktický pro klinické využití od přijetí pacienta přes kontrolní měření až s využitím ke stanovení dlouhodobých rehabilitačních cílů. Při výzkumu umožňuje matematické zpracování. Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích: osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty. Každá funkce se hodnotí sedmistupňovou bodovou škálou.

Doporučené testy, u nichž je nutné iniciovat standardizaci pro českou populaci:

- test funkční soběstačnosti – viz příloha 2.
- test hodnocení psychického stavu (MMSE) – viz příloha 3.
- test Barthelové – viz příloha 4.

TEST FUNKČNÍ SOBĚSTAČNOSTI (angl. Functional Independence Measure – FIM)

Test byl vytvořen institucemi American Academy of Physical Medicine a American Congress of Rehabilitation Medicine v roce 1984. Vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové a je doplněný sledováním kognitivních funkcí.

Princip: Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích – osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty.

Každou funkci hodnotíme 7stupňovou bodovou škálou (1 = plná pomoc, 7 = plná soběstačnost). Celkové rozpětí skóre je 18–126 bodů (pohybová dovednost 13–91 bodů, psychické funkce 5–35 bodů, viz tab. 5).

Biostatistika: prokázána jeho spolehlivost, validita, citlivost a dobrá proveditelnost.

Doba vyšetření: < 40 minut

Komentář:

FIM je používán v USA a dalších státech ke stanovení disability jedinců po nemoci nebo úrazu. Pro svoji přesnost je vhodný jako standard v programech vyšetření, pro sledování průběhu terapie, pro argumentaci terapeutických postupů. Předností FIM oproti jiným testům je, že současně hodnotí schopnosti lokomoce a aktivity denního života s funkcemi kognitivními. Je praktický pro klinické využití od přijetí pacienta přes kontrolní měření až po využití ke stanovení dlouhodobých rehabilitačních cílů. Při výzkumu umožňuje matematické zpracování. Údaje získané pomocí FIM mají jasnou, pevnou terminologii. Proti Barthelové indexu je ucelenější a citlivější. Sedmibodová škála hodnocení má v porovnání s jinými testy schopnost detekce i menších funkčních změn. FIM je dobře použitelný v klinické praxi jako standard dokumentace ergoterapeuta a zdravotní sestry.

FIM je součástí systému jednotného zpracování dat rehabilitačních pracovišť (Uniform Data System for Medical Rehabilitation UDSMR). Shromážděné informace slouží ke společnému hodnocení efektivity pracovních programů.

Postup při hodnocení funkčního indexu soběstačnosti FIM: Zapisují se čísla, která nejlépe popisují funkční stupeň pacienta podle skóre FIM.

Použité zdroje: (1, 2, 3)

1. Guide for the uniform data set for medical rehabilitation. Version 5.1. Buffalo: State University of New York at Buffalo, 1997.
2. Iwanenko. W., Fiedler, R. C., Granger, C. V., Lee, M. K. Uniform data system for medical rehabilitation: report of first admissions to subacute rehabilitation for 1998. Am J Phys Med Rehabil, 2001, vol. 80, s. 56–61.
3. Vaňásková, E., Tošnerová, V., Bukač, J. Hodnocení nemocných po cévní mozkové příhodě, testy soběstačnosti na lůžkovém rehabilitačním pracovišti. Rehabil fyz Léč, 2003, roč. 2, s. 60–64.

Pokyny pro používání testu funkční soběstačnosti v léčebné rehabilitaci

Česká verze podle autorizovaného překladu MUDr. Evy Vaňáskové

Úvod

Test funkční soběstačnosti FIM (*Functional Independence Measure*)

Tento manuál obsahuje přeložený text německého vydání. (FIM Leitfaden, version 3.1, 1990, Projektgruppe Klinik Bavaria Schaufling, Germany)

Obsah

- I. Postup při hodnocení funkčního indexu soběstačnosti (FIM)
- II. Základní principy pro používání funkčního indexu soběstačnosti (FIM)
- III. Popis funkčních stupňů a jejich hodnocení

1. Osobní péče

A. Jídlo/pití

- B. Péče o zevnějšek
- C. Mytí, koupání, sprchování
- D. Oblékání – horní končetiny, trup
- E. Oblékání – dolní končetiny
- F. Intimní hygiena

2. Kontinence

- G. Kontinence – močový měchýř
- H. Kontinence – konečník

3. Přesuny

- I. Lůžko, židle, vozík
- J. WC
- K. Vana nebo sprcha

4. Lokomoce

- L. Chůze/vozík
- M. Schody

5. Komunikace

- N. Chápání
- O. Vyjadřování

6. Sociální aspekty

- P. Sociální kontakt
- Q. Řešení problémů
- R. Paměť

I. POSTUP PŘI HODNOCENÍ TESTU FUNKČNÍ SOBĚSTAČNOSTI (FIM)

Do dané kolonky запиšte číslo, které nejlépe popisuje funkční stupeň pacienta podle skóre FIM. Pokud úloha představuje pro pacienta riziko poranění, запиšte 1. Nenechávejte kolonky nevyplněné. Každou z 18 činností FIM hodnotíme 7stupňovou bodovou škálou (1 = plná pomoc, 7 = plná soběstačnost). Celkové rozpětí skóre je 18–126 bodů (pohybová dovednost 13–91 bodů, psychické funkce 5–35 bodů, viz tab. 5).

Nižší skóre запиšte v případě, kdy proti testované hodnotě nemocný v průběhu dne v klidu podává výkon nižšího stupně. Příčinou je únavnost, menší motivace nebo pacient funkci dobře neovládá. Test má objektivně zaznamenat takový stupeň výkonu, který nemocný zvládne běžně. (Někdy potřebujeme diskutovat např. mezi terapeutem a ošetřující sestrou vyjasnit, co slovo „běžně“ znamená.) Pokud nemocný potřebuje k činnosti dva pomocníky, запиšte bod 1. Podání ruky hodnotte vždy stejně bodem 5.

II. ZÁKLADNÍ PRINCIPY POUŽITÍ TESTU FUNKČNÍ SOBĚSTAČNOSTI (FIM)

FIM nezachycuje všechny měřitelné aktivity známé v klinické praxi, je spíše základním indikátorem míry omezení. V průběhu rehabilitační léčby měřené změny vyjadřují celkový výsledek a případně potřebu dalšího léčení.

FIM používá sedmistupňovou škálu, která definuje hlavní stupně omezení a tím odráží konkrétní potřebu léčebné pomoci.

Tato potřeba je množství času nebo energie, které musejí být vynaloženy, aby byly uspokojeny potřeby postiženého člověka k dosažení a udržení určité kvality života. Hlavní myšlenkou při hodnocení činnosti je to, zda vyšetřovaný je nebo není soběstačný a zda potřebuje jinou osobu jako pomocníka. Jestliže je pomoc druhé osoby potřebná, pak v jakém rozsahu.

FIM jako index aktivity (disability)

FIM je indexem aktivity (*disability*), nikoliv poruchy (*impairment*). Má změřit, co pacient skutečně dělá, bez ohledu na diagnózu a následek úrazu nebo poškození. Všimněte si, že test neplánuje hodnocení některého bodu jako „nehodí se“. Musejí být vyplněny všechny body.

FIM svou formou není závislý na jednom oboru, test může používat zdravotník různé odbornosti. Pokud je pro něj obtížné některé z činností hodnotit, je možné si k testování přizvat vhodnějšího pracovníka (Například: dojdete-li k názoru, že komunikační možnosti může zhodnotit jen logoped, zatímco nemocniční sestra lépe zná problematiku kontroly močového měchýře nebo střev, a fyzioterapeut má odborné znalosti k posouzení pohybové problematiky, je možné mezi ně hodnocení rozdělit.)

Před začátkem práce s FIM si přečtěte definice jednotlivých bodů a osvojte si obsah každé činnosti. Hodnoťte každého pacienta jen ve vztahu ke speciálnímu bodu. (Například: hodnotíte-li u pacienta ovládání močového měchýře nebo střev, nehraje roli to, zda může na záchod docházet. Tuto schopnost je hodnotíme v kapitole „přesuny-soběstačnost“. Podobně neobsahuje příprava k péči o zevnějšek hodnocení chůze k umyvadlu.)

Jestliže definice určitého stupně žádá splnění všech činností, jsou úlohy spojeny spojkou „a“. Jestliže stačí provést jen jednu úlohu, je v textu spojka „nebo“. (Například: péče o zevnějšek zahrnuje ústní hygienu, účes, mytí rukou a obličeje, holení nebo líčení. Komunikace zahrnuje jasné rozlišení akustické nebo vizuální komunikace.)

Rozlišení „a/nebo“ se dodržuje u všech definic.

III. POPIS FUNKČNÍCH STUPŇŮ A JEJICH HODNOCENÍ

BEZ POMOCI – nezávislost, soběstačnost = bez pomoci jiné osoby

7. Plná soběstačnost – všechny prvky činnosti, nemocný provádí úlohy typickým způsobem, s jistotou, bez omezení, bez pomůcek nebo pomoci a v přiměřeném čase.

6. Částečná soběstačnost – nemocný provádí činnost s jedním nebo s následujícím omezením: pomůcky, nejistota v provedení nebo delší doba, než je doba přiměřená.

S POMOCÍ

- Závislost = k provedení potřebuje nemocný další osobu k dohledu nebo k fyzické pomoci – jinak činnost neprovede.

- Částečná závislost = pacient dokáže provést více než polovinu (50 %) výkonu sám. Stupně potřebné pomoci jsou:

5. Potřebný dohled – pacient potřebuje jako pomoc jen jednu osobu pro dohled, pokyn, ale žádný tělesný kontakt. Pomocník může připravit potřebné pomůcky nebo přiložit ortézu.

4. Minimální pomoc – fyzickou pomoc potřebuje nemocný jen k uklidnění nebo vykoná 75 % či více procent výkonu sám.

3. Střední pomoc – pacient potřebuje pomoc více než k uklidnění nebo provede 50–75 % výkonu sám.

- Plná závislost = pacient dokáže provést méně než polovinu (50 %) výkonu sám. Potřebuje výraznou nebo úplnou pomoc. Stupně potřebné pomoci jsou:

2. Výrazná pomoc – pacient provede 25 % výkonu sám.

1. Plná pomoc – pacient dokáže sám splnit méně než 25 % výkonu.

A. Jídlo/pití

- Zahrnuje použití příboru nebo jiných vhodných nástrojů k podání potravy do úst, kterou nemocný rozkouše a polkne.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – jí z talíře, umí jíst všechny druhy jídel a pije z šálku nebo sklenice, přičemž je jídlo servírováno obvyklým způsobem na stůl nebo stolek. Pacient používá lžici nebo vidličku, aby dopravil jídlo do úst, potravu žvýká nebo polyká.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje pomocné prostředky (např. trubičku k sání tekutiny), kombinovanou vidličku se lžicí, upravený příbor. Potřebuje delší čas, než je pro dané jídlo obvyklé, nebo potřebuje změněnou konzistenci jídla nebo rozmělněné jídlo nebo projevuje při jídle nejistotu.

Jestliže je nemocný částečně odkázán na jiné způsoby výživy (např. parenterální nebo enterální výživu cestou žaludku), zavádí si nemocný potravu sám.

S pomocí

5. Potřebný dohled – jídlo vyžaduje dohled (např. pohotovost určené osoby, pokyn nebo domluvu) nebo přípravu (např. přiložení ortézy) nebo pomocná osoba musí otevřít nádobu, rozkrájet maso, chléb natřít máslem nebo nalít nápoje.

4. Minimální pomoc – nemocný dokáže úkol splnit ze 75 % nebo více procent.

3. Střední pomoc – plní úlohu z 50–75 %.

2. Výrazná pomoc – plní úlohu z 25–50 %.

1. Plná pomoc – plní méně než 25 % úloh nebo nebere potravu ústy, ale je zčásti odkázán na jiné způsoby požívání potravy (např. na parenterální výživu nebo enterální výživu cestou sondy nebo gastrostomie) a nepodává si potravu sám.

B. Péče o zevnějšek

- Zahrnuje ústní hygienu, péči o vlasy, mytí rukou a obličeje, holení nebo líčení. Jestliže nehraje holení a líčení žádnou roli, tak se nehodnotí.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – čistí si zuby nebo ošetřuje zubní náhradu, češe se nebo si sám kartáčuje vlasy, myje si ruce a obličej, holí se nebo líčí včetně všech příprav na tuto činnost.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje zvláštní náčiní (včetně protéz nebo ortéz) nebo potřebuje více času, než je obvyklé, nebo projevuje nejistotu.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dohled (např. osoba v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu (přiložení ortézy, příprava např. zubní pasty na kartáček, odšroubování, otevření nádoby s líčidly).

4. Minimální pomoc – pacient plní 75 % nebo více procent osobní péče.

3. Střední pomoc – plní úlohu z 50–75 %.

2. Výrazná pomoc – plní úlohu z 25–50 %.

1. Plná pomoc – plní méně než 25 % osobní péče.

C. Mytí, koupání, sprchování

- Zahrnuje mytí těla od krku dolů (bez zad) buď ve vaně nebo pod sprchou, u umyvadla nebo v lůžku. Hodnotíme jistotu provedení.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – umyje a osuší si celé tělo.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje pomůcky (včetně protéz a ortéz) nebo potřebuje delší čas, než je přiměřené, nebo projevuje nejistotu.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dohled (např. osoba v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu (přiložení ortézy, přípravu oděvu nebo součástí oděvu).

4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.

1. Plná pomoc – zvládne sám méně než 25 % úlohy.

D. Oblékání – horní končetiny, trup

- Zahrnuje oblékání a svlékání horní části těla, přikládání a odkládání protézy nebo ortézy.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – sám se oblékne i svlékne, uloží si šaty na obvyklé místo (komoda, skříň). Pomocí obou horních končetin svlékne části oděvu, které se musejí přetahovat přes hlavu nebo jsou vpředu rozepruté. Ovládá zipové uzávěry, knoflíky a patenty. Přikládá si i odkládá sám protézu nebo ortézu.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje speciální vhodné uzávěry jako suchý zip nebo speciální pomocné zařízení (včetně protézy nebo ortézy) nebo potřebuje k provedení více než přiměřený čas.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor (např. osobu v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu (příložením ortézy, přípravu oděvu nebo součástí oděvu) nebo se neobleče.
4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.
3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.
2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.
1. Plná pomoc – zvládne méně než 25 % úlohy nebo se neobleče.

E. Oblékání – dolní končetiny

- Zahrnuje oblékání od pasu dolů včetně přikládání a odkládání protézy nebo ortézy.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – sám se oblékne i svlékne, uloží si šaty na obvyklé místo (komoda, skříň). Zvládne spodky, kalhoty, podvazky, punčochy a obuv, ovládá zipové uzávěry, knoflíky a patenty. Přikládá a odkládá sám protézu nebo ortézu.
6. Částečná soběstačnost – potřebuje speciální vhodné uzávěry jako suchý zip nebo pomocná zařízení (včetně protézy nebo ortézy) nebo potřebuje k provedení více než přiměřený čas.

S pomoci

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor (např. osobu v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu (příložením ortézy, přípravu oděvu nebo součástí oděvu), nebo se neobleče.
4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.
3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.
2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.
1. Plná pomoc – zvládne méně než 25 % úlohy nebo se neobleče.

F. Intimní hygiena

- Zahrnuje hygienu dolní poloviny těla a úpravu oděvu před a po použití toalety nebo před a po použití toaletní podložní mísy.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – sám se očistí po močení a stolici, přiloží si obvazy, zavede tampony. Před cestou na toaletu a po použití toalety si upraví oděv. Vše provede s jistotou.
6. Částečná soběstačnost – potřebuje speciální pomůcky (včetně ortézy nebo protézy) nebo potřebuje více času, než je přiměřené, nebo provádí úkony nejlépe.

S pomoci

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor (např. osoba v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu (např. příložením nebo vyprázdněním nádob, otevření obalů).
4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.
3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.
2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.
1. Plná pomoc – zvládne sám méně než 25 % úlohy.

Poznámka:

Jestliže pacientka potřebuje pomoc při výměně vložek (většinou 3–5 dní za měsíc), hodnotí se jako stupeň 5 (dohled a příprava).

G. Kontinence – močový měchýř

- Zahrnuje kontrolu mikce, používání potřebných pomůcek a medikací.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – úplná a vůlí ovládaná kontrola měchýře, žádná inkontinence.
6. Částečná soběstačnost – potřebuje láhev na močení, podložní mísu, sací podložky, pleny, zařízení na vývod a sběr moči, potřebné léky. Nemocný používá některé z těchto prostředků, připravuje si pomůcky sám a používá je bez pomoci jiné osoby, používá samostatně bez komplikací pomůcky ke sběru moči.

S pomoci

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor nebo pomoc při přípravě (např. příložením nebo vyprázdněním nádob),

aby bylo dosaženo uspokojivého stavu mikce nebo zachování řádného stavu externích pomůcek, nebo jde o stav, kdy nemocný někdy jde pozdě na podložní mísu nebo na toaletu a pomoci se, nebo dochází k přetékání nádob na jímání moče (ale jen méně často než 1 x za měsíc).

4. Minimální pomoc – potřebuje kontaktní pomoc při používání některého externího zařízení. Zvládne 75 % nebo více úkonů při kontrole močení. Může někdy dojít k pomočení, ale méně než 1 x týdně.

3. Střední pomoc – potřebuje mírnou pomoc při údržbě externích pomůcek. Zvládne sám kontrolu močení v 50–74 %, může někdy dojít k pomočení, ale ne denně.

2. Výrazná pomoc – vzdor pomoci se nemocný často nebo téměř denně pomoci bez ohledu na to, zda jde o katetr nebo drén. Nemocný zvládne kontrolu močení sám ve 25–49 %.

1. Plná pomoc – vzdor poskytované pomoci je nemocný často nebo téměř denně mokřý bez ohledu na to, zda jde o katetr nebo drén. Nemocný zvládne sám méně než 25 % kontrol močení.

H. Kontinence – konečník

- Zahrnuje kontrolu defekace, používání potřebných pomůcek a léků pro kontrolu činnosti střev.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – úplná a vůlí ovládaná kontrola stolice.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje pravidelně podložní mísu nebo toaletní židli, ruční stimulaci, čípky, projímadlo nebo klystýr nebo používání jiných léků ke kontrole. Jestliže má pacient umělý vývod, sám se ošetřuje. Žádné příhody mezi pravidelnými stolicemi.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor (např. osoba v pohotovosti, heslo nebo pokyn) nebo přípravu pomůcek, které nemocný potřebuje k uskutečnění uspokojivé defekace nebo k udržení průchodného vývodu (nebo má pacient občas nekontrolovanou defekaci, ale méně často než 1x za měsíc).

4. Kontaktní pomoc – potřebuje pomoc k uskutečnění uspokojivého vyměšování za použití čípků nebo klystýrů nebo pomocných prostředků. Nemocný zvládne více než 75 % nebo více kontrol defekace sám nebo může ojediněle dojít k nekontrolovanému odchodu stolice, ale méně často než 1x týdně.

3. Střední pomoc – potřebuje mírnou pomoc k udržení uspokojivého vyměšovacího procesu za použití čípků nebo klystýrů nebo externích prostředků. Nemocný zvládne 50–75 % kontroly defekace sám. Může dojít ojediněle k nekontrolovanému odchodu stolice, ne však denně.

2. Výrazná pomoc – vzdor pomoci je pacient často nebo téměř denně ušpiněný, což vyžaduje používání plen nebo jiných savých materiálů, podobně při existenci střevního vývodu. Pacient zvládne 25–50 % defekací sám.

1. Plná pomoc – vzdor pomoci je pacient často nebo denně zašpiněný, což vyžaduje používání plen nebo jiných savých materiálů, podobně při existenci střevního vývodu. Pacient zvládne méně než 25 % defekací sám.

I. Přesun – lůžko, židle nebo vozík

- Zahrnuje všechny aspekty přesunu z lůžka a na lůžko, na židli, na vozík pro postižené, dále vstávání, jestliže chůze je u nemocného typickým způsobem pohybu.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – je-li schopen chůze, jde pacient k normální židli, posadí se a vstane; pohybuje se od lůžka k židli. Provedení je jisté. Jestliže je nemocný závislý na vozíku, jezdí nemocný k lůžku nebo židli, ovládá brzdy, nožní podpěry, a je-li to nutné, i pažní podpěry a otáčí se buď okolo osy nebo střídavě ručkou. Bezpečné provedení.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje přizpůsobené nebo podpůrné zařízení (včetně protézy nebo ortézy), např. skluznou desku, zvedák, madla, speciální židle nebo opěry nebo berle; potřebuje více času, než je přiměřené, nebo provádí úkony nejistě.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dohled, heslo v pokynech, domluvu nebo přípravu, upravení skluzné desky, upravení nožních podpěr atd.

4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.

1. Plná pomoc – zvládne méně než 25 % úlohy.

Poznámka:

Při hodnocení přesunu nemocného z lůžka do židle a zpět úkony začínají a končí polohou pacienta vleže na zádech.

J. Přesun – WC

- Zahrnuje cestu na toaletu a zpět, posazení se na mísu.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – je-li schopný chůze, používá nemocný neadaptovanou toaletu, posadí a postaví se. Jisté provedení. Jestliže je odkázaný na vozík, nemocný dojede k toaletě, pevně použije brzdy, nožní podpěrky, a je-li to nutné, ruční podpěrky a otočí se na místě nebo ručkuje tam a zpět. Jisté provedení.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje upravené nebo podpůrné pomůcky (včetně protézy nebo ortézy), např. skluznou desku, zvedák, madla nebo speciální sedačku (potřebuje více času, než je přiměřené, nebo úkony jsou provedeny nejistě).

S pomoci

5. Potřebný dohled – potřebuje dohled (např. osobu v pohotovosti, heslo v pokynech nebo domluvu) nebo přípravu (např. přípravu skluzné desky, úpravu nožních podpěrek atd.).

4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.

1. Úplná závislost na pomoci – zvládne méně než 25 % úlohy.

K. Přesun – vana, sprcha

- Zahrnuje přesun do koupací vany nebo sprchové kabiny a zpět.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – jestliže je pacient schopný chůze, dojde k vaně nebo sprchové kabině, vstoupí do ní a vystoupí ven. Jisté provedení. Jestliže je pacient odkázaný na vozík, jede k vaně nebo sprchové kabině, ovládá brzdy, nožní podpěrky, podle potřeby i ruční podpěrky a vstoupí sám do vany nebo do sprchy a opět vystoupí, přičemž se buď otočí na místě nebo sám přeleze. Jisté provedení.

6. Částečná soběstačnost – potřebuje přizpůsobené nebo podpůrné pomůcky (včetně protézy nebo ortézy), např. skluznou desku, zvedák, madla nebo speciální sedačku; potřebuje více času, než je přiměřené, nebo provedení je nejistě.

S pomoci

5. Potřebný dohled – potřebuje dohled (např. osobu v pohotovosti, heslo v pokynech nebo domluvu) nebo přípravu (správnou polohu skluzné desky, úpravu nožních podpěrek atd.).

4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy.

1. Plná pomoc – zvládne méně než 25 % úlohy.

L. Lokomoce – chůze nebo mechanický vozík

- Zahrnuje chůzi ze stoje nebo při použití vozíku ze sedu na rovné ploše.

Vyzkoušejte, který způsob pohybu je nejčastější. Jestliže jsou oba přibližně stejné, zakroužkujte CH i V. Jestliže je používán jeden rehabilitační program, zakroužkujte, pro který typ tréninku je plánován.

CH = chůze, V = vozík.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – dojde nejméně 50 m bez pomocných prostředků. Nepoužívá mechanický vozík. Jisté provedení.

6. Částečná soběstačnost – dojde nejméně 50 m, používá však dlahu (ortézu) nebo protézu na dolní končetině, speciální obuv, hůl, berle nebo zařízení pro chůzi; potřebuje více času, než je přiměřené, nebo provedení je nejistě.

Jestliže pacient nechodí, používá mechanický nebo elektrický vozík samostatně na vzdálenost nejméně 50 m, otáčí jej, manévruje vozík ke stolu nebo lůžku nebo na WC, zvládne stoupání nejméně 3 %,

překonává koberce a dveřní prahy.

5. Výjimka (chůze v domě) – ujde jen krátké vzdálenosti (nejméně 15 m) s pomůckami nebo bez nich. Potřebuje případně více času, než se předpokládá, chová se nejistě. Jestliže pacient nechodí, používá mechanický nebo elektrický vozík samostatně na krátkou vzdálenost (nejméně 15 m).

S pomocí

5. Potřebný dohled – jestliže pacient chodí, potřebuje dohled osoby v pohotovosti, pokyny, domluvu, aby došel sám nejméně 50 m. Jestliže pacient nechodí, potřebuje dozor osoby, pokyny nebo pobídku, aby zdolal nejméně 50 m na vozíku.

4. Minimální pomoc – pacient zvládne sám 75 % úlohy nebo i více aby ušel nejméně 50 m.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy aby ušel nejméně 50 m.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy aby ušel nejméně 15 m. Pomoc jedné osoby je dostačující.

1. Plná pomoc – vykoná méně než 25 % práce nebo potřebuje pomoc dvou osob nebo nedokáže překonat vzdálenost nejméně 15 m pěšky nebo na vozíku.

M. Lokomoce – schody

- Při chůzi po schodech v domě vyjde a sejde 12 až 14 schodů (v domě jedno rameno schodiště = 1/2 patra k odpočívadlu).

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – jde nejméně 12 až 14 schodů bez použití zábradlí nebo opory nahoru a dolů. Jisté provedení.

6. Částečná soběstačnost – jde nejméně 12 až 14 schodů nahoru a dolů, potřebuje však k tomu zábradlí nebo oporu, hůl nebo berle; potřebuje více času, než je přiměřené, nebo provedení je nejisté.

5. Výjimka (chůze v domě) – jde 4 až 6 schodů nahoru a dolů samostatně s pomocnými prostředky nebo bez nich. Potřebuje eventuálně více času, než je přiměřené, nebo provedení je nejisté.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje dozor (osobu v pohotovosti, heslo v pokynech nebo domluvu) při chůzi po schodech nahoru nebo dolů.

4. Minimální pomoc – nemocný uskuteční sám 75 % nebo více práce při chůzi po schodech nahoru a dolů.

3. Střední pomoc – zvládne sám 50–75 % úlohy při chůzi po schodech nahoru a dolů.

2. Výrazná pomoc – zvládne sám 25–50 % úlohy při chůzi nahoru a dolů po 4 až 6 schodech. Potřebuje pohotovost k pomoci jedné osoby.

1. Plná pomoc – zvládne méně než 25 % úlohy nebo potřebuje dvě osoby nebo nevyjde 4 až 6 schodů nahoru a dolů nebo je nesen.

N. Chápání

- Zahnuje chápání akustické nebo vizuální komunikace (např. písma, znakové řeči, gestikulace). Vyzkoušejte a posuďte nejčastější způsob komunikace. Jestliže se používají oba způsoby přibližně stejně, označte křížkem „A“ a „V“.

A = akustický, V = vizuální.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – rozumí pokynům a rozhovoru komplexní nebo abstraktní povahy; rozumí buď mluvené nebo psané mateřské řeči.

6. Částečná soběstačnost – rozumí pokynům a rozhovoru komplexní nebo abstraktní povahy ve většině situací nebo s malou obtížností. Nepotřebuje žádnou další pomoc, případně někdy pomoc sluchovou nebo vizuální nebo jiné pomocné zařízení nebo více času, aby rozuměl informacím.

S pomocí

5. Potřebný dohled – osoba pohotová poskytne pomoc – rozumí více než 90 % pokynů a rozhovorů týkajících se denních základních potřeb. Potřebuje pomoc (pomalou mluvu, opakování, zdůraznění některých slov nebo vět, pauzy, vizuální pokyny nebo určitá gesta) v méně než 10 % případech.

4. Minimální pomoc – rozumí pokynům a rozhovoru o denních základních potřebách v 75–90 % případech.

3. Střední pomoc – rozumí pokynům a rozhovorům o základních denních potřebách v 50–75 % případech.

2. Výrazná pomoc – rozumí pokynům a rozhovorům o denních základních potřebách v 25–50 % případů. Případně může rozumět jen jednoduchým otázkám nebo poznámkám. Ve více než polovině případů potřebuje pomoc.

1. Plná pomoc – rozumí pokynům a rozhovorům o základních denních potřebách v méně než 25 % případů nebo nerozumí jednoduchým otázkám nebo poznámkám nebo není schopen vzdor podpoře přiměřeně nebo důsledně reagovat.

Poznámka:

a) porozumění komplexnějším nebo abstraktním informacím zahrnuje – skupinové rozhovory, aktuální události v televizi nebo v člancích v časopisech nebo abstraktní informace jako náboženství, humor, matematika nebo finance, které se vyskytují v denním životě,

b) informace o denních základních potřebách se vztahují na rozhovory, pokyny, otázky nebo poznámky v souvislosti s potřebami pacienta ve výživě, nápojích, hygieně, spánku (fyziologické potřeby).

O. Vyjadřování

- Zahrnuje jasné ústní nebo jiné vyjádření řeči. Tento bod zahrnuje jak srozumitelnou řeč, tak také jasné vyjádření řeči pomocí psacího nebo komunikačního zařízení. Zkuste a zhodnoťte nejčastější způsoby vyjadřování. Jestliže se oba způsoby používají přibližně stejně, zakřížkujte „V“ a „N“.

V – verbální, N – neverbální.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – vyjadřuje komplexní nebo abstraktní myšlenky jasně a plynule.

6. Částečná soběstačnost – vyjadřuje komplexní nebo abstraktní myšlenky ve většině situací nebo jen s malými obtížemi. Nepotřebuje žádnou následnou pomoc. Někdy potřebuje pro komunikaci zesilovací přístroj nebo zesilovací systém.

S pomocí

5. Potřebný dohled – vyjadřuje základní denní potřeby a myšlenky ve více než 90 % případů. Potřebuje pomoc (např. časté opakování) v méně než 10 % případů, aby mu bylo rozumět.

4. Minimální pomoc – vyjadřuje denní základní potřeby a myšlenky v 75–90 % případů.

3. Střední pomoc – vyjadřuje denní základní potřeby a myšlenky v 50–75 % případů.

2. Výrazná pomoc – vyjadřuje denní základní potřeby a myšlenky v 25–50 % případů, případně používá jen jednotlivá slova a gesta. Ve více než polovině případů potřebuje pomoc.

1. Totální pomoc – vyjadřuje denní základní potřeby a myšlenky v méně než 25 % případů nebo vyjadřuje základní potřeby vzdor pomoci nikoliv přiměřeně nebo důsledně.

Poznámka:

a) příklady vyjadřování komplexních nebo abstraktních myšlenek zahrnují následující témata, aniž by se na ně omezovaly – diskuse o aktuálních událostech, náboženství nebo vztah k jiným lidem,

b) příklady vyjadřování o základních potřebách a myšlenkách se vztahují na schopnost nemocných mluvit o nutných denních činnostech, jako jsou jídlo, pití, vyměšování, hygiena a spánek (fyziologické potřeby).

P. Sociální kontakt

- Zahrnuje schopnosti jednat s jinými lidmi v terapeutických a každodenních situacích. Ukazuje, jak pacient zachází a jedná s jinými lidmi o vlastních potřebách a o potřebách jiných osob.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – jedná přiměřeně s personálem, jinými pacienty a příslušníky rodiny (např. kontrola v afektu, akceptování kritiky, je si vědom, že jeho slova a jednání mají vliv na ostatní).

6. Částečná soběstačnost – jedná přiměřeně s personálem, ostatními pacienty a rodinnými příslušníky ve většině situací nebo jen s malými obtížemi. Žádný dohled není nutný. Někdy potřebuje více času, aby se orientoval ve společenské situaci, nebo musí užívat ke kontrole léky.

S pomocí

5. Potřebný dohled – potřebuje verbální kontrolu, heslo, výzvu, slovní navedení, domluvu jen při stresových nebo neobvyklých situacích, ne však více než v 10 % případů. Někdy potřebuje povzbuzení ke spolupráci.

4. Malé navedení – pacient jedná přiměřeně v 75–90 % případů.

3. Střední navedení – jedná přiměřeně v 50–75 % případů.
2. Výrazné navedení – jedná přiměřeně v 25–50 % případů. Někdy jsou nutná donucovací opatření.
1. Plná pomoc – jedná přiměřeně v méně než 25 % případů nebo vůbec ne. Někdy jsou nutná ochranná opatření.

Poznámka:

Příklady sociálně nepřiměřeného chování – záchvaty zuřivosti, necudné nebo vulgární výrazy, záchvaty smíchu nebo pláče, fyzické napadení nebo útěk do ústraní; chování není interaktivní.

Q. Řešení problémů

- Zahnuje schopnosti řešit problémy denního života. K tomu patří schopnost umět se rozhodnout ve finančních, sociálních a osobních otázkách a učinit kroky a opatření k jejich řešení, případně sám řešit a korigovat řešení problému.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – rozezná správně problémy a najde vhodná, rozumná, jistá a včasná rozhodnutí. Zařídí řadu kroků k vyřešení komplexních problémů, provádí je v logickém pořadí, až je úkol hotov, a koriguje je, jestliže se udělají chyby.

6. Částečná soběstačnost – rozezná problémy, nalezne vhodná rozhodnutí, zařídí řadu kroků k vyřešení komplexních problémů, provede je, přičemž ve většině situací jedná správně nebo jen s malými obtížemi nebo potřebuje více času, než je přiměřené, aby přijal rozhodnutí nebo vyřešil komplexní problémy.

S pomoci

5. Potřebná dohled, podpora – potřebuje podporu (např. návod, informaci nebo domluvu), aby řešil rutinní problémy, ale jen ve stresových situacích nebo neobvyklých podmínkách a ne více než v 10 % případů.

4. Malé usměrnění – pacient řeší rutinní problémy v 75–90 % případů.

3. Střední navedení – řeší rutinní problémy v 50–75 % případů.

2. Výrazné navedení – řeší rutinní problémy v 25–50 % případů. Potřebuje ve více než polovici případů navedení, aby začal jednoduché denní práce plánovat nebo provádět. Někdy jsou nutná z důvodů bezpečnosti ochranná opatření.

1. Plná pomoc – řeší rutinní problémy v méně než 25 % času. Téměř vždy potřebuje navedení, aby provedl jednoduché denní úkony. Z bezpečnostních důvodů jsou někdy nutná ochranná opatření.

Poznámka:

Příklady problémů – komplexní řešení problémů zahrnuje činnosti jako dohled na bankovní konto, samostatné užívání medikamentů, řešení mezilidských problémů a rozhodnutí o pracovním zařazení. Rutinními problémy jsou, mezi jiným, úspěšné splnění denních úkolů nebo vyrovnání se s nepředvídanými událostmi nebo riziky, které se vyskytují v denním životě.

R. Paměť

- Paměť zahrnuje schopnosti potřebné v souvislosti s poznáváním a vzpomínáním si při výkonu denních aktivit. K tomu patří schopnost uchovávat si a vyvolávat informace zvláště verbální nebo vizuální povahy. Nedostatek paměti ovlivňuje jak učení, tak i provádění úkolů.

Bez pomoci

7. Plná soběstačnost – pozná známé osoby a pamatuje si denní rutinní úkoly, vykonává pokyny jiných osob, aniž se mu musí opakovat.

6. Částečná soběstačnost – pozná známé osoby a pamatuje si denní rutinní úkoly a s určitými těžkostmi prosby jiných osob. Někdy používá vlastní nebo z okolí převzaté výrazy, pokyny nebo pomoc.

S pomoci

5. Potřebný dohled, podpora – potřebuje pomoc (např. heslo, opakování, vzpomenout si) jen za stresových nebo neobvyklých podmínek, ne však více než v 10 % případů.

4. Minimální pomoc – pozná a vzpomene si v 75–90 % případů.

3. Střední pomoc – pozná a vzpomene si v 50–70 % případů.

2. Výrazná pomoc – pozná a vzpomene si v méně než 25–50 % případů.

Potřebuje pomoc ve více než polovině případů.

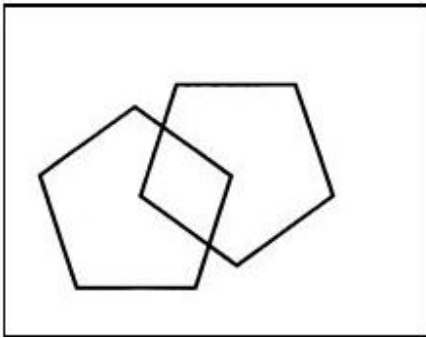
1. Plná pomoc – pozná a vzpomene si v méně než 25 % případů nebo poznává a vzpomíná si bez

úspěchu.

Příloha 3

Komentář k protokolu MMSE

1. Orientace – za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 10.
2. Schopnost zapamatování – vyšetřující osoba vyjmenuje tři předměty rychlostí jednoho slova za sekundu. Pacient je vyzván, aby názvy těchto tří předmětů zopakoval.
(Za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 3.)
Poznámka: Pokud si pacient není schopen slova vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než si je nemocný zapamatuje. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“ hodnotit. Počty opakování se zaznačí.
Instrukce pro pacienta: Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova zeptám.
3. Pozornost a počítání – vyšetřovaná osoba odečítá postupně a opakovaně číslo sedm od čísla sto. Po pěti odečteních test končí – 93, 86, 79, 72, 65.
(Za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 5.)
Poznámka: Jako alternativní hodnocení pozornosti je možné požadovat zpětné hláskování slova „kniha nebo „pokrm“.
4. Paměť a výbavnost – vyšetřující vyzve vyšetřovanou osobu, aby zopakovala tři předtím vyjmenované předměty (viz Schopnost zapamatování).
(Za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 3.)
5. Pojmenování předmětu (gnosie) – vyšetřovaná osoba má poznat a pojmenovat dva předměty – tužku a náramkové hodinky.
(Za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 2.)
6. Opakování (reprodukce) – vyšetřovaná osoba má opakovat po vyšetřující osobě: „Močálem černým kolem bílých skal.“ nebo: „Praotec Čech a jeho bratr Lech.“
(Za každou správnou odpověď je jeden bod, maximálně tedy 1, přípustný je pouze jeden pokus.)
7. Třístupňový příkaz (praxie) – vyšetřovaná osoba má provést tři na sebe navazující příkazy: „Ukažte ukazovák pravé ruky, dotkněte se jím špičky nosu a potom se jím dotkněte levého ucha.“
Poznámka: Jako alternativa: „Vezměte do pravé ruky list papíru, přeložte ho a potom jej položte na zem.“
(Za každý správně provedený úkon je jeden bod, maximálně tedy 3.)
8. Čtení a vykonání daného příkazu (lexie) – vyšetřovaná osoba má přečíst napsaný příkaz a provést ho. Na listu papíru je napsáno: „Zavřete oči.“ Nechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše 3x.
(Správné provedení 1 bod, pokud pacient skutečně zavře oči.)
9. Psaní (grafie) – vyšetřovaná osoba má napsat na papír jednu zvolenou větu.
(Pokud věta dává smysl a obsahuje podmět a přísudek, započítává se za správné splnění úkolu 1 bod.)
V textu mohou být pravopisné chyby.
Instrukce pro pacienta: Napište, prosím, jakoukoliv větu.
10. Obkreslení obrazce (konstrukční praxie) – vyšetřovaná osoba má nakreslit obrazce podle předlohy v časovém limitu do 1 minuty, třes ani rotace nevadí.
Viz příloha.
(Správné provedení 1 bod, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a překřížení.)



Datum vyšetření:

Protokol – hodnocení psychického stavu
(Mini-Mental State Examination – MMSE)

Jméno pacienta:		Datum vyšetření:					Max. počet
1. Orientace	Kolikátého je dnes?						10
	Který je dnes den v týdnu?						
	Který je měsíc?						
	Který je rok?						
	Které je roční období?						
	V jaké zemi se nacházíme?						
	Ve kterém okrese?						
	Ve kterém městě?						
	Jak se jmenuje tato nemocnice?						
	Na kterém jsme poschodí?						
Součet							
2. Schopnost zapamatování	lopata						3
	šátek						
	váza						
	Součet						
3. Pozornost a počítání	M 93						5
	R 86						
	K 79						
	O 72						
	P 65						
	Součet						
4. Paměť a vybavnost	lopata						3
	šátek						
	váza						
	Součet						
5. Pojmenování předmětu							2
	Součet						
6. Opakování							1
	Součet						
7. Třístupňový příkaz							3
	Součet						
8. Čtení a vykonání psaného příkazu							1
	Součet						
9. Psaní							1
	Součet						
10. Obkreslení obrazce – viz příloha							1
	Součet						
Hodnocení:							
25–30	norma						30
21–24	lehká kognitivní porucha						
16–20	střední stupeň kognitivní poruchy						
15 a méně	těžká kognitivní porucha						
Celkem							

Příloha 4

TEST BARTHELOVÉ

Barthel Index – BI

Princip: Test hodnotí 10 činností: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence močového měchýře, kontinence konečníku, užívání WC, přesuny, lokomoce po rovině a po schodech. Každá z funkcí se hodnotí ve skocích po pěti bodech. Celkové rozpětí skóre je 0 – 100 bodů.

Biostatistika: Je prokázána jeho silná spolehlivost, validita a citlivost.

Doba vyšetření: < 20 minut

Komentář: BI je široce užíván ke stanovení disability jedinců se zdravotním problémem. Je jednoduchý pro použití v klinické praxi i při klinické výuce ergoterapeutů a zdravotních sester. Maximální hodnota Barthel skóre neznámá nutně plnou soběstačnost a aktivitách denního života (Activity of Daily Living – ADL), neboť nezaznamenává některé širší funkce (např. přípravu jídla, domácí práce), neměří psychické funkce a sociální adaptabilitu. Při činnostech není ve skórování citlivě odlišena potřeba minimální od maximální.

Je doporučen institucí Royal College of Physician (Velká Británie) pro standardní vyšetření soběstačnosti v geriatрии v průběhu hospitalizace.

Použité zdroje:

1. VAŇÁSKOVÁ, E.: *Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 64s. ISBN 80-7013-398-8.
2. MAHONEY, F.I., BARTHEL, D.: *Functional evaluation: the Barthel index*. Maryland State Med Journal, 1965, vol. 14, s. 56-61.
3. GERSHAM, G.E., PHILLIPS, T.F., LABI, M.L.: *ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1980, vol. 61, s. 355-358.
4. COLLIN, C., WADE, D.T., DAVIES, S., HORNE, V.: *The Barthel ADL Index: a reliability study*. Int. Disability Study, 1998, vol. 10, s. 61-63.