

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů

Diplomová práce

Jméno autora: Jindřiška Pulkertová

Jméno vedoucího práce: prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

25.5.2009

Význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů

Celkově lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že stále více lidí prožívá delší život než v minulosti. Mluvíme o jevu nazývaném stárnutí populace. Nemoc či poranění ve vyšším věku s sebou přináší řadu specifických problémů, jež zasahují všechny složky osobnosti staršího člověka, tj. fyzický a psychický stav, sociální i duchovní oblast. Obnovit či zabezpečit všechny oblasti člověka po poranění nebo nemoci je úkolem rehabilitace. Existuje celá řada profesí, které se na rehabilitaci podílejí. Jednou z těchto profesí je i ergoterapie.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo objasnit význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů. Důležitým cílem práce pak bylo zasadit Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) do klinické praxe ergoterapie a nalézt její praktické využití pro ergoterapii.

Jako hlavní přístup zkoumání v této práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Osobní případové studie, dotazování starších osob a zkušenost s ergoterapií v londýnské Homerton University Hospital přinesly informace, které ukazují ergoterapii jako nástroj k ovlivnění všech oblastí osoby v holistickém pojetí. Je prostředkem k ovlivnění nejen soběstačnosti, ale i výkonu v oblasti produktivních a volnočasových aktivit. V diskusi se navíc podařilo přiřadit význam vlivu intervence ergoterapie do širšího rozsahu jednotlivých komponent Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Práce přinesla úvahu o uplatnění tohoto oboru nejen jako nástroje léčebné rehabilitace, ale také jako nástroje pro prevenci nemoci a úrazů ve vyšším věku.

V případových studiích byl model Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví využit pro celkové zhodnocení situace zkoumaných osob, a také jako nástroj pro zhodnocení soběstačnosti. Tato klasifikace napomohla k ujasnění si vzájemných vlivů jednotlivých složek funkčních schopností. V diskusi byl potvrzen předpoklad možnosti využití klasifikace k vyjasnění rolí a úloh členů týmu a ke zlepšení mezioborové komunikace.

Ze zjištěných informací v této práci byly vytvořeny nové hypotézy, čímž práce splnila všechny vytčené cíle.

The importance of Occupational Therapy in the rehabilitation of the elderly

Increasingly better living and working conditions, higher quality healthcare and social conditions are resulting in higher life expectancy more than ever. This is called population ageing. Illness or injury in older age causes various and specific problems which affect all personal areas of the elderly such as physical, emotional, social and spiritual status. It is the aim of rehabilitation to improve or restore those areas following personal injury or illness. One of the various professional disciplines contributing to the rehabilitation process is Occupational Therapy.

The main aim of the thesis is to clarify the role of Occupational Therapy in the area of elderly rehabilitation. It also aims to incorporate the World Health Organisation's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) into clinical work of Occupational Therapy and to find its practical use in this discipline.

Qualitative research was chosen as the main field of inquiry for this thesis. Personal case studies, written feedback from elderly people and personal experience of Occupational Therapy for elderly patients in a London hospital have pointed at Occupational Therapy as a discipline which uses holistic approach and can have impact on all aspects of an individual's life. It supports not only self-sufficiency, but also the person's performance, at work as well as in leisure activities. In the thesis discussion, the influence of Occupational Therapy interventions on all components of ICF was demonstrated. The thesis gives thoughts on the discipline's contribution to the rehabilitation process as well as the prevention of illnesses and injuries in older age. In the thesis case studies, the ICF model has been used to evaluate the individuals' circumstances and their level of independence. The framework has helped to clarify functional abilities and their mutual relationships and interactions. Furthermore, the argument supporting the use of the ICF to clarify specific roles of each discipline in a multidisciplinary team and to improve multidisciplinary communication has been confirmed. The thesis has succeeded in developing new hypotheses from the gained information and therefore has met all the aims set out in the introductory part.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma Význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích: 25.5.2009

.....

Jindřiška Pulkertová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla nejvíce poděkovat svému vedoucímu práce prof. MUDr. Janu Pfeifferovi, DrSc. za cenné rady, připomínky a veškerou odbornou pomoc při zpracování tohoto tématu. Děkuji mu hlavně za jeho vzácný čas, který mi věnoval. Dále patří můj dík drahým kolegyním, ergoterapeutkám a kamarádkám, Bc. Olze Kolembusové a Ladislavě Doudové za poskytnutí mnoha odborných zdrojů a informací. Děkuji i mému příteli a odborníkovi ve fyzioterapii Mgr. Daliboru Smekovi za věcné připomínky a kritiku. V neposlední řadě chci poděkovat kamarádce Mgr. at Mgr. Janě Kučerové za jazykovou korekci této práce. Dík patří i mé rodině za podporu po celou dobu mých studií.

Obsah:

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Stáří a stárnutí.....	8
1.1.1 Stárnutí populace	9
1.1.2 Stárnutí populace a společnost	11
1.2 Rehabilitace a ergoterapie	13
1.2.1 Pojem rehabilitace	13
1.2.2 Pojem ergoterapie	14
1.2.3 Oblasti ergoterapie	16
1.3 „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) ...	19
1.3.1 Přehled členění MKF	20
1.3.2 Klasifikace v MKF	22
1.3.3 Aplikace MKF	23
2. Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíl Práce.....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3. Metodika	26
3.1 Použité metody první části výzkumu – Případové studie	26
3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru v případových studiích	27
3.1.2 Postup zkoumání v případových studiích	27
3.2 Použité metody v druhé části výzkumu – Dotazování	28
3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru při dotazování.....	28
3.2.2 Postup zkoumání při dotazování	28
3.3 Další použité metody - pozorování, analýza dokumentů	29
3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru a postup zkoumání při pozorování	29
4. Výsledky	30
4.1 Případové studie.....	30

4.1.1	<i>Kasuistika 1</i>	30
4.1.2	<i>Kasuistika 2</i>	38
4.1.3	<i>Kasuistika 3</i>	45
4.2	Výsledky dotazování	53
4.3	Ergoterapie u seniorů ve Velké Británii	56
4.4	Projekty a aktivity zaměřené na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v České Republice	62
4.4.1	<i>MKF na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích</i>	62
4.4.2	<i>MKF na Klinice rehabilitačního lékařství 1.LF UK v Praze</i>	64
4.5	Projekty a aktivity zaměřené na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v Evropě	66
4.5.1	<i>Projekt neurorehabilitačního oddělení v Lucernu</i>	67
4.5.2	<i>Odborná diskuse k významu MKF v rehabilitaci osob po CMP</i>	69
4.5.3	<i>WHO Disability Assesment Schedule (WHODAS II) a ICF Core sets</i>	70
4.6	Porovnání rozdělení kompetencí týmu při hodnocení zdraví a disability dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)	72
5. Diskuse	.....	77
5.1	Význam ergoterapie u starších osob ve vztahu k MKF a jejím komponentám	77
5.1.1	<i>Tělesné struktury a funkce</i>	77
5.1.2	<i>Aktivita a participace</i>	78
5.1.3	<i>Faktory prostředí, produkty a technologie</i>	82
5.2	Ergoterapie u starších osob, nové perspektivy	83
5.3	Význam MKF pro ergoterapii	86
6. Závěr	.....	90
7. Seznam použitých zdrojů	.....	92
8. Klíčová slova	.....	97
9. Přílohy	.....	98

Úvod

Celosvětové stárnutí populace vyžaduje zaměření pozornosti společnosti na péči o seniory. Nemoc či poranění ve vyšším věku s sebou přináší řadu specifických problémů jež zasahují všechny složky osobnosti staršího člověka, tj. fyzický a psychický stav, sociální i duchovní oblast. Obnovit či zabezpečit všechny oblasti člověka po poranění či nemoci je úkolem rehabilitace. Existuje celá řada profesí, které se na rehabilitaci podílejí. Jednou z těchto profesí je i ergoterapie. Domnívám se, že ergoterapie je v České republice stále nedostatečně zastoupena. Že není dostatečně znám a využíván její přínos pro rehabilitaci osob po úrazu či nemoci. Tedy i přínos v rehabilitaci starších osob. Mnohokrát je např. v pobytových zařízeních pro seniory pojem ergoterapie používán jako označení aktivizačních technik. Touto prací se pokusím vyjasnit širší možnosti uplatnění ergoterapie v rehabilitaci starších osob.

Ergoterapeut se, stejně jako každý pracovník pomáhajících profesí, snaží pracovat dle určitých ověřených strategií a postupů. Neustále se vzdělává, učí se novým vědomostem a dovednostem. Také ergoterapie, po přijetí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) Světovou zdravotnickou organizací v roce 2001, začala aplikovat tento model do své praxe. Česká republika se však dočkala překladu až v roce 2008. A to jen díky úsilí prof. Pfeiffera a doc.Švestkové z 1.Lékařské fakulty UK, díky podpoře MUDr. Pánové z Ministerstva zdravotnictví ČR, MUDr. Fabiana a Národní rady osob se zdravotním postižením ČR. Nyní je tento nástroj dostupný i odborníkům u nás a je třeba začít jej využívat v klinické praxi jednotlivých profesí. Jedním z cílů této práce je implementovat MKF do klinické praxe ergoterapie.

1. Současný stav

Při zpracování této práce vycházím z myšlenky, že ergoterapie je nezastupitelným prvkem moderního chápání rehabilitace. Ke snazšímu nalezení významu ergoterapie pro rehabilitaci starších osob je nutné se nejprve seznámit s teoretickými základy oboru a nastínit současnou situaci společnosti v oblasti stáří a stárnutí.

1.1 Stáří a stárnutí

Pojmem stáří označujeme pozdní fázi ontogeneze. Jak uvádí Kalvach (20), je obtížné stáří přesně vymezit a rozčlenit. Jednak pro mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů stáří, dále pro jejich heterochronii (nástup v různém věku) a jejich vzájemnou podmíněnost i rozpornost. Obvykle se rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné, ale nepostihuje dobře individuální rozdíly. V porovnání s historií se věková hranice neustále posouvá. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od 75 let. Od toho je odvozeno orientační členění stáří:

- 65 - 75 let: mladí senioři
- 75 - 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Sociální stáří vede k proměnám sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.

Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn člověka. Ani zde není shoda v tom, co by přesně mělo biologické stáří vyjadřovat. Obvykle se hodnotí funkční stav a výkon jako míra involuce, kondice i patologie, a to buď části (např. věk kardiorepirační) nebo organismu jako celku (20).

Také např. ve Velké Británii Ministerstvo zdravotnictví chápe starší osoby jako značně nehomogenní skupinu. V Národním zdravotním programu pro starší osoby rozděluje tyto osoby do tří skupin:

- 1) ti, kteří vstupují do stáří,
- 2) ti, kteří přecházejí od zdravého stáří do období křehkosti (frailty),
- 3) zranitelní staří lidé, křehké (frail) starší osoby (3).

Stařecká křehkost (fraitly) je chápána jako riziko vzniku náhlého zhoršení stavu u velmi rizikových osob. Vychází ze snížení fyziologických rezerv, což je spojeno se zvýšeným sklonem k pádům, frakturám, k omezení v denním životě a ztrátě nezávislosti. Za rizikové osoby se považují lidé nad 80 let, žijící osaměle nebo s partnerem se zdravotním problémem. Dále osoby s vážným somatickým nebo duševním onemocněním (40).

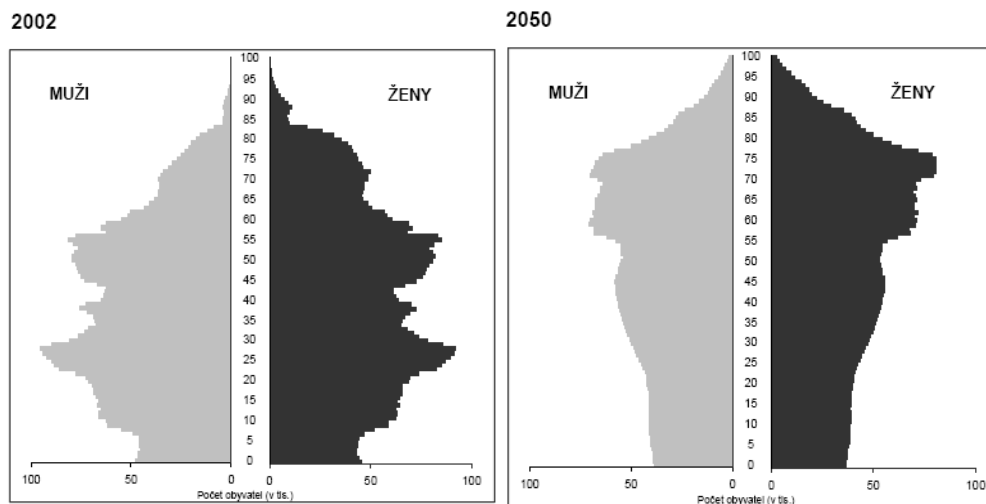
1.1.1 Stárnutí populace

Celkově lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že stále více lidí prožívá delší život než v minulosti. V populaci se zvyšuje podíl osob ve věku 65 let a více a naopak klesá podíl dětské populace (23). Mluvíme pak o jevu nazývaném stárnutí populace.

Ukazatelem pro mezinárodní srovnání věkové struktury obyvatelstva je index stáří konstruovaný jako poměr počtu osob ve věku 65 a více let připadajících na 100 dětí ve věku 0-14 let. Hodnota vyšší než 100 znamená, že počet osob starších 64 let převyšuje počet dětí. ČR v důsledku nižší hranici střední délky života se zatím neřadí k zemím EU s nejstarším obyvatelstvem (7). Avšak také u nás je typický postupný nárůst indexu stáří. V roce 2006 byl v ČR index stáří 100,2, o rok později již 102,4. Podíl osob ve věku 65 a více let nyní tvoří 14,6 % populace (48). Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem (ČSÚ) bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání s 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let. Tedy osoby ve věku 65 a více let

již budou tvořit 31,3 % populace (23). Na obr.1 z ČSÚ (6) lze vidět grafické znázornění věkového složení obyvatel ČR v roce 2002 a jeho předpokládaný vývoj v roce 2050.

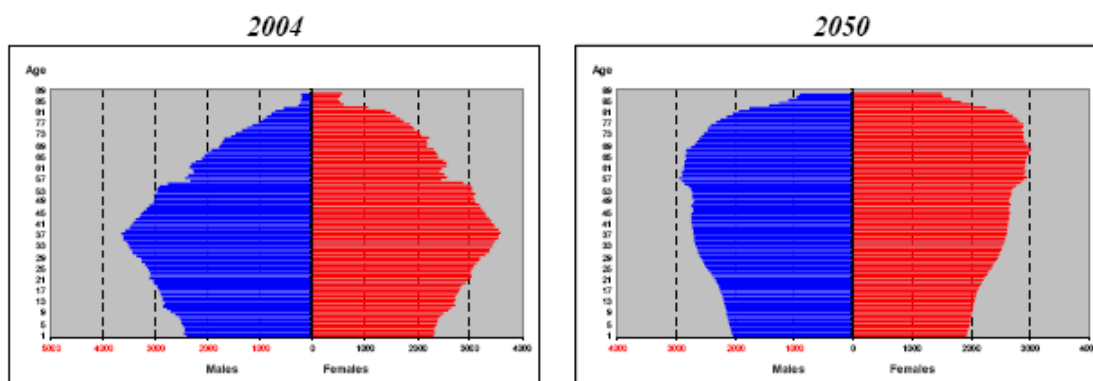
Obr. 1: Současné a předpokládané věkové složení obyvatel ČR



Zdroj: ČSÚ (6)

Také v Evropě se stalo charakteristickým rysem stárnutí populace. Na obr. 2 je předpokládaný vývoj věkové struktury obyvatel států EU, jak ji uvádí zvláštní zpráva Evropská komise z roku 2006.

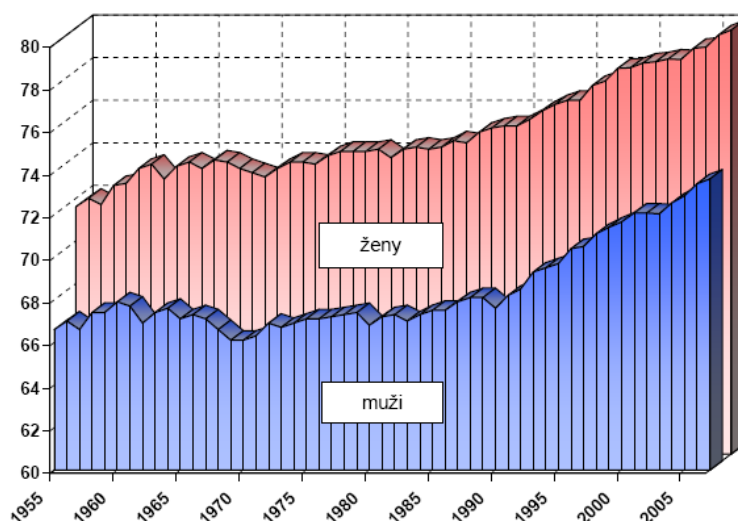
Obr. 2: Věkové pyramidy obyvatel 25 členských států EU v letech 2004 a 2050



Zdroj : Zpráva Evropské komise (38)

Na stárnutí populace má vliv vzrůst střední délky života obyvatel. Např. novorozený český chlapec měl v roce 1955 naději dožít se věku 66,6 let. V roce 2000 již věku 71,7 let a v roce 2007 věku 73,7 let (48). Podobný vývoj střední délky života v ČR platí i u dívek. Viz obr.3. Očekává se, že trend nárůstu střední délky života bude stále pokračovat. Proto se také předpokládá postupně pokračující stárnutí populace.

Obr. 3: Vývoj střední délky života při narození v ČR



Zdroj: MPSV (23)

1.1.2 Stárnutí populace a společnost

Na trend stárnutí populace by měla reagovat celá společnost. Růst počtu a podílu starších lidí vyžaduje přizpůsobení služeb a produktů jejich potřebám a preferencím. Jsou vytvářeny různá opatření a strategie reagující na stárnutí populace v oblasti politiky, ekonomie a služeb.

V České republice máme např. od roku 2006 Radu vlády pro seniory a stárnutí populace. Tato Rada je stálým poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů a stárnutí populace. Ve své činnosti usiluje o vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stárí v České republice a aktivní zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Zasedání rady se konají nejméně

tříkrát ročně (28). Vláda ČR, ve spolupráci s touto Radou, v lednu 2008 schválila *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, v němž stanovila základní priority a strategie pro dosažení a udržení kvalitního života ve stáří. V tomto dokumentu jsou jasně stanoveny cíle ČR v přístupu ke stárnutí a starým lidem na nadcházející období. Těmito cíly jsou:

- ✓ *Aktivní stárnutí*, tj. zvyšovat ekonomickou aktivitu a zaměstnanost starších osob, investovat do zdraví a vzdělání v průběhu celého života.
- ✓ *Prostředí a komunita vstřícná ke stáří*, tj. pozitivní vztah společnosti ke stáří, dostupnost veřejné dopravy, bydlení, zdravotní péče a sociálních služeb na úrovni obcí. Také např. desing, který respektuje změny a omezení způsobené stárnutím, tzn. vyrábět výrobky, které zároveň mohou používat i starší osoby.
- ✓ *Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří*, např. přizpůsobit zdravotní služby zvýšenému počtu starších osob, tj. zajistit dostupnost geriatrické, paliativní péče a rehabilitace. Dále hodnotit zdravotní stav starších lidí nejen délkou života, prevalencí chorob, ale především funkční zdatností a kvalitou života. Poskytovat dlouhodobé služby v přirozeném prostředí starších osob na tzv. komunitní úrovni, podporují sociální začlenění.
- ✓ *Podpora rodiny a pečovateli*, tj. např. odborná a sociální podpora rodiny a pečovatele. Také vytvořit podmínky umožňující soulad zaměstnání a péče.
- ✓ *Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv*, tj. např. zapojení starších osob do života komunity a společnosti, účinná prevence a další opatření v oblasti psychologického, finančního a sexuálního zneužívání starších osob aj. (23).

Také mezinárodní organizace a instituce se zabývají otázkou stárnutí populace. Na podkladě demografických ukazatelů pak vznikají mezinárodní dokumenty, jež určují strategie a cíle v mezinárodním měřítku. Např. v roce 2002 vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) dokument „Active Ageing: A Policy Framework“ - „Aktivní stárnutí: Metodický rámec“ (1). V současnosti je tendence vést politiku a služby v duchu aktivního stárnutí. Aktivní stárnutí je možno jednoduše vyjádřit jako zdárné stárnutí a dobré žití v pozdějším věku (3). Jestliže má být stárnutí pozitivní zkušeností, delší život by měl být spojen s pokračujícími možnostmi v oblastech zdraví, participace a bezpečí. Zdraví, participace a bezpečí jsou třemi hlavními pilíři metodického rámce WHO pro aktivní stárnutí. WHO proto vymezila termín aktivní stárnutí jako proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí ve stáří ke zlepšení kvality života i lidského stáří (1).

1.2 Rehabilitace a ergoterapie

1.2.1 Pojem rehabilitace

Termín rehabilitace je poměrně často používán. V České republice však mylně pouze ve spojitosti s problémy porušené motoriky a léčbou bolestivých syndromů (25). Význam tohoto pojmu je mnohem obsáhlejší. Rehabilitace je dle WHO vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém. Jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů s funkčním omezením způsobených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života (25). Rehabilitace k tomu cíly využívá léčebné, sociální, pedagogicko-výchovné a pracovní prostředky, technická opatření i další možnosti (2). Podle toho, jakých prostředků využíváme, mluvíme o léčebných, sociálních, pedagogicko-výchovných a pracovních prostředcích rehabilitace. Rehabilitace by měla dle WHO poskytovat lidem s disabilitou vhodné nástroje pro zachování soběstačnosti a sebeurčení (44).

Léčebných prostředků využívá rehabilitace ve zdravotnických zařízeních. Rehabilitace ve zdravotnictví zahrnuje soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti a vytvoření podmínek k jejich dosažení. Výstupem je obnova nebo substituce porušené funkce, která v rámci procesu rehabilitace vytvoří základní předpoklady pro inkluzi (integraci) do společnosti. Rehabilitace ve zdravotnictví využívá především prostředky fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a zajišťování prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (36). *Sociální prostředky rehabilitace* se využívají v procesu podpory integrace osob do společnosti. Usiluje se o získání, obnovení či posílení samostatnosti uživatele rehabilitace. Těmito prostředky se také např. poskytuje ochrana osob při omezení možností uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. Sociální prostředky rehabilitace napomáhají vyrovnávání příležitostí pro osoby v rehabilitaci. *Pedagogicko-výchovné prostředky* v rehabilitaci představují souhrn pedagogických činností zaměřených k rozvoji osobnosti a podpoře vzdělávání osob v rehabilitaci a k odstranění negativních důsledků jejich disability v procesu vzdělávání. Výstupem rehabilitace je pak připravenost osoby v oblasti vědomostí, dovedností a návyků k společenskému a pracovnímu uplatnění. *Pracovních prostředků rehabilitace* se využívá v procesu péče s cílem získat a zachovat vhodné zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením (36). Skutečné pracovní uplatnění osoby v produktivním věku můžeme považovat za završení rehabilitace (2).

1.2.2 Pojem ergoterapie

Termín ergoterapie můžeme nejprve vysvětlit z etymologického hlediska. Slovo ergoterapie vzniklo spojením řeckého slova ergon - práce, dílo, čin a řeckého therapeuo - uctívat, obsluhovat, pečovat o někoho, léčit (30). Z tohoto výkladu by se mohlo zdát, že výstižným ekvivalentem pro ergoterapii by mohlo být označení léčba prací. Tento termín je však dnes zastaralý (již od 70.let 20.stol. se nepoužívá) a je také zcela

zavádějící (39). Nedokáže obsáhnout rozsah zájmu a dopad ergoterapie na každodenní život osoby v rehabilitaci. Termín ergoterapie se užívá jen v některých jazycích, např. v němčině, francouzštině a ve španělštině. V anglosaských zemích je používán pojem occupational therapy, běžně se zkracující na OT (39).

Při vymezení pojmu ergoterapie nám může pomoci i definice Světové federace ergoterapeutů (WFOT) se sídlem v Austrálii, z roku 2004, která v originál říká:

“Occupational therapy is a profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by enabling people to do things that will enhance their ability to participate or by modifying the environment to better support participation” (47).

Volně přeloženo: „Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody (well-being) prostřednictvím aktivity a činností (zaměstnávání). Ústředním cílem ergoterapie je umožnit osobám zapojit se do aktivit každodenního života. Ergoterapeuti toho dosahují tím, že umožňují osobám zlepšit jejich dovednosti a schopnosti nutné k participaci (zapojení do společnosti) nebo úpravou prostředí, která participaci podpoří“.

Česká asociace ergoterapeutů ve své koncepci oboru (18) definuje ergoterapii jako profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využití schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života které jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná. Ergoterapie podporuje participaci člověka v běžném životě a využívá k tomu specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí (18).

1.2.3 Oblasti ergoterapie

Ergoterapie vychází z myšlenky, že člověk je aktivní bytost, která se vyvíjí díky činností, jež vykonává. Člověk je schopen prostřednictvím (pro něj) smysluplných činností ovlivňovat své fyzické a psychické zdraví a měnit sociální a fyzické prostředí, které ho obklopuje. Během života je nucen se neustále adaptovat na okolní situace. Proces adaptace mohou narušit biologické či psychologické faktory a vlivy prostředí, může se objevit dysfunkce. Znovunavození adaptace je možné prostřednictvím smysluplné a cílené aktivity. Ergoterapie je založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání/zaměstnávání), která zahrnuje interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivnění dysfunkce (13).

Ergoterapie se zaměřuje především na podporu schopnosti jedince vykonávat aktivity každodenního života. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit jedinci provádět činnost či zaměstnání, které považuje za užitečné nebo smysluplné, v jeho vlastním sociálním prostředí (Z).

Jak uvádí ergoterapeutka R. Hagedorn (13), ergoterapie působí převážně na tři oblasti lidského života:

1, Soběstačnost (péče o sebe sama i druhé). V tzv. běžných denních činnostech zvládnout aktivity jako např.oblékání, komunikaci s okolím, domácí práce, ale i péči o děti a partnera, zajištění si určitého standardu života.

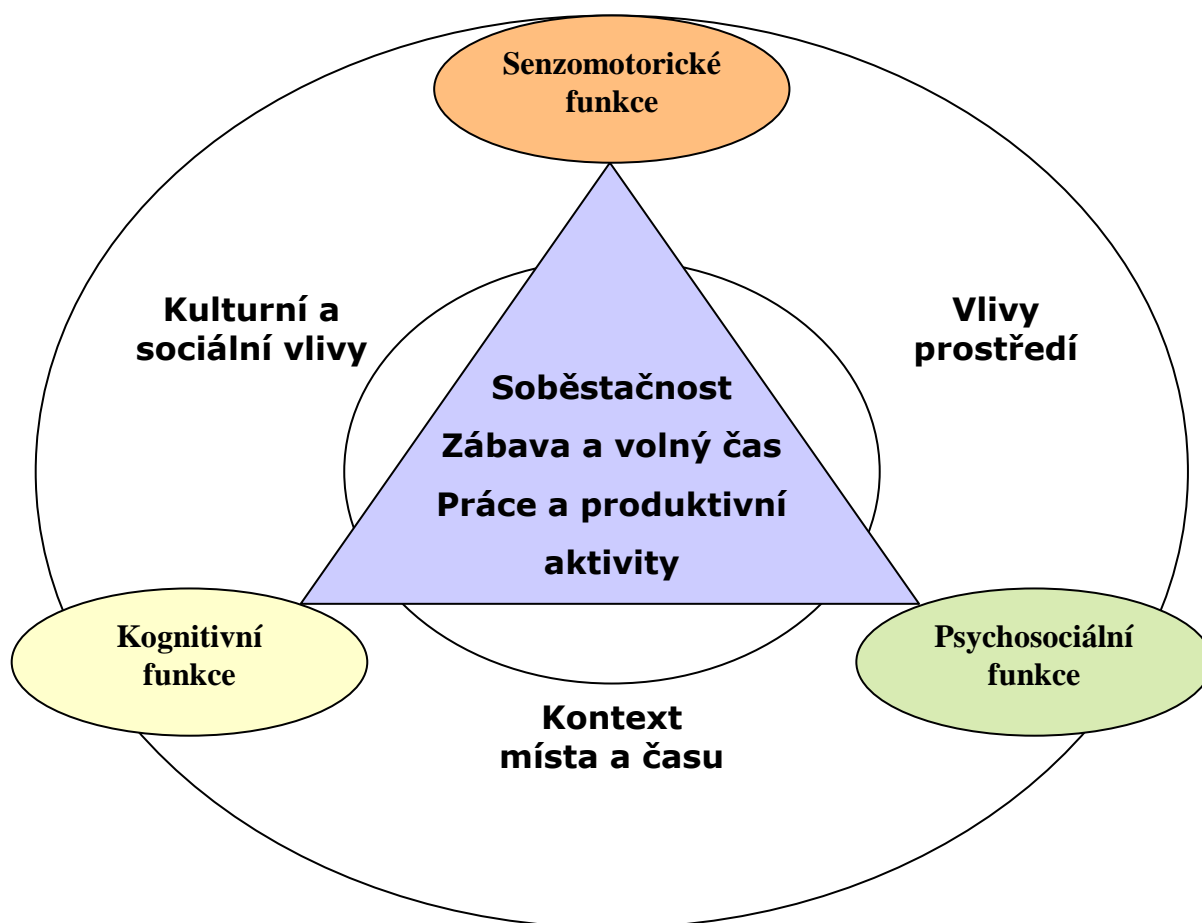
2, Práce a produktivní aktivity. Do této oblasti patří zaměstnání a profesní život. Také příprava na budoucí zaměstnání (rekvalifikace nebo studium) a práce v domácnosti.

3, Zábava a volný čas. Tato oblast aktivit je poměrně široká. Jsou to různé záliby a koníčky, sporty, kulturní a sociální aktivity.

Výkon ve všech aktivitách je determinován funkcemi *senzorickými, motorickými, kognitivními a psychosociálními*. Terapeut tedy pro zlepšení samostatnosti rehabilitanta např. při přípravě stravy, může ovlivňovat v terapeutické aktivitě čítí a motoriku jeho horní končetiny a působit tak na senzomotorické funkce. Na všechny

tří výše uvedené oblasti lidského života působí i *socio-kulturní prostředí člověka* v terapii. Ergoterapeut je nutně musí brát v potaz spolu *s kontextem místa a času*, kde a kdy s osobou pracuje. Tento jednoduchý vztah funkcí a prostředí jednoznačně vypovídá o rozsahu působení ergoterapie a o složitosti řešení vzniklých dysfunkcí (Viz schéma 1). Proto např. problém při oblékání může pramenit buď z poruchy hybnosti, nebo z poruchy kognitivních funkcí, a nebo z kombinace obojího (30).

Schéma 1: Vztah funkce a prostředí na výkon



Zdroj: upraveno dle R.Hagedorn (30)

Ergoterapeutky McIntyre a Atwal (3) poukazují na ergoterapii nejen jako na nástroj pro řešení nemoci a disability, ale i jako na nástroj ke zlepšení stavů zdraví. Popisují tři typy podpory zdraví v ergoterapii:

I. Primární:

- zacílená na zdravou populaci, na prevenci nemocí a disability
- ergoterapeut pracuje se zdravými staršími osobami (např. programy na kognitivní trénink-cvičení paměti)

II. Sekundární:

- vedená individuálně či ve skupině
- s cílem změnit zdraví poškozující návyky, zabránit vývoji nemoci v chronickou či ireverzibilní formu, navrátit dřívější stav zdraví, kde je to možné (např. výuka technik ve skupině prevence pádu)

III. Terciální:

- uskutečňuje se u lidí, kteří mají chronické obtíže nebo disability, se snahou využít co nejvíce jejich potenciálu
- ergoterapie je aktivně zahrnuta do rehabilitace u starších osob

Využití ergoterapie ve všech oblastech podpory zdraví, tedy i v oblasti primární prevence, není zatím zcela obvyklé.

1.3 „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Dle odhadů WHO je na celém světě asi 650 milionů lidí žijících s disabilitou (44). V Evropě tvoří tato skupina osob asi 9-13% (45). Pojem disability se stává stále důležitějším problémem s rozvojem moderní medicíny, která zvládá léčit i velmi těžké poruchy, dříve smrtelné (35). V posledních 30 letech lze sledovat omezení, které člověk prožívá v souvislosti s poruchami některých struktur a funkcí. Tyto omezení lze kompenzovat funkcemi neporušenými, tedy zdravím a faktory prostředí. Pojem disability se stal na mezinárodní úrovni zastřešujícím výrazem v oblasti funkčních poruch, aktivit a participací. Je jedním ze základních pilířů ICF Světové zdravotnické organizace (WHO) (45).

Již v roce 1980 WHO přijala dokument International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH). Zde byla poprvé vyjádřena myšlenka, že stejná diagnóza může mít pro různé lidi zcela odlišné následky. Dokument se stal v mnoha zemích základem pro hodnocení a posuzování nároků k vyrovnání příležitostí osob po úrazu či nemoci. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO konečnou podobu tohoto dokumentu pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (16). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, známá pod zkratkou MKF, je klasifikace zdraví a ke zdraví se vztahujících domén. Tyto domény jsou klasifikovány z tělesných, individuálních a sociálních perspektiv ve dvou seznamech: 1. Tělesné funkce a struktury 2. Aktivity a participace (43). Pomocí MKF hodnotíme situace, kdy je snížena aktivita v činnostech a úkolech, zároveň hodnotíme také funkce a schopnosti neporušené (health). Hodnotí se i faktory prostředí, které mohou být pro danou situaci bariérové či naopak facilitující. MKF nehodnotí člověka jako takového, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být omezující (disabling), přičemž je člověk zdrav (16).

MKF má dvě části, každou se dvěma komponentami:

Část 1: Funkční schopnost a disabilita

a, Tělesné funkce a struktury - fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických) a anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti

b, Aktivita a participace - provádění úkolu či činu člověkem a zapojení do životní situace

Část 2: Spolupůsobící faktory

a, Faktory prostředí - fyzické a sociální faktory a postoje lidí v prostředí, kde žijí

b, Osobní faktory - vlastnosti jedince

Jednotlivé komponenty hodnocení se dále dělí na podrobnější domény. Všechny komponenty i domény lze pomocí číselného vyjádření kvantifikovat. Tedy určit, zda je v konkrétní doméně problém, a jak závažný, či vyjádřit stupeň zdraví, kdy je problém nepřítomen či je zcela nepatrný (25). Numerickým kódem lze upřesnit i vliv faktoru prostředí, tedy zda je facilitující nebo omezující (45).

1.3.1 Přehled členění MKF

Základní komponenty MKF:

1, Tělesné funkce (body function) – označené malým písmenem „b“

- dělí se na tyto kapitoly:

- Mentální funkce (b 110- b 199)
- Smyslové funkce a bolest (b 210- b 299)
- Funkce hlasu a řeči (b 310- b399)
- Funkce kardiovaskulárního, hematologického, imunologického a respiračního systému (b 410- b 499)
- Funkce metabolického, zažívacího a endokrinního systému (b 510- b 599)
- Funkce urogenitální a reprodukční (b 610- b 699)
- Funkce neuromuskuloskeletární a funkce vztahující se k pohybu (b 710- b 799)
- Funkce kůže a k ní se vztahujících struktur (b 810- b 899)

2, Tělesné struktury (body structures) – označené malým písmenem „s“

- dělí se na tyto kapitoly:
 - Struktury nervového systému (s 110- s 199)
 - Oko, ucho a příslušné struktury (s 210- s 299)
 - Struktury vztahující se ke hlasu a řeči (s 310- s 399)
 - Struktury kardiovaskulárního, imunitního a respiračního systému (s 410- s 499)
 - Struktury vztahující se k zažívání, metabolismu a endokrinnímu systému (s 510- s 599)
 - Struktury vztahující se k urogenitálnímu a reprodukčnímu systému (s 610- s 699)
 - Struktury vztahující se k pohybu (s 710- s 799)
 - Kůže a k ní se vztahující struktury (s 810- s 899)

Pokud je tělesná funkce či struktura problémová, jeví se u ní signifikantní odchylka nebo ztráta, pak používáme pojmu porucha nebo porušení dané funkce nebo struktury (impairment) (35).

3, Aktivity a participace (v případě, že je aktivita limitovaná nebo participace restringovaná, jde o vznik disability(35)). Aktivity a participace jsou označené malým písmenem „d“.

- dělí se na tyto kapitoly:
 - Učení se a aplikace znalostí (d 110- d 199)
 - Všeobecné úkoly a požadavky (d 210- d 299)
 - Komunikace (d 310- d 399)
 - Pohyblivost (d 410- d 499)
 - Péče o sebe (d 510- d 599)
 - Domácí život (d 610- d 699)
 - Mezilidská jednání a vztahy (d 710- d 799)
 - Hlavní oblasti života (d 810- d 899)
 - Komunita, sociální a občanský život (d 910- d 999)

4, Faktory prostředí (environmental factors) – označené malým písmenem „e“

- Produkty a technologie (e 110- e 199)
- Přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí (e 210- e 299)
- Podpora a vztahy (e 310- e 399)
- Postoje (e 410- e 499)
- Služby, systémy a principy řízení (e 510- e 599)

Další komponentou jsou **osobní faktory**. Ty jsou charakterizovány věkem, pohlavím, vzděláním, schopnostmi, povahovými a charakterovými rysy, rodinnými vlivy apod. (35). Tyto faktory nejsou v ICF klasifikovány pro příliš široký rozsah kulturních rozličností s tím spojených. Nicméně jsou včleněny do základního schématu, aby se ukázal jejich přínos, který může mít vliv na výsledek nejrůznější intervence (45).

1.3.2 Klasifikace v MKF

Každá klasifikace vyžaduje použití jednotných kvalifikátorů, jež vyjádří velikost stupně zdraví nebo závažnost zdravotního problému. V MKF jsou kvalifikátory stejné pro všechny komponenty i domény (35). Kvalifikátorem je číslo za tečkou každého kódu. Číslo 0 vyjadřuje nepřítomnost problému (0-4%), 1 lehký problém (5-24%), 2 střední, snesitelný problém (25-49%), 3 těžký problém (50-95%) a 4 úplný, totální problém (96-100%) v dané doméně (25). Např. kód b 7302.1 vyjadřuje lehkou poruchu svalové síly na jedné polovině těla. Při kódování tělesných struktur je možno použít až tři kvalifikátory, které popisují nejen rozsah poruchy, ale i příčinu a lokalizaci. Např. s73021- klouby ruky a prstů

s73021.1 rozsah- lehká porucha

s73021.16 příčina- odchýlená pozice

s73021.163 lokalizace- obě strany

Při kódování aktivit a participací se používají dva kvalifikátory. První za tečkou je kvalifikátor výkonu (provedení výkonu) a druhý je kvalifikátor kapacity (popisu

schopnosti daného člověka). Faktory prostředí je nutno kódovat z perspektivy osoby, jejíž situace se popisuje. Např. výškový rozdíl okraje chodníku může být bariérový pro uživatele vozíku a naopak facilitační pro nevidomého. Kvalifikátor (číslo za tečkou) je zatím jen jeden a vyjadřuje, zda je faktor prostředí facilitující (před číslem znaménko +) či bariérový (pouze číslo). Číslo 0 vyjadřuje žádná bariéra, +0 žádná facilitace u daného faktoru prostředí (**45**). Např. z kódu e350.+3 vyčteme, že domácí zvíře působí jako vysoká facilitace v oblasti podpory a vztahů daného jedince.

1.3.3 Aplikace MKF

Implementace MKF započala již v roce 2001, kdy 54. Světové zdravotnické shromáždění přijalo MKF jako rámec pro popis a měření zdraví a disability. Od té doby je tato klasifikace aplikována na národních a mezinárodních úrovních. Je užívána k mezinárodnímu a národnímu popisu zdraví a disability, v klinické a epidemiologické praxi, jako nástroj sociální politiky a ve výzkumu (**42**).

MKF je vyvinuta tak, aby mohla sloužit různým disciplínám a různým sektorům. Cíle MKF lze shrnout následovně:

- Poskytnout vědecké báze k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, východisek a determinant.
- Zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za účelem zlepšení komunikace mezi různými uživateli, jako jsou pracovníci ve zdravotní péči, vědci, politici a veřejní pracovníci, včetně osob s disabilitami.
- Umožnit srovnání mezi zeměmi, mezi disciplínami a srovnání v čase.
- Poskytnout systematické kódovací schéma pro systém zdravotnických informací (**45**).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je využívána pro potřeby statistiky při shromažďování a zaznamenávání dat a ve výzkumu (**35**). V klinické praxi je používána např. pro posudkové potřeby, při funkčním hodnocení

a plánování a hodnocení léčebných postupů (42). ICF je vhodná pomůcka sociální politiky při plánování a aplikaci sociálního zabezpečení a kompenzačních systémů. Klasifikaci lze využít ve výuce při tvorbě osnov a podpoře povědomí (45).

Hodnocení MKF a ergoterapii spojuje důraz na provázanost faktorů prostředí s výkonem činnosti. Poukazují na vzájemný vztah *osoba - prostředí - činnost*.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

Cíl 1: Hlavním cílem této diplomové práce je objasnit význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů.

Cíl 2: Důležitým cílem práce je ukázat, jak je možné používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v klinické praxi ergoterapie.

Cíl 3: Dalším, byť nepřímým cílem práce, je formulovat na základě tohoto výzkumu nové hypotézy k danému tématu, které by mohly být podkladem případného následného zkoumání.

2.2 Výzkumné otázky

Práce se bude zabývat těmito problémy a řešit tyto výzkumné otázky:

- 1) *Je ergoterapie prostředkem rehabilitace zaměřeným pouze na ovlivnění soběstačnosti starších osob nebo ji lze využít i k dalším účelům?*
- 2) *Jaký existuje rozdíl v ergoterapii u seniorů v ČR a ve Velké Británii?*
- 3) *Jak lze Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) využít pro praxi ergoterapie?*

3. Metodika

Jako hlavní přístup zkoumání v této práci byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Vycházejme z myšlenky, že cílem kvalitativního výzkumu je porozumění. Porozumění s nutností vzhledu do co největšího množství dimenzí daného problému (8). Tato práce tedy přinese informace pro vzhled do ergoterapie jako jednoho z prostředků rehabilitace u starších osob. Jak uvádí Disman (8), kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. Je třeba nejprve shromáždit všechna data a informace, provést pozorování, rozhovory. Pak se hledají pravidelnosti a významy těchto dat a formulují se předběžné závěry. Výstupem kvalitativního zkoumání mohou být nově formulované hypotézy nebo nové teorie.

Dle Hendla (14) se realizace kvalitativního výzkumu se často jeví v mnoha směrech mnohem obtížnější než realizace výzkumu, založeného na osvědčených metodách tradiční (kvantitativní) metodologie. Příčinou je kromě jiného i skutečnost, že shromažďovaná data mají subjektivní charakter a hlavním instrumentem výzkumu je samotný výzkumník. Na druhé straně, většina metod kvalitativního výzkumu vychází z každodenních, běžně prováděných činností. Pozorování, rozhovor a vyhodnocování slovních informací patří mezi základní úkony každého člověka (14).

3.1 Použité metody první části výzkumu - Případové studie

Osobní případové studie byly použity jako hlavní prostředek k získání informací vedoucích k nalezení odpovědí na otázky tohoto výzkumu. Informace se týkaly otázek uplatnění ergoterapie při rehabilitaci seniorů a využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) pro praxi ergoterapie.

K získání dat pro případové studie byly použity tyto techniky: analýza dokumentů, polostrukturované dotazování, neparticipantní a participantní pozorování.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru v případových studiích

Do výzkumu byly zařazeny osoby, které byly následkem úrazu či nemoci hospitalizovány v Městské nemocnici následné péče v Praze 9, a zároveň ti, u nichž při pobytu v této nemocnici probíhala ergoterapie. Jedná se o tři dospělé osoby, jednoho muže ve věku 100 let a dvě ženy ve věku 76 a 82 let.

3.1.2 Postup zkoumání v případových studiích

Studie probíhaly v běžné klinické praxi ergoterapeuta na oddělení ergoterapie Městské nemocnici následné péče (MNNP) v Praze 9 v časovém období od října 2008 do dubna 2009. Zjištěná data byla zpracována do tří kasuistik v jednotné struktuře.

Všichni respondenti nejprve souhlasili se záznamem a zpracováním informací pro tuto práci. Každý případ byl zpracován v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů, jména či identifikační čísla nebyla nikde v záznamu výzkumu použita.

Nejprve byly zjištěny základní informace o situaci zkoumané osoby z dokumentace a od členů týmu nemocnice. Dále byla osoba hodnocena ergoterapeutem v oblasti mobility, funkce horních končetin, úrovně soběstačnosti v personálních i instrumentálních ADL, komunikačních a kognitivních funkcí. Byla zjišťována oblast sociální situace, pracovního uplatnění a zájmů. Získaná data byla zpracována do písemných popisů, kde byla zaznamenána základní diagnosa osoby v kontextu anamnestických dat. Dále byl v popisu na základě ergoterapeutických hodnocení stanoven cíl a plán ergoterapie. Situace osoby na počátku ergoterapie byla zaznamenána do schématu, jež vychází z modelu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. O průběhu terapie byly vedeny záznamy, které dopomohly popsat průběh terapií. Na konci ergoterapie bylo provedeno opět zhodnocení situace osoby, které bylo znovu převedeno do schématu vycházejícího z ICF modelu.

K vyhodnocení a porovnání stavu soběstačnosti byl použit standardizovaný test FIM (Functional Independence Measures) - Test funkční míry nezávislosti. Hodnoty Funkční míry nezávislosti byly (FIM) převedeny na hodnoty Mezinárodní klasifikace

funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Názvy jednotlivých položek hodnocení soběstačnosti byly ponechány shodné s názvy původních položek hodnocení FIM a byly k nim doplněny obsahově shodné kódy MKF. K takto vytvořeným doménám byly přiřazeny číselné kvantifikátory. K převodu byl vytvořen jednoduchý klíč, který se opíral o porovnání míry nutné dopomoci a míru obtíží v provádění úkonu vyjádřené v procentech.

Celý popis situace zkoumané osoby byl ukončen krátkým závěrem, který jednoduchým vyjádřením shrnul výsledky ergoterapie.

3.2 Použité metody druhé části výzkumu - Dotazování

Druhou výzkumnou metodou této práce bylo dotazování. Informace takto získané napomohly odpovědět na zkoumanou otázku o uplatnění ergoterapie v rehabilitaci starších osob, spolu s informacemi z případových studií a z pozorování.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru při dotazování

Do výzkumu byly zařazeny dospělé osoby, které byly následkem úrazu či nemoci hospitalizovány v Městské nemocnici následné péče v Praze 9, a které se během hospitalizace setkali s ergoterapií. Celkem bylo rozdáno 100 tiskopisů v období od září 2008 do března 2009. Řádně vyplněných jsem zpět získala 67.

3.2.2 Postup zkoumání při dotazování

Cílem dotazování nebylo ani tak ověření otázky, zda osoby v nemocnici považují ergoterapii za užitečnou či nikoliv. Hlavním cílem bylo získat informace o důvodu pozitivního hodnocení ergoterapie, a tím zjistit, jaké aspekty ergoterapie lidé vnímají, v čem je subjektivně ovlivňuje.

Respondenti odpovídali písemně na tyto dvě otázky:

1, Domníváte se, že je ergoterapie v nemocnici prospěšná?

2, Pokud ano, v čem? Jaký je přínos ergoterapie?

Získané odpovědi na druhou otázku byly přepsány do dokumentu. Obsahově zajímavé vyjádření bylo barevně zvýrazněno pro snazší orientaci v textu.

3.3 Další použité metody - pozorování, analýza dokumentů

Ke zkoumání otázky rozdílu ergoterapie u seniorů u nás a ve Velké Británii a otázky využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v ergoterapii byla ve výzkumu použita nejprve technika participativního - zúčastněného pozorování. Ta patří dle Hendla (14) mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Zahrnuje přímou účast na dění, pozorování, interview s účastníky situací, analýzu osobních dokumentů i introspekci samotného výzkumníka (8). K doplnění informací byla ještě navíc použita technika sekundární analýzy dat.

3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru a postup zkoumání při pozorování

Touto metodou byly zkoumány vztahy mezi lidmi, organizace událostí a lidí na oddělení ergoterapie v Homerton University Hospital v Londýně na jaře roku 2006 při týdenní stáži. Snahou bylo podchytit a zaznamenat práci ergoterapeutů v londýnské nemocnici v Elderly care týmu, týmu, který pracuje se staršími osobami. Zkoumaným souborem byly všechny osoby, tj. zaměstnanci a pacienti nemocnice. Dále byl metodou pozorování zkoumán průběh části projektu Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity „Používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“ při hodnocení osob v Centru sociálních služeb Empatie.

Zajímavá data a zjištění byla zaznamenávána průběžně přímo na místě. Po ukončení pozorování a po analýze všech dat byla vypracována souhrnná zpráva, která je součástí praktické části práce.

4. Výsledky

4.1 Případové studie

4.1.1 Kasuistika 1

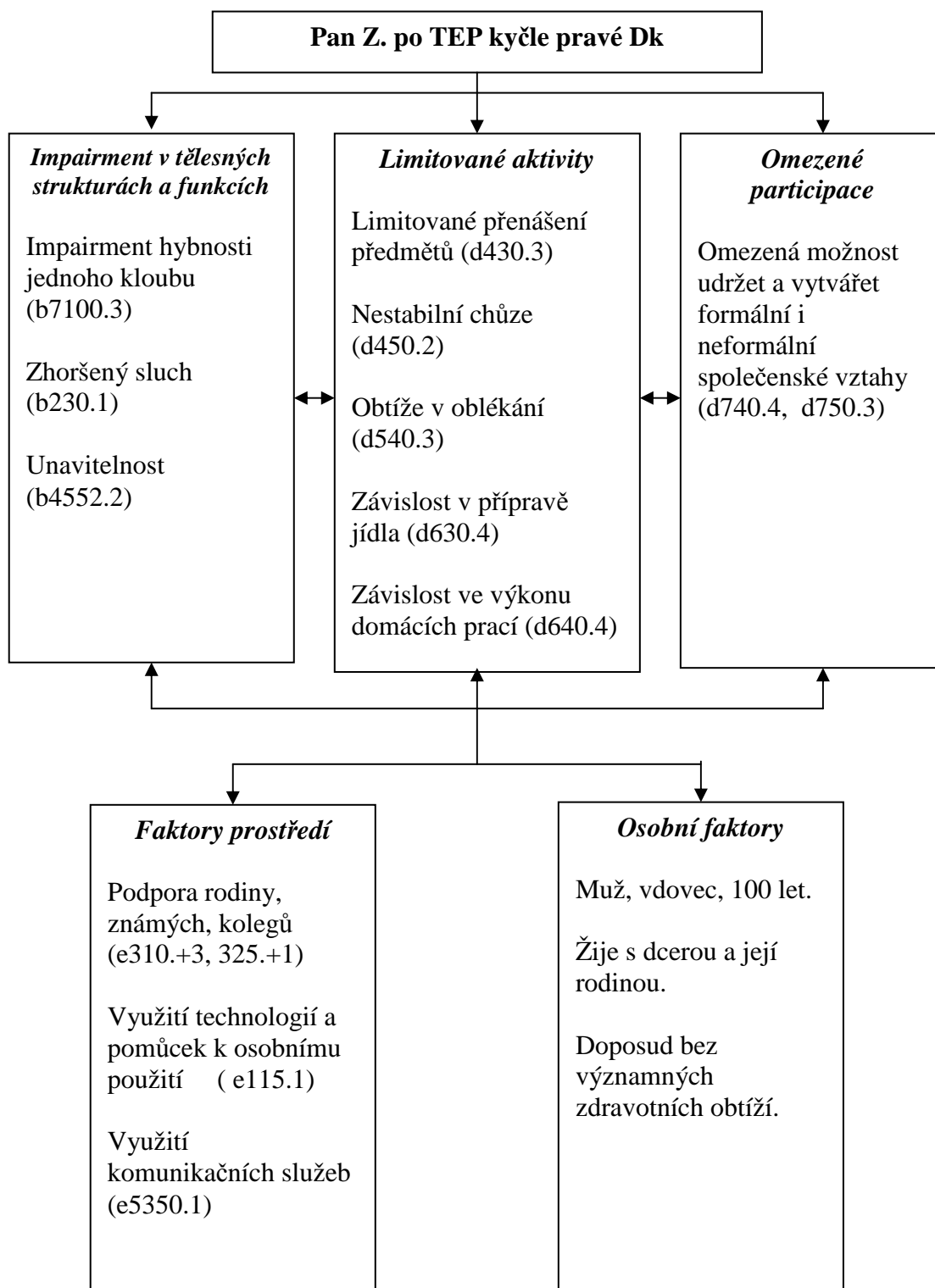
Panu Z. bylo v prosinci r. 2008 sto let. Má vysokoškolské vzdělání a ve svém oboru pracoval do vysokého věku. Stále je ještě v kontaktu se svou profesí i s aktuálním společenským děním přes kontakty s přáteli. Pan Z. je vdovec, již 15 let žije u dcery a její rodiny v panelovém domě. Byt je ve 3.patře, v domě je výtah. V bytě pan Z. obývá jednu větší místnost, kde má krom lůžka i psací stůl, počítač aj. WC a koupelna jsou vzdáleny od pokoje asi 6 metrů, v koupelně je vana s madlem. Před úrazem byl pan Z. soběstačný v personálních ADL (běžných denních činnostech), při chůzi používal 1 francouzskou hůl. S instrumentálními ADL, jako je vaření, úklid, kontakt s bankou a úřady, pomáhala dcera s rodinou.

V listopadu 2008 pan Z. utrpěl po pádu na ulici frakturu krčku femuru pravé dolní končetiny (Dk). Úraz byl řešen operací, byla implantována totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu.

Ergoterapie započala asi po dvou týdnech od začátku hospitalizace v Městské nemocnici následné péče, téměř měsíc po operaci. V té době již probíhala fyzioterapie s cílem nácviku chůze o 2 francouzských holích.

Po sběru dat ze zdravotnické dokumentace a informací od lékaře a fyzioterapeuta nemocnice bylo provedeno vstupní ergoterapeutické hodnocení. Informace pro hodnocení byly získány převážně technikou pozorování. Na základě tohoto hodnocení ergoterapeutem byl definován cíl a plán terapie u pana Z. Situaci pana Z. na počátku ergoterapie lze vyjádřit pomocí domén MKF a jejich kvantifikátorů, které jsou znázorněny v následujícím schématu 2.

Schéma 2: Situace pana Z. na počátku terapie



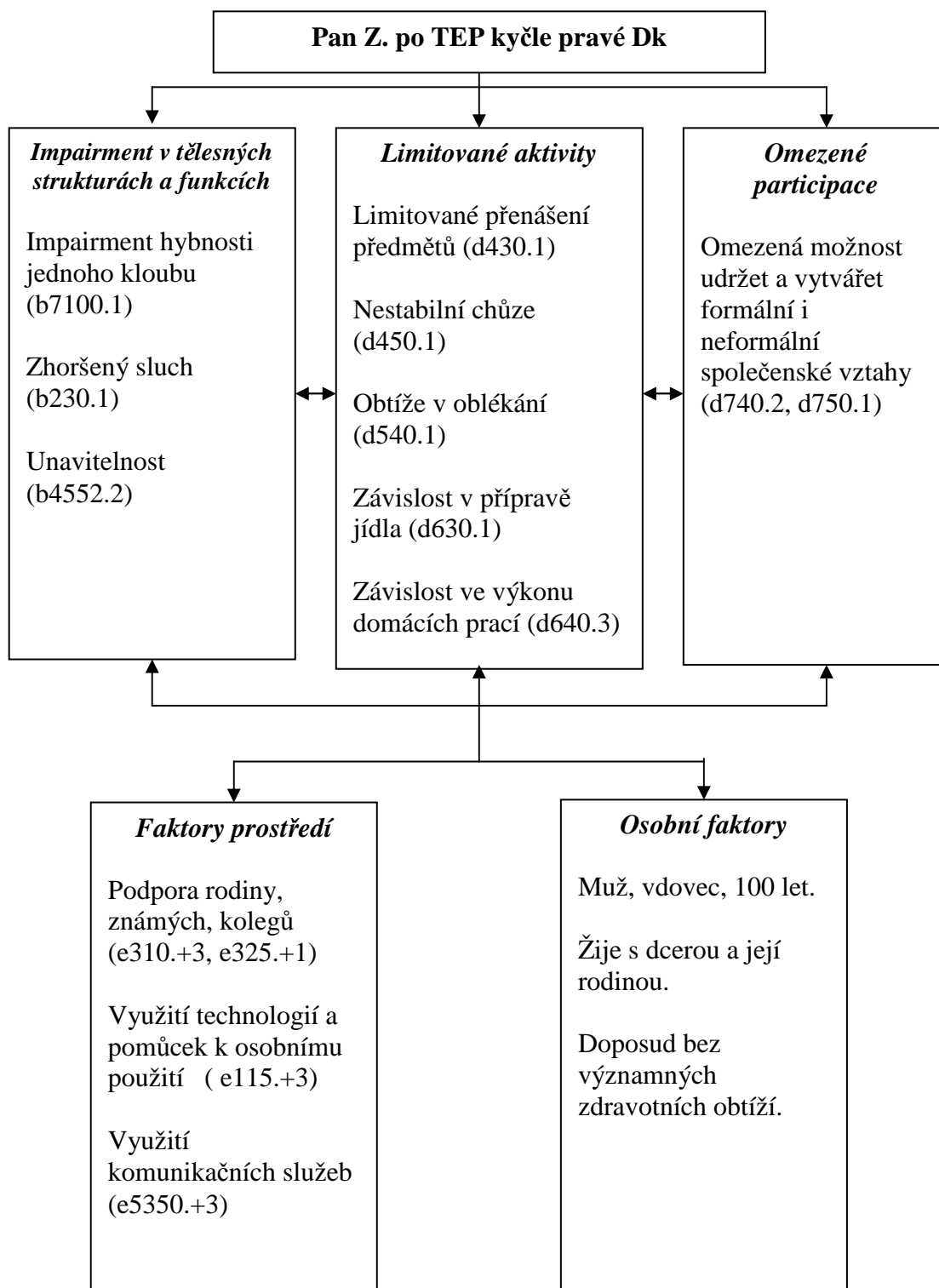
Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem ergoterapie bylo stanovení zlepšení soběstačnosti v personálních i instrumentálních ADL. V plánu terapie byly stanoveny tyto kroky:

- 1, Nacvičit samostatné oblékání dolní poloviny těla a obouvání.
- 2, Zvolit vhodné kompenzační pomůcky.
- 3, Doporučit vhodné drobné úpravy bytu a pohybového režimu jako prevence pádu.
- 4, Vyzkoušet přípravu nápoje, pohyb po bytě, přenášení předmětů a další činnosti pro pobyt v domácím prostředí.
- 5, Během hospitalizace v nemocnici zlepšit přístup k informacím a společenským kontaktům (PC s internetem v jídelně oddělení, přístup k tisku, TV).
- 6, Zhodnotit aktuální výkon před propuštěním do domácího prostředí a případně navrhnout vhodnou podporu či službu (např. pečovatelskou službu).

Během terapie pan Z. výborně spolupracoval. Asi po dvou týdnech již zvládal oblékat ponožky pomocí ručníku, obléknout si kalhoty a obout boty s využitím dlouhé obouvací lžice. Také jistota při chůzi po rovině o 2 francouzských holích se zvýšila. Další intervence ergoterapeutky byla proto zaměřena již na složitější ADL. V modelových situacích ve cvičném bytě ergoterapeutka identifikovala nižší energetickou kapacitu a zhoršenou stabilitu při delším stání či přecházení. Následně byly navrženy postupy a pomůcky pro každodenní činnosti, které budou více šetřit energii a omezí riziko pádu (pro činnosti preferovat polohu vsedě, umístit v bytě židle pro odpočinek). Pro přesun do vany byla navržena sedačka na vanu a protiskluzová podložka. Ve cvičné koupelně byl přesun s panem Z. prakticky nacvičen. Pro snazší vstávání bylo doporučeno vybavit WC nástavcem na WC o výšce 10 cm a alespoň jedním kratším madlem. Týden před propuštěním pana Z. domů byly na ergoterapii všechny činnosti ještě jednou vyzkoušeny a navržená doporučení se zopakovala a zrekapitulovala. Dcera pana Z. kontaktovala ergoterapeutku telefonem, informovala se o vhodných kompenzačních pomůckách. Výstupy z ergoterapie byly shrnuty také do propouštěcí zprávy. Tímto způsobem je zajištěna informovanost praktického lékaře, který přebírá pana Z. do péče. Pro porovnání situace pana Z. na počátku terapie a při jejím ukončení bylo také na konci terapie provedeno zhodnocení situace pana Z. dle ICF domén. Výsledek byl opět pro větší přehlednost zaznamenán do schématu 3.

Schéma 3: Situace pana Z na konci terapie

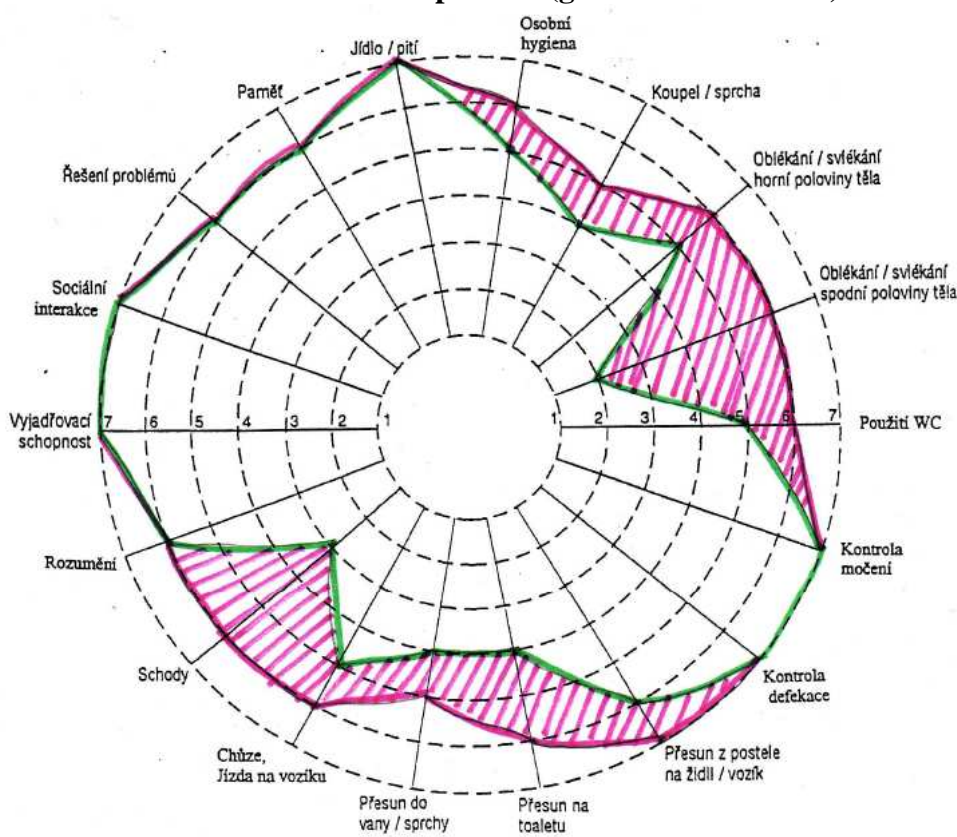


Zdroj: Vlastní výzkum

Funkční míra nezávislosti (FIM), vstupní a výstupní hodnocení:

Na počátku i v závěru terapie byla hodnocena soběstačnost pana Z. dle Funkční míry nezávislosti. 8. 12. 2008 bylo celkové skóre 5,3, což odpovídá úrovni částečné závislosti vyžadující alespoň dohled druhé osoby. Před propuštěním, 20.1.2009, byla hodnota celkového skóre 6,2. To odpovídá úrovni modifikované nezávislosti, kdy je třeba využívat v provádění běžných denních činností pomůcky, nebo provedení aktivit vyžaduje delší čas. Hodnocení je názorně zaznamenáno v následujícím obrázku 4 s vyjádřením jednotlivých položek Funkční míry nezávislosti.

Obr. 4: Funkční míra nezávislosti u pana Z. (grafické znázornění)



Ú R O V N Ě	7	úplná nezávislost (opakovaně a bezpečně)	bez asistence
	6	modifikovaná nezávislost (pomůcka)	
	5	částečná závislost :	s asistencí
	4	potřebný dohled minimální dopomoc (klient = 75 % +)	
	3	mírná dopomoc (klient = 50 % +)	
2	závislost : výrazná dopomoc (klient = 25 % +)		
1	úplná závislost (klient = 0 % +)		

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro účely této práce a naplnění jejího cíle, tedy nalézt uplatnění MKF v běžné ergoterapeutické praxi, byly hodnoty Funkční míry nezávislosti (FIM) převedeny na hodnoty dle modelu MKF. Viz tabulka 2. Názvy jednotlivých položek hodnocení soběstačnosti jsou ponechány shodné s názvy původních položek hodnocení FIM a jsou k nim doplněny obsahově shodné kódy ICF. K takto vytvořeným doménám jsou přiřazeny číselné kvantifikátory. K převodu byl vytvořen jednoduchý klíč (viz tabulka 1), který se opíral o porovnání míry nutné dopomoci a míru obtíží v provádění úkonu vyjádřené v procentech.

Tabulka 1: Klíč pro převod výsledků FIM na výsledky dle modelu MKF

Kvantifikátor FIM	Výkon osoby v aktivitě	Míra obtíží osoby ve výkonu aktivity	Kvantifikátor dle modelu MKF
7	100% -opakovaně, bezpečně	0-4%	0
6	99-75% -nutná pomůcka, delší čas, je zvýšené riziko úrazu	5-25%	1
5-3	50-75% -nutný dohled, mírná dopomoc	25-49%	2
2	25-50% -výrazná dopomoc	50-95%	3
1	0-25% -úplná závislost	96-100%	4

Zdroj: Vlastní výzkum

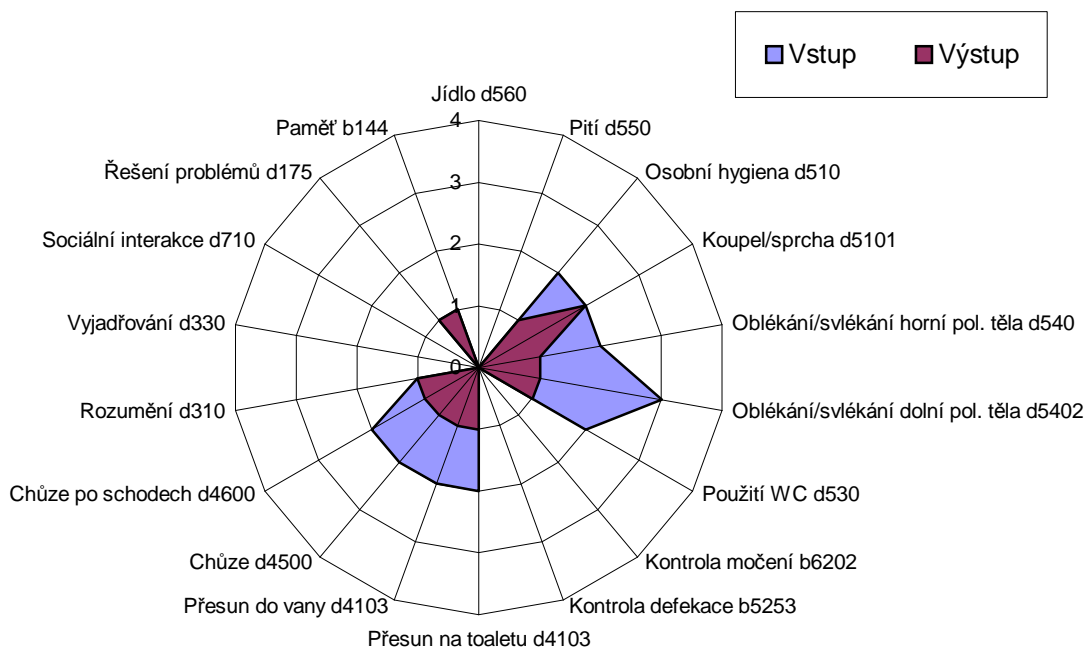
Tabulka 2: Převod výsledků FIM na kvantifikátory dle MKF v kasuistice 1

Položka	Kvantifikátor FIM		Kvantifikátor MKF	
	Vstup	Výstup	Vstup	Výstup
Jídlo/pití d560	7	7	0	0
d550			0	0
Osobní hygiena d510	5	6	2	1
Koupel/sprcha d5101	4	5	2	2
Oblékání/svlékání horní poloviny těla d540	5	6	2	1
Oblékání/svlékání dolní poloviny těla d5402	2	6	3	1
Použití WC d530	5	6	2	1
Kontrola močení b6202	7	7	0	0
Kontrola defekace b5253	7	7	0	0
Přesun z postele na židli/vozik d410	6	7	1	0
Přesun na toaletu d4103	4	6	2	1
Přesun do vany/sprchy d4103, e1151	4	5	2 +0	1 +3
Chůze/jízda na vozíku d4500	5	6	2	1
Chůze po schodech d4600	3	6	2	1
Rozumění d310	6	6	1	1
Vyjadřování d330	7	7	0	0
Sociální interakce d710	7	7	0	0
Řešení problémů d175	6	6	1	1
Paměť b144	6	6	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky nově získaných dat lze vyjádřit také v grafické podobě. (Viz graf 1).

Graf 1: Hodnocení soběstačnosti pana Z. dle modelu MKF



Zdroj: Vlastní výzkum

Závěr kasuistiky 1:

Ergoterapie u pana Z. probíhala individuální formou v období od 8.12.2008 do 20.1. 2009. Cíle terapie se podařilo naplnit. Zlepšila se soběstačnost pana Z. v oblékání, při přesunech na WC, do vany, v jednoduchých úkonech v kuchyni. Zlepšila se také stabilita chůze i celková kondice. Podařilo se poskytnout v nemocnici podmínky, které umožnily panu Z. získávat informace a udržet kontakty se svým prostředím.

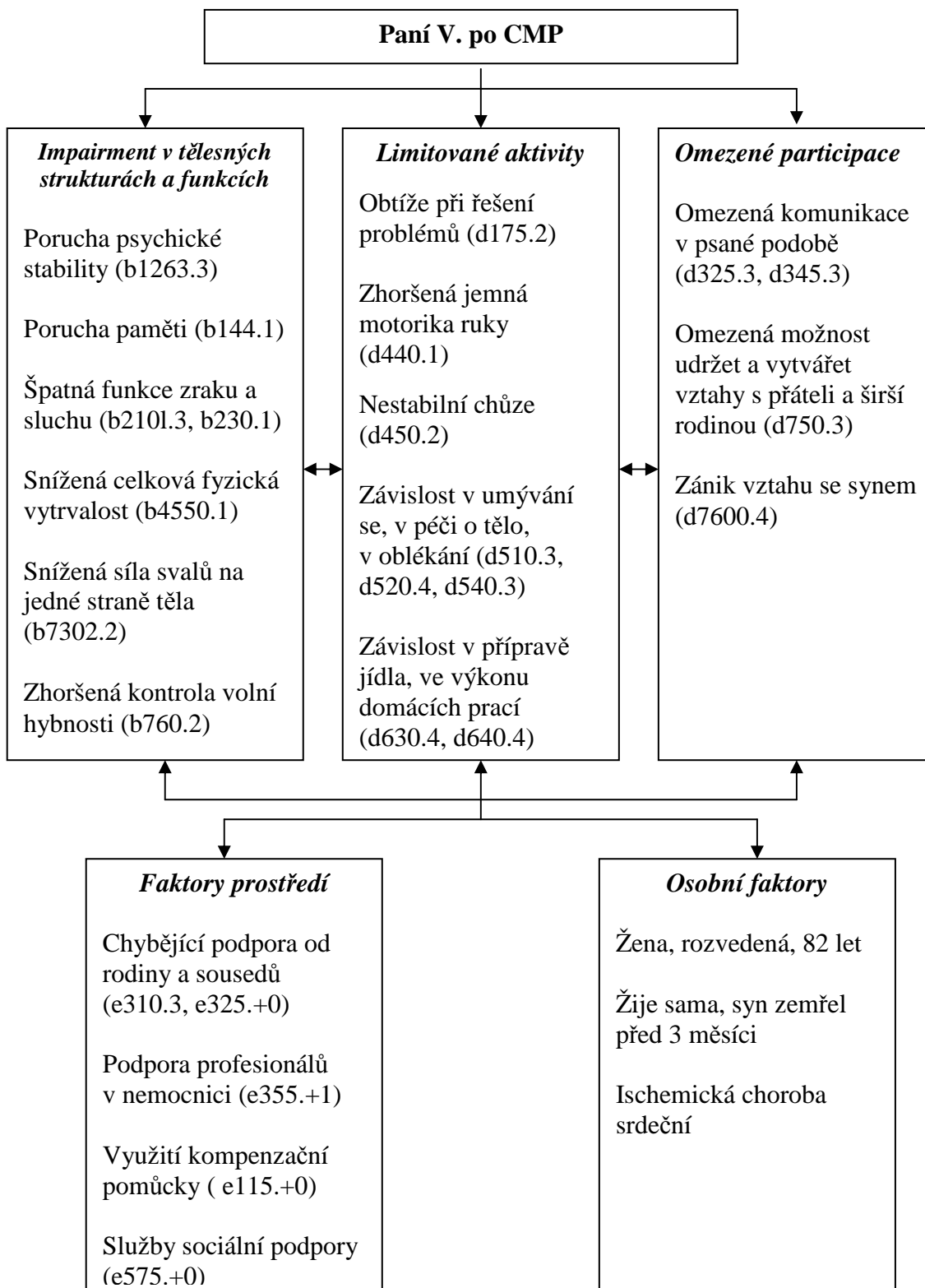
4.1.2 Kasuistika 2

Paní V. je 82 let. Vzdělání má základní a během života pracovala v dělnických profesích např. v prádelně. Paní V. je již 40 let rozvedená, měla jednoho syna, který však tři měsíce před příhodou paní V. zemřel. Jiné příbuzné nemá. Bydlí sama, doposud byla v personálních ADL a v rámci bytu soběstačná. Větší nákup jí donášela sousedka, občas i syn.

V říjnu 2008 doma paní V. upadla, byla hospitalizována v nemocnici. Zde byla diagnostikována a léčena cévní mozková příhoda (CMP) s lehkou pravostrannou symptomatologií. Ihned po přijetí paní V. do Městské nemocnice následné péče, tedy měsíc po CMP, započala rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, psychoterapie, sociální práce). Krom mírného limitu v pohybových aktivitách je u paní V. významný i limit smyslových funkcí. Paní V. vidí pouze obrysy např. v novinách nepřečte nadpis. Také hůře slyší. Ve známém prostředí se však orientuje dobře, dříve zvládala chod domácnosti bez využití speciálních úprav prostředí či pomůcek. Po vstupním vyšetření ergoterapeutem, které bylo provedeno technikou pozorování při výkonu činností, byl definován základní cíl a plán ergoterapie. Situaci paní V. na počátku ergoterapie lze vyjádřit pomocí domén MKF a jejich kvalifikátorů, které jsou znázorněny v následujícím schématu 4.

Cílem ergoterapie bylo u paní V. stanoveno zlepšení soběstačnosti v personálních i instrumentálních ADL, zlepšení funkční motoriky pravé horní končetiny. Ve spolupráci s psychologem nemocnice bylo také cílem ergoterapie stabilizovat a zlepšit psychický stav. Dále ve spolupráci se sociální pracovníci identifikovat nejvhodnější stupeň služeb před propuštění z nemocnice. V plánu terapie byly stanoveny tyto kroky: 1, Nacvičit oblékání a obouvání, použití příboru a další činnosti ADL jako např. nalévání nápoje, čištění zubů, použití WC aj. 2, Zvolit vhodné kompenzační pomůcky a navrhnout úpravy prostředí. 3, Zlepšit funkční zapojování pravé horní končetiny v běžných denních činnostech, pozitivně ovlivnit jemnou motoriku a koordinaci pohybu končetiny. 4, Podporovat dobré psychické rozpoložení, posilovat pocit bezpečí. 5, Zhodnotit aktuální výkon před propuštěním a navrhnout vhodné služby.

Schéma 4: Situace paní V. na počátku terapie



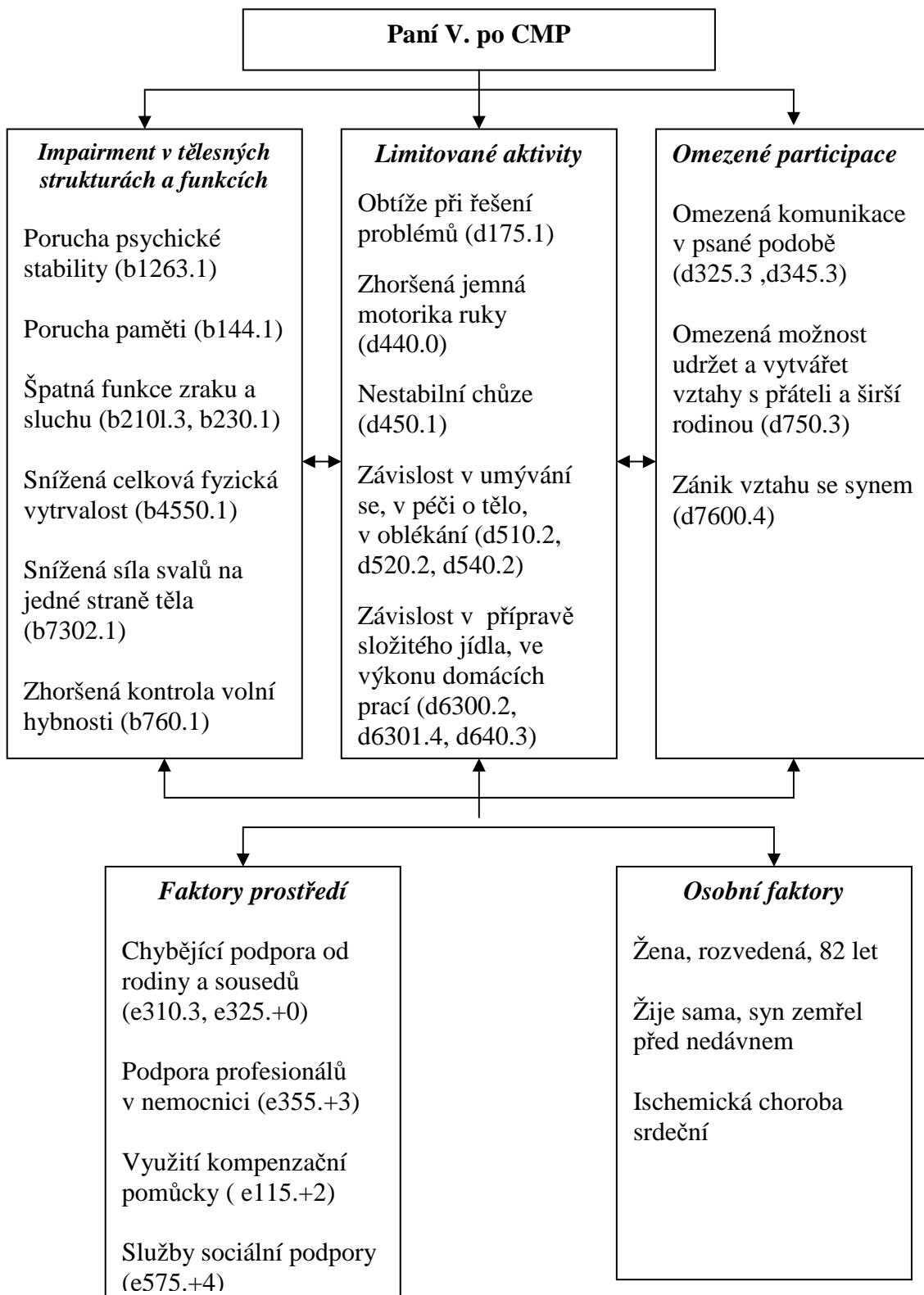
Zdroj: Vlastní výzkum

Paní V. byla nejprve v komunikaci během terapie uzavřená, byla depresivně laděna. Lékař naordinoval medikamentosní léčbu a pravidelně paní V. navštěvoval psycholog. Také v průběhu ergoterapie se opakovaně k tématu úmrtí syna vracela. Bylo vhodné ji nechat o tématu mluvit, naslouchat jí a poskytnout podporu. Na konci hospitalizace, tedy téměř po pěti měsících rehabilitace, byla již paní V. klidnější, psychicky kompenzovaná. Se smrtí syna se však stále zcela nevyrovnala.

V oblasti soběstačnosti ergoterapeutka nejprve podporovala samostatný výkon personálních ADL, v oblékání, v obouvání, v jedení u lůžka. Po zlepšení samostatné chůze s oporou o nízké chodítko ergoterapeutka doporučila začít využívat WC a koupelnu u pokoje. S prostředím koupelny a WC se paní V. seznámila v doprovodu ergoterapeutky. Při celkové hygieně byla však stále nutná dopomoc a supervize ošetrovatelského personálu. Složitější úkony pro samostatný život doma byly nacvičovány ve cvičném bytě ergoterapie. Disabilita zraku neměla velký vliv na snížení samostatnosti. Výkon v jednotlivých aktivitách, např. uvaření kávy, se s opakováním vždy znatelně zlepšil. Paní V. dokázala využívat kompenzačního mechanismu hmatu. Obtíže však přetrvávaly díky snížené stabilitě při stožení a chůzi, fyzioterapeutka doporučila využívat nízké chodítko pro chůzi i po propuštění paní V. z nemocnice. S ohledem k úrovni míry soběstačnosti a s ohledem ke složité sociální situaci paní V. bylo ergoterapeutkou a sociální pracovnící nemocnice doporučeno přeložit paní V. do pobytového sociálního zařízení. Zde bude zabezpečena dopomoc v instrumentálních ADL (příprava stravy, úklid aj.) a umožněn dostatek sociálních kontaktů s dalšími seniory.

Pro porovnání situace paní V. na počátku terapie a při jejím ukončení bylo také na konci terapie provedeno zhodnocení situace dle MKF domén. Výsledek byl opět pro větší přehlednost zaznamenán do schématu 5.

Schéma 5: Situace paní V. na konci terapie

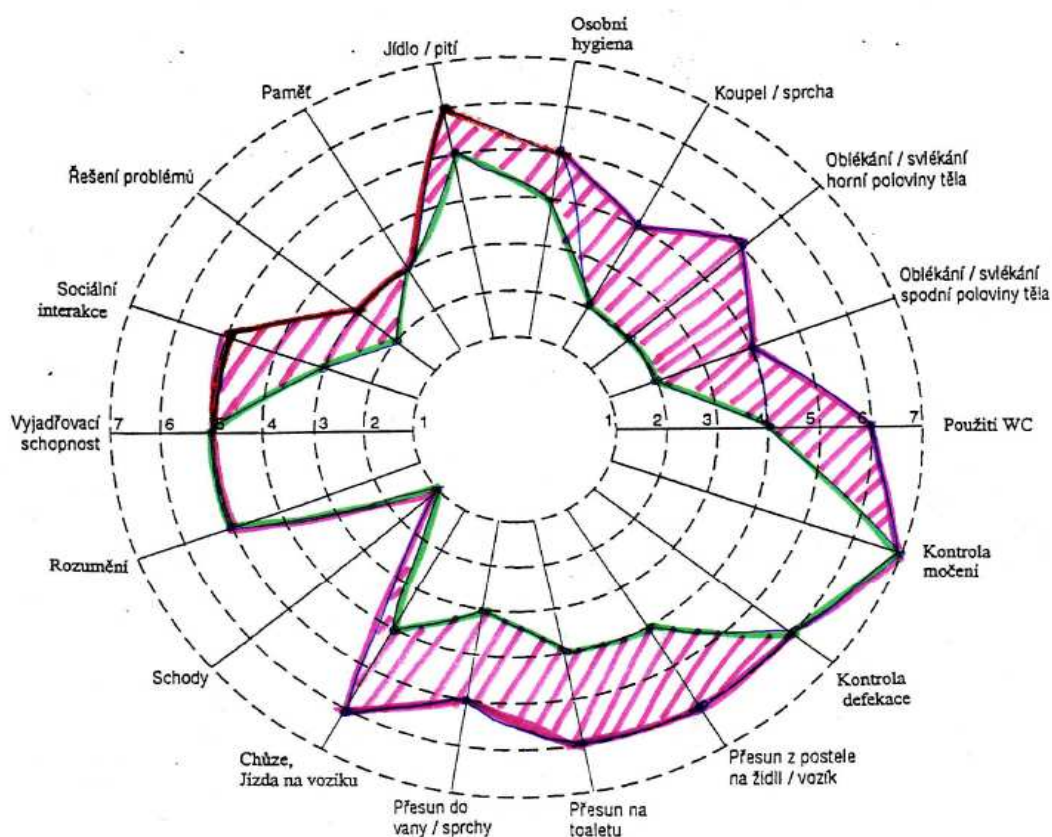


Zdroj: Vlastní výzkum

Funkční míra nezávislosti (FIM), vstupní a výstupní hodnocení:

Také u paní V. byla hodnocena soběstačnost na počátku i v závěru ergoterapie pomocí Funkční míry nezávislosti. 14.11.2008 bylo celkové skóre 3,7 což odpovídá úrovni částečné závislosti vyžadující mírnou dopomoc. Před propuštěním, 18.3.2009, byla hodnota celkového skóre 4,9. To odpovídá úrovni částečné závislosti s minimální dopomocí či alespoň dohledem druhé osoby. Hodnocení je názorně zaznamenáno v následujícím obrázku 5 s vyjádřením jednotlivých položek Funkční míry nezávislosti.

Obr. 5: Funkční míra nezávislosti u paní V. (grafické znázornění)



Ú R O V N Ě	7	úplná nezávislost (opakovaně a bezpečně)	bez asistence
	6	modifikovaná nezávislost (pomůcka)	
	5	částečná závislost :	s asistencí
	4	potřebný dohled minimální dopomoc (klient = 75 % +)	
	3	mírná dopomoc (klient = 50 % +)	
2	závislost : výrazná dopomoc (klient = 25 % +)		
1	úplná závislost (klient = 0 % +)		

Zdroj: Vlastní výzkum

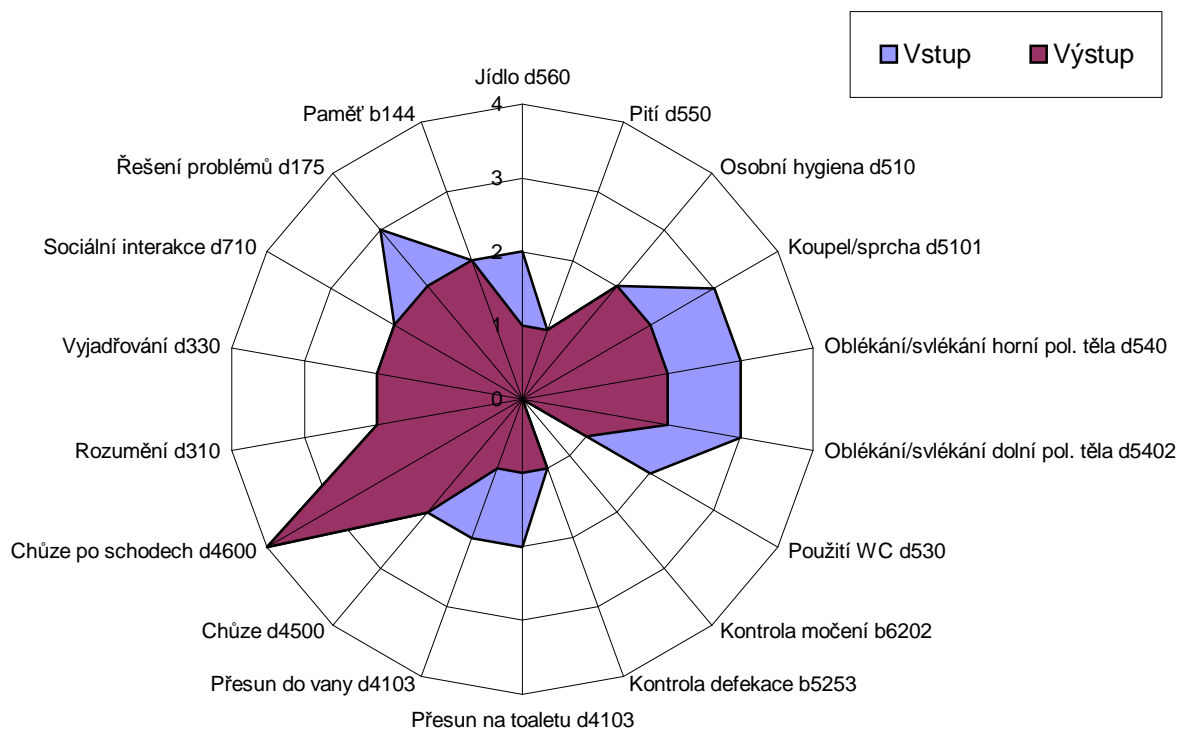
Tabulka 3: Převod výsledků FIM na kvantifikátory MKF v kasuistice 2

Položka	Kvantifikátor FIM		Kvantifikátor MKF	
	Vstup	Výstup	Vstup	Výstup
Jídlo/pití d560	5	6	2	1
d550			1	1
Osobní hygiena d510	4	5	2	2
Koupel/sprcha d5101	2	4	3	2
Oblékání/svlékání horní poloviny těla d540	2	5	3	2
Oblékání/svlékání dolní poloviny těla d5402	2	4	3	2
Použití WC d530	5	6	2	1
Kontrola močení b6202	7	7	0	0
Kontrola defekace b5253	6	6	1	1
Přesun z postele na židli/vozik d410	4	6	2	1
Přesun na toaletu d4103	4	6	2	1
Přesun do vany/sprchy d4103, e1151	3	5	2 +0	2 +3
Chůze/jízda na vozíku d4500	4	6	2	1
Chůze po schodech d4600	1	1	4	4
Rozumění d310	5	5	2	2
Vyjadřování d330	5	5	2	2
Sociální interakce d710	3	5	2	2
Řešení problémů d175	2	3	3	2
Paměť b144	3	3	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek převodu hodnocení samostatnosti paní V. dle modelu MKF je znázorněn v grafu 2.

Graf 2: Hodnocení soběstačnosti paní V. dle modelu MKF



Zdroj: Vlastní výzkum

Závěr kasuistiky 2:

Individuální ergoterapie probíhala u paní V. téměř čtyři měsíce, v období od 14.11.2008 do 18.3.2009. Cíle terapie se podařilo naplnit pouze částečně, zlepšila se jemná motorika horní končetiny a úroveň samostatnosti v některých ADL. Stále však přetrvává střední stupeň závislosti paní V. v oblékání, v celkové hygieně, v přípravě jídla a ve výkonu domácích prací. Také s ohledem k sociální situaci a psychické křehkosti paní V. bylo doporučeno pokračovat v rehabilitaci v sociálním pobytovém zařízení.

4.1.3 Kasuistika 3

Paní M. je 76 let. Prevažnou část života pracovala v dřevařské výrobě, nyní je ve starobním důchodu. Paní M. je již 18 let vdova a žije u dcery. Byt je v domě s výtahem, k výtahu vedou ještě 4 schody. Před úrazem již dcera zabezpečovala většinu instrumentálních ADL (nákup, vaření, úklid). Paní M. chodila až do doby posledního úrazu bez lokomoční pomůcky. Již v září roku 2007 poprvé upadla a přivodila si frakturu humeru pravé horní končetiny. Ta byla operována, vznikla popoperační residuální periferní paresa n.radialis. Následná rehabilitace proběhla bez většího efektu, přetrvávaly obtíže s extenzí zápěstí a palce pravé ruky. Paní M. tak byla nucena v činnostech začít preferovat levou horní končetinu.

V lednu 2009 paní M. opět upadla na ulici, došlo ke zlomenině olekranu ulny levé horní končetiny a pertrochanterické fraktuře femuru levé dolní končetiny. Obě fraktury byly řešeny operačním výkonem, osteosyntézami. Horní končetina byla navíc po výkonu zajištěna sádrovou fixací.

Týden po operaci byla paní M. přeložena do Městské nemocnice následné péče, kde ihned započala fyzioterapie a ergoterapie. Bylo provedeno vstupní ergoterapeutické hodnocení. Na základě získaných dat a informací z dokumentace a od členů týmu nemocnice byl stanoven cíl a plán ergoterapie. Hlavním cílem bylo určení zvýšení soběstačnosti v personálních ADL a prevence komplikací sádrové fixace levé horní končetiny. Po sejmutí sádrové fixace (únor 2009-měsíc po operaci) byl cíl ergoterapie rozšířen o zlepšení aktivní hybnosti a rozsahů pohybů končetiny.

Plán ergoterapie obsahoval tyto kroky (období před sejmutím sádrové fixace):

- 1, Návuk postupů při výkonu personálních ADL (jedení, pití, oblékání) s využitím paretické pravé horní končetiny a volba vhodné kompenzační pomůcky pro sebesycení.
- 2, Trénik přesunů na WC židli u lůžka- s odlehčením operované levé dolní končetiny.
- 3, Aktivní cvičení volných kloubů levé horní končetiny, polohování, vizuální kontrola stavu prokrvení a inervace akrální části končetiny.

Plán ergoterapie po sejmutí sádrové fixace levé horní končetiny:

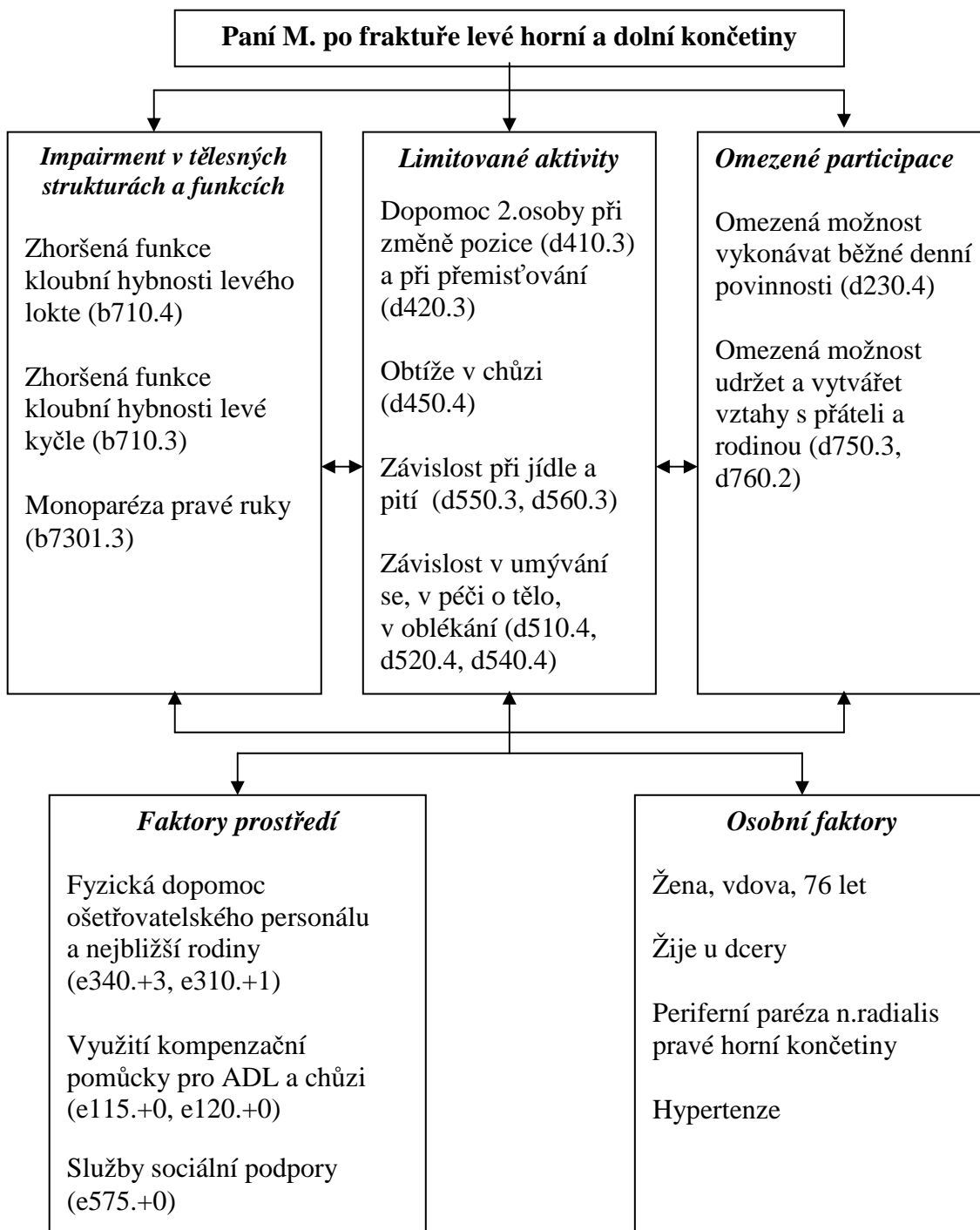
- 1, Cvičení a zapojení levé horní končetiny do činností s cílem zlepšit aktivní rozsah pohybu a svalovou sílu končetiny.
- 2, Antiedematosní postupy a péče o jizvu v oblasti loketního kloubu levé horní končetiny.
- 3, Návčik činností personálních ADL- oblékání, sebesycení, časem využití koupelny a WC u pokoje aj.
- 4, Návčik činností instrumentálních ADL- příprava drobného pokrmu, úklid aj.
- 5, Vytipování vhodných pomůcek a drobných úprav domácího prostředí bytu.

Situaci paní M. při započetí ergoterapie v lednu 2009 lze vyjádřit následujícím schématem 6. Vlivem omezení rozsahu pohybu a aktivní funkce levé horní i dolní končetiny byla u paní M. vysoká míra závislosti v základních sebeobslužných činnostech.

V prvním období, před sejmutím sádrové fixace, byla ergoterapie cílena na nalezení způsobu, jak samostatně provádět alespoň některé základní činnosti. Byly vytipovány kompenzační pomůcky pro sebesycení např. speciální lžice, která umožnila paní M. najíst se paretickou pravou končetinou. Dále byla trénována mobilita na lůžku, přesuny na židli. Ergoterapeutka podporovala aktivní pohyb ramenního kloubu a prstů levé horní končetiny. V tomto období se již paní M. postupně začala pod vedením fyzioterapeutky postavovat ve vysokém předloketním chodítku a učit se chodit po pokoji.

Po sejmutí sádrové fixace se ergoterapie více zaměřila na levou horní končetinu a její funkci. Dle doporučení ortopeda byla končetina postupně zatěžována fyzickou aktivitou. Při ukončení ergoterapie v dubnu 2009 byla již končetina zcela bez omezení aktivního rozsahu pohybu a normální svalové síly. Spolu se zlepšením funkce končetiny se také zlepšila úroveň soběstačnosti paní M. Dokázala se již samostatně najíst, obléci aj. Také postupně začala chodit s oporou o dvě francouzské hole, což opět zlepšilo nezávislost paní M. Začala sama využívat WC a koupelnu u pokoje. WC bylo vybaveno nástavcem, koupelna židlí pro snížení rizik pádu.

Schéma 6: Situace paní M. na počátku terapie



Zdroj: Vlastní výzkum

Paní M. byla během hospitalizace v nemocnici také zařazena do programu skupinové ergoterapie. Ta probíhá dvakrát v týdnu, vždy v délce jedné hodiny. Cílem skupinové ergoterapie je podpořit psychosociální funkce jednotlivých účastníků a využít dynamiku skupiny k rozvoji a užití interpersonálních a sociálních dovedností. Vzniknou zde podmínky např. pro nácvik komunikace, schopnost prosadit své názory i respektovat druhé. Zároveň je skupina v příjemném prostředí určitým prostředkem pro celkové přeladění hospitalizovaných osob. Paní M. navštěvovala skupinu 6 týdnů před ukončením hospitalizace.

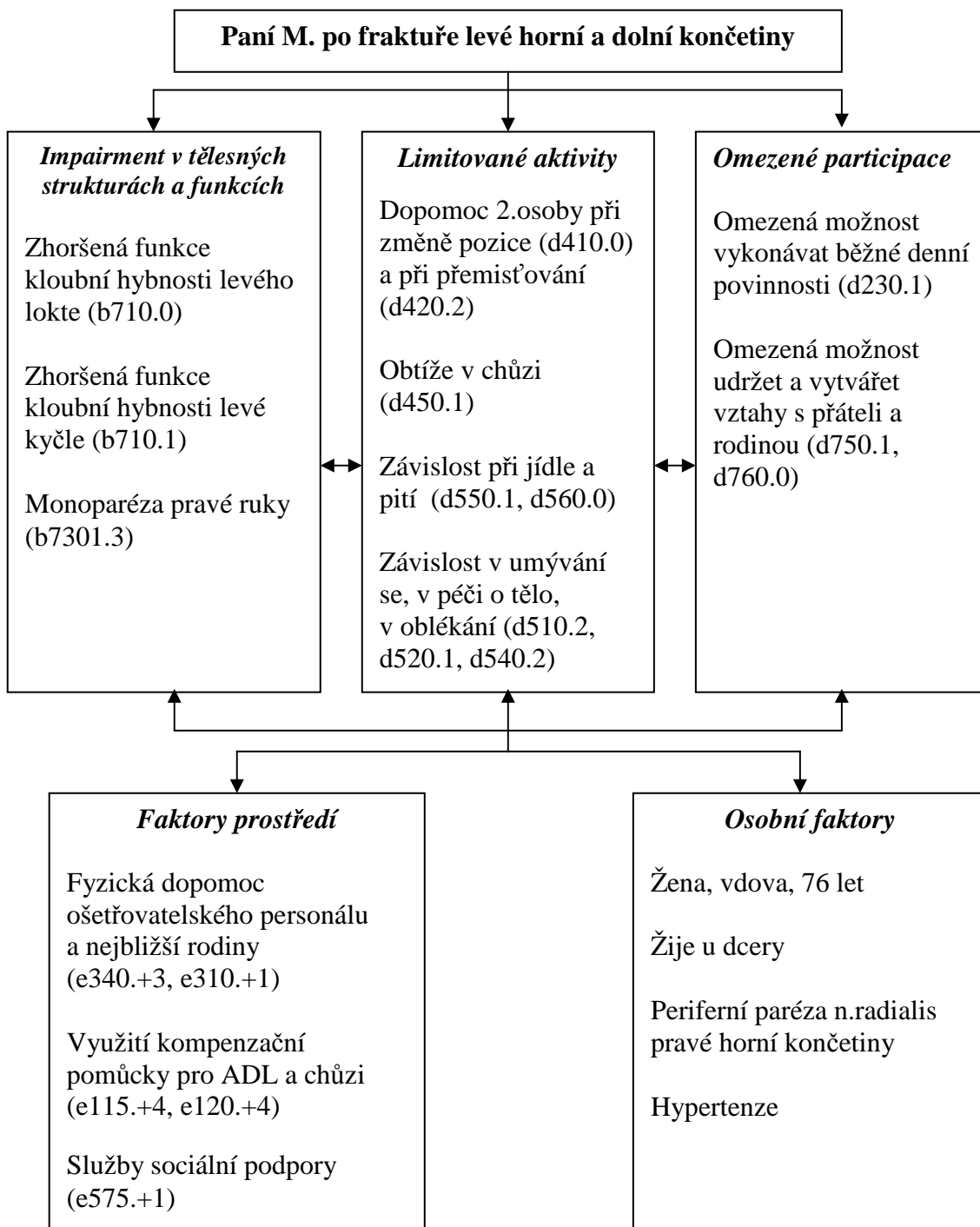
Před plánovaným propuštěním byly ve cvičném bytě ergoterapie vyzkoušeny také složitější aktivity do domácnosti. Byla doporučena sedačka do sprchy a způsob pro přenášení předmětů v období chůze se dvěma holemi. Služby sociální péče nebylo nutné pro pobyt v domácím prostředí nijak zabezpečovat, vzhledem k dobrým rodinným podmínkám a podpoře dcery. Kontakty na zařízení a informace o možnostech využití těchto služeb v místě bydliště byly přesto sociální pracovníci nemocnice paní M. její rodině předány.

V závěru terapie bylo provedeno závěrečné ergoterapeutické hodnocení, které umožnilo porovnat situaci paní M. na počátku terapie a na jejím konci. Stav při ukončení terapie je zaznamenán do schématu 7.

Funkční míra nezávislosti (FIM), vstupní a výstupní hodnocení:

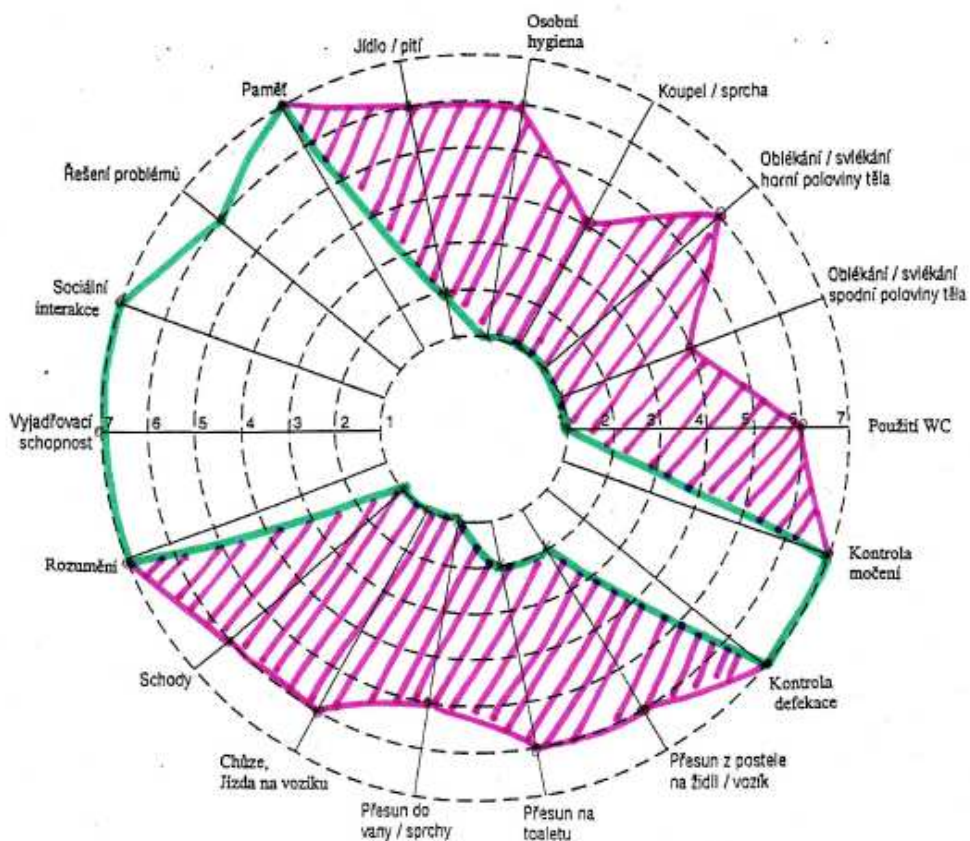
Také v případě paní M. bylo provedeno hodnocení soběstačnosti dle Funkční míry nezávislosti v počátku a na konci terapie, které bylo převedeno na MKF kvalifikátory (Viz tabulka 4, graf 3). V lednu 2009 bylo celkové FIM skóre 3,4, to odpovídá částečné závislosti s mírnou asistencí. Pokud rozdělíme výsledek na prvky soběstačnosti, zde je skóre 2,2 (závislost s výraznou dopomocí), a prvky sociální interakce, zde je skóre 6,8 (úplná nezávislost), získáme přesnější výsledek. V dubnu 2009, při ukončení ergoterapie, bylo celkové FIM skóre 6,1, což značí modifikovanou nezávislost (Subskóre soběstačnosti 5,8 a sociální interakce 6,8).

Schéma 7: Situace paní M. v závěru ergoterapie



Zdroj: Vlastní výzkum

Obr. 6: Funkční míra nezávislosti u paní M. (grafické znázornění)



Ú R O V N Ě	7	úplná nezávislost (opakovaně a bezpečně)	bez asistence
	6	modifikovaná nezávislost (pomůcka)	
	5	částečná závislost : potřebný dohled	s asistencí
	4	minimální dopomoc (klient = 75 % +)	
	3	mírná dopomoc (klient = 50 % +)	
	2	závislost : výrazná dopomoc (klient = 25 % +)	
	1	úplná závislost (klient = 0 % +)	

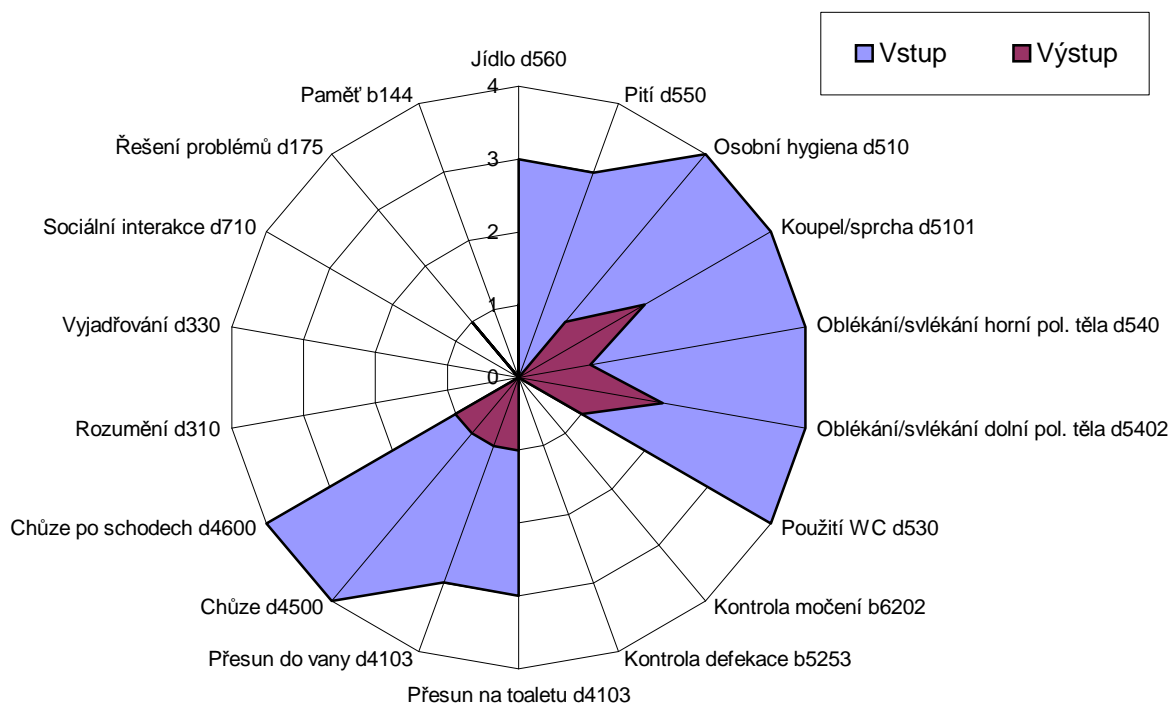
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4: Převod výsledků FIM na kvantifikátory MKF v kasuistice 3

Položka	Kvantifikátor FIM		Kvantifikátor MKF	
	Vstup	Výstup	Vstup	Výstup
Jídlo/pití d560	2	6	3	1
d550			3	0
Osobní hygiena d510	1	6	4	1
Koupel/sprcha d5101	1	4	4	2
Oblékání/svlékání horní poloviny těla d540	1	6	4	1
Oblékání/svlékání dolní poloviny těla d5402	1	4	4	2
Použití WC d530	1	6	4	1
Kontrola močení b6202	7	7	0	0
Kontrola defekace b5253	7	7	0	0
Přesun z postele na židli/vozik d410	2	6	3	1
Přesun na toaletu d4103	2	6	3	1
Přesun do vany/sprchy d4103, e1151	1	5	4 +0	2 +3
Chůze/jízda na vozíku d4500	1	6	4	1
Chůze po schodech d4600	1	6	4	1
Rozumění d310	7	7	0	0
Vyjadřování d330	7	7	0	0
Sociální interakce d710	7	7	0	0
Řešení problémů d175	6	6	1	1
Paměť b144	7	7	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Hodnocení soběstačnosti paní M. dle modelu MKF



Zdroj: Vlastní výzkum

Závěr kasuistiky 3:

Během hospitalizace, v období od 8.1.2009 do 29.4.2009, probíhala u paní M. individuální i skupinová ergoterapie. Všechny cíle terapie se podařilo naplnit. Došlo k výraznému zlepšení soběstačnosti a navrátila se normální funkce levé horní končetiny. Zlepšila se také stabilita chůze i celková kondice. Hybnost paretické pravé ruky se bohužel za dobu hospitalizace nezlepšila. V nemocnici se podařilo poskytnout podmínky, které umožnily paní M. pravidelně navštěvovat program skupinové ergoterapie. Paní M. byla propuštěna zpět do domácího prostředí.

4.2 Výsledky dotazování

Tiskopis s otázkami byl distribuován v počtu 100 kusů. Řádně vyplněných jsem zpět získala 67 kusů. Na první otázku, „**Domníváte se, že je ergoterapie v nemocnici prospěšná?**“, kladně odpovědělo 65 respondentů, 2 nedokázali odpovědět. Nikdo z respondentů neodpověděl záporně. Na druhou otázku, „**V čem je ergoterapie v nemocnici prospěšná? Jaký je přínos ergoterapie?**“, dokázalo odpovědět 42 osob.

Cílem dotazování nebylo samotné ověření otázky, zda osoby v nemocnici považují ergoterapii za užitečnou či nikoliv. Cílem bylo získat informace o důvodu, který je k pozitivnímu hodnocení významu ergoterapie přivádí. Získat subjektivní hodnocení oboru od samotných starších lidí, kteří se s ergoterapií během pobytu v nemocnici setkali.

Následující text je přepisem odpovědí 30 žen a 12 mužů na otázku, v čem vidí přínos ergoterapie v nemocnici. Obsahově zajímavé vyjádření v odpovědích bylo barevně zvýrazněno pro snazší orientaci v textu.

Žena, 76let: „Ergoterapie je výsostně žádoucí, potřebná svou náplní a působností pro nemocné k jejich uzdravení“

Muž, 71 let: „Ergoterapie mi pomáhá jednak k celkovému myšlení a dále a hlavně k pohybu a **oživení těch částí postižených mrtvicí.**“

Žena, 65let: „Pomáhá lidem po nemocech a úrazech **vracet se do normálního života.**“

Muž, 77let: „Základní pokroková myšlenka udržovat, prohlubovat duševní činnost, **samostatnost myšlení a rozhodování**, tj. oživovat takové nároky na duševní a mentálně-volní individuální činnost, které u pacientů v nemocnicích nutně zaostávají, poněvadž **nemocniční režim neklade nároky na takové rozhodování a myšlení.** Účinnost spočívá v osobnostech ergoterapeutů, jejichž připravenost je u nás na velice kvalitní úrovni. Dovedou obnovit a posílit **sebedůvěru** pacientů.“

Muž, 88 let: „Moc mi pomáhá **lepší myslet, lepší mluvit**, moc je to pro nás prospěšné, zvláště když mi je 88 let.“

Muž, 66 let: „Asi tím lidským přístupem, sestry nemají tolik času, paní terapeutka mě vždycky vyslechne. Cvičí s námi ruce, pána na pokoji naučila jezdit na vozíku“.

Muž, 75 let: „Patří k rehabilitaci jako paní cvičitelka, učí lidi být schopnější.“

Muž, 86 let: „To je těžké, přesně asi nevím, učí lidi, jak si lépe pamatovat, jak se v nemocnici zabavit. Moje terapeutka Petruška mi totiž nosí každý den noviny“.

Muž, 82 let: „Levá ruka byla označena při příchodu do MNNP jako plegická. Přesto již pohybuji celou paží, v lokti a méně úspěšně i prsty. Různé kvízy apod. provokují i mozkovou činnost.“

Muž, 65 let: „Pomáhá mé orientaci v čase, paměti, soustředění.“

Muž, 75 let: „Baví mě luštit ty kvízy na skupině, seznámím se s dalšími lidmi, lépe mi ten den v nemocnici pak utíká.“

Žena, 87 let: „2x týdně se schází skupina lidí, což dělá dobře změna pobytu jen na pokoji.“

Žena, 65 let: „Ergoterapie mi pomáhá v uvědomování pohybu a jeho provádění.“

Žena, 92 let: „Ergoterapie mi pomáhá zvládat práci.“

Muž, 100 let: „Na ergoterapii oceňuji podporu a motivaci k mobilizování sil pro opětovné provádění základních sebeobslužných úkonů“.

Žena, 81 let: „Ergoterapie myslím je dobrá pro trochu namáhání mysli.“

Žena, 87 let: „Ergoterapie bystří mozek, nosí poznatky, nápady s čím bych se mohla ještě zabývat.“

Žena, 72 let: „Ergoterapie dává rady např.v oblékání ponožky pomocí ručníku, informace o lavičce do vany a její použití“.

Žena, 73 let: „Napomáhá pohybu, hlavně u ruky. Taky mi poskytuje příjemné chvíle při komunikaci s paní terapeutkou“.

Žena, 68 let: „Hlavní přínos je pro procvičování hlavy: paměť, myšlení, řeč, vzpomínky, psaní, ovládání motoriky apod.“

Žena, 82 let: „Na chodbě je nástěnka o ergoterapii, tam je napsáno, že mě naučíte lézt do vany“.

Žena, 79 let: „Snad pro samostatnost, máte pěkné pomůcky a fígle, např. jak se obléknout i když mám operovanou kyčel.“

- Muž, 70 let:** „Upravuje vnímání a paměť.“
- Muž, 80 let:** „Je to cvičení mozku.“
- Žena, 68let:** „Navrací lidi zase k normálnímu životu.“
- Žena, 83 let:** „Je potřeba k léčbě lidí po mrtvicích, se zlomeninama.“
- Žena, 76 let:** „Pomáhá lidem navracet se do života. Opravdu velmi pomáhá.“
- Žena, 59 let:** „Je to prima. Pracovali jsme v kuchyňce, trénujeme mozek, ruku a soustředěnost.“
- Žena, 74 let:** „Lepší pohybovost a úsměv.“
- Žena, 82 let:** „Vybočuje ze stereotypu pozorování stropu a čekání na další procedury.“
- Žena, 83 let:** „Získáváme nové poznatky a zjistíme, že naše psychika a znalosti pokulhávají. Získáme nové poznatky i o praktických věcech.“
- Žena, 86 let:** „Nutí člověka přemýšlet a uvažovat, naučit se i praktické věci, je to i zpestření pobytu v nemocnici.“
- Žena, 77 let:** „Nutí mysl k přemýšlení.“
- Žena, 78 let:** „Aktivuje mozek, učí činnost-pohyby, aktivuje tělo.“
- Žena, 78 let:** „Ano, je velice prospěšná, jelikož pomáhá pacientovi s prvními „krůčky“ pohybu po úrazu a dává mu naději postupným zlepšováním stavu navrátit se do běžného života. Těchto odborných pracovníků si velmi vážím a jsem ráda, že v nemocnici „fungují“, na každou jejich návštěvu se těším i pro vzájemný lidský kontakt. Děkuji za ně.“
- Žena, 57 let:** „Člověk si připadá unavený a tak to beru jako vzpruhu.“
- Žena, 80 let:** „Oživení paměti, pozornosti, soustředění atd.“
- Žena, 65 let:** „K naučení ruky pohybům, úchopům.“
- Žena, 83 let:** „Učí nás zase zvládat domácnost, vařit kafe, obstarat se.“
- Žena, 73 let:** „Pohyb, aktivace, samostatnost.“
- Žena, 68 let:** „Navrací nás zpět do života, připravuje nás k činnostem na doma.“
- Žena, 73 let:** „Na psychickou podporu, jen neležet v posteli a něco dělat.“

4.3 Ergoterapie u seniorů ve Velké Británii

Každá země má rozdílné typy služeb, které nabízí v rámci svých zdravotně sociálních služeb seniorům. Například donáška jídla („meals on wheels“) je dobře zakotvena ve Velké Británii, Holandsku, Dánsku. Méně je tato služba běžná ve státech, kde péči zajišťuje více rodina, např. v Řecku, ve Španělsku (3). V následující části práce popíši ergoterapii v kontextu systému zdravotně sociální politiky Velké Británie. Při popisu budu vycházet z vlastní zkušenosti, kterou jsem získala na stáži v Homerton University Hospital v Londýně a z informací odborných publikací, které mé pozorování doplní. Nemocnice, kde jsem byla na jaře roku 2006 na stáži, je dle studie kvality péče v Londýně jednou z nejlepších nemocnic v péči o lidi nad padesát let věku. Tohoto hodnocení nemocnice dosáhla hlavně díky pestrosti programů, které starším osobám nabízí. Nemocnice navíc již několik let používá Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. Proto považuji možnost získávat informace v tomto prostředí za velkou příležitost k nalezení odpovědí na zkoumané otázky této práce.

S ohledem na stárnutí a stáří dochází ke změnám strategií a politik v celé společnosti. Mění se bydlení, vzdělávání, zaměstnávání a cestování. Mění se vše, co ovlivňuje funkční schopnosti a kvalitu života. A právě to je stále expandující pole působnosti pro ergoterapeutickou profesi. S ohledem ke stárnutí populace dochází k transformaci služeb také ve Velké Británii. Zdravotně sociální strategie se snaží podpořit i kvalitní život starších lidí, jejich ekonomickou nezávislost, fyzickou nezávislost a právo na sebeurčení. Ergoterapeuti ve Velké Británii se aktivně podílejí na procesu tvorby sociálních strategií a změn, např. formou účasti v expertních skupinách. Pracují v organizacích na lokální úrovni, píší do odborných periodik.

Všechny zdravotně sociální služby ve Velké Británii podléhají principům Rámce národního zdravotního servisu pro starší osoby (National Service Framework for Older People) z roku 2001. Jedná se o standardy, jež určují minimální práva starších osob ve vztahu k nabídce a formě zdravotně sociálních služeb. Krom toho nám tyto standardy ukazují oblasti zaměření péče o starší osoby.

Standard 1 - Vykořeňovat věkovou diskriminaci

Péče pouze podle klinických potřeb, ne v závislosti na věku.

Standard 2 - Péče cílená na osobu

Zdravotní a sociální služby volí individuální přístup ke starším osobám, umožňují těmto osobám rozhodovat o jejich péči.

Standard 3 - (Intermediate) Přejídná péče

Nárok na dostupnost služeb doma, či na jejich úpravu jako prevence pobytu v nemocnici. Nárok na efektivní služby rehabilitace, jež umožní brzký návrat do domácího prostředí, nebo předchází dlouhodobé pobytové péči.

Standard 4 - Všeobecná nemocniční péče

Péče bude zabezpečena odborníky.

Standard 5 - Cévní mozková příhoda

Důraz na primární i sekundární prevenci, diagnostika a léčba odborníky v multidisciplinárních programech, rehabilitace.

Standard 6 - Pády

Spolupráce zdravotnictví a obecních úřadů na prevenci pádů, pro osobu, jež upadla, zabezpečit léčbu, rehabilitaci. Pro starší osobu i pečovatele zajistit služby speciálního týmu k řešení pádů.

Standard 7 - Mentální zdraví u starších osob

Zajištění efektivních služeb pro lidi s obtížemi v oblasti mentálního zdraví - diagnostika a léčba. Zajištění podpory pro ně a jejich blízké.

Standard 8 - Podpora zdraví a aktivního života ve stáří

Ve spolupráci zdravotně sociálního sektoru a obcí pořádat různé programy (3).

Na podkladě standardů a z nich vycházejících strategií celého systému dochází k rozvoji ergoterapie do dalších oblastí. Např. v souvislosti se snahou udržet nezávislý a samostatný život starších lidí v jejich domácím prostředí je zvýšená poptávka po intervenci ergoterapeutů přímo v domácím prostředí těchto lidí. Proto se profese neustále rozvíjí i do komunitních služeb, kdy rehabilitace probíhá u seniora doma. Dále ve Velké Británii existuje snaha snížit dobu hospitalizace v nemocnici na nejkratší možný čas. Ergoterapeuti pracují v nemocničním týmu, který zvažuje, zda je vůbec nutné seniora hospitalizovat. Tým rozhoduje, zda nepostačí v určitém případě např. ránu na čele pouze obvázat, zajistit domácí péči a následně odstranit bariéry bytu, a tím nepřímo ušetřit náklady spojené s hospitalizací. Pokud je starší osoba již v nemocnici hospitalizována a léčena, je úkolem ergoterapie ohodnotit funkční schopnosti každého pacienta a včas navrhnout jeho propuštění.

Přesvědčila jsem se, že ergoterapeut ve Velké Británii je významným článkem při plánování propuštění hospitalizovaných zpět domů. Profesionálním způsobem zhodnotí pacientův funkční stav. Navíc zná jeho domácí prostředí díky domácím návštěvám. V mnoha případech zde lidé v doprovodu ergoterapeuta navštíví svůj byt ještě před propuštěním domů z nemocnice. Dle zkušeností ergoterapeutek z londýnské nemocnice se často ukáže výkon v činnostech doma zcela odlišný od výkonu v nemocnici. Ergoterapeut o každé návštěvě vypracuje zprávu. Ve zprávě podrobně popíše situaci u klienta doma a jeho současné funkční možnosti a schopnosti. Dále vytyčí shledané problémy a navrhne postupy k jejich řešení i s datem jejich plnění. Zpráva je nejen součástí běžné dokumentace pacienta, ale často se stane i podkladem pro žádost o kompenzační pomůcky či úpravy bytu, které ergoterapeut podává na sociální odbor. Sociální odbor na základě této zprávy od ergoterapeuta klientovi pomůcku či úpravu bytu zajistí.

Ergoterapeut je v Británii zodpovědný za jím doporučenou kompenzační pomůcku. Když následně vznikne úraz při používání pomůcky, ergoterapeut může být podroben vyšetřování a nést případné následky. Proto se zde dbá na pečlivou písemnou dokumentaci – zapisuje se, jak byl pacient poučen, zda si pomůcku prakticky vyzkoušel, jaká jsou rizika používání pomůcky do budoucna apod. (30).

Ergoterapie v Homerton University Hospital pokrývá svou činností tyto oblasti: akutní medicínu/chirurgická oddělení, rehabilitaci starších osob a plánování propuštění do domácího prostředí, rehabilitaci na ortopedii, neurologii a neonatálním oddělení. Ergoterapie je veřejnosti prezentována jako léčba fyzických a psychologických stavů skrze specifické aktivity, které jsou v takovém sledu, aby bylo podpořeno dosažení maximálního stupně výkonu a nezávislosti ve všech oblastech každodenního života (15). Ergoterapeut, zaměstnaný v Homerton University Hospital, je členem vždy jednoho konkrétního týmu. V průběhu času se ergoterapeuti v týmech střídají, a to převážně jako mladí a začínající odborníci. Tímto způsobem je podpořeno vzdělávání zdravotníků. Vzdělávání zajišťuje i nemocnice častými semináři a školeními. V průběhu mé týdenní stáže jsem se účastnila hned dvou seminářů. Dále existují v rámci týmu ergoterapeutické konference, kde ergoterapeuti prezentují své klinické zkušenosti a diskutují o zajímavých tématech profese a odborných člancích.

Během mé stáže jsem se nejvíce zajímala o práci „Eldery care“ týmu - týmu, který zajišťuje rehabilitaci starších osob. Terapeuti tohoto týmu pracují na třech lůžkových odděleních, každé má kapacitu okolo dvaceti lůžek. Dále pracují na oddělení s ambulantním programem a také v komunitním programu rehabilitace. Každé oddělení přináší pro odborníka svá určitá specifika práce.

Oddělení „**Defoe ward**“ je zaměřeno na péči o osoby starší 65 let s mnohočetnými a různě komplikovanými zdravotními obtížemi. Terapie je dlouhodobá a odborníci zde musí zvládat také problematiku demencí. Na tomto oddělení pracuje jeden ergoterapeut, jenž doporučuje seniorům postupy při provádění základních sebeobslužných úkonů, instruuje ošetrovatelský personál a rodinu pacienta. Také se podílí na vzdělávání členů týmu. Např. během mé stáže tamní ergoterapeutka vedla seminář na téma „Komunikace s osobami s demencí“ pro sestry a ošetrovatele. Posluchači byli velmi pozorní a aktivní, snažili se získané informace ihned převést do reálného prostředí oddělení (30).

Druhým lůžkovým oddělením pro seniory je „**Aske ward**“. Sem nejčastěji přicházejí osoby s náhle vzniklými obtížemi přímo z pohotovosti nemocnice, např. s drobným poraněním po pádu či přechodnou srdeční dekompenzací. Předpokladem

přijetí na toto oddělení je prognóza brzkého propuštění osoby, buď zpět domů nebo do sociálního zařízení s vyšší mírou asistence. Na oddělení Aske ward je nejdůležitějším úkolem ergoterapeuta zjistit a podchytit podstatu problému - např. příčinu pádu. Následně ergoterapeut doporučí postupy a opatření k řešení a prevenci vzniklého problému. Doporučí vhodné kompenzační pomůcky, úpravy a vybavení domácího prostředí, a nebo navrhne zajistit pro seniora pečovatele. Společně s fyzioterapeuty nacvičují se seniorem na oddělení také bezpečnou mobilitu a přesuny. Terapeut opět průběžně informuje a vzdělává rodinu a tím také předchází opakování problému (30).

Oddělení „**Cass ward**“ je zacíleno na intenzivnější rehabilitaci. Ergoterapeut seniora vyšetřuje, provádí diagnostiku, vytyčuje cíle terapie a navrhuje různá opatření. Vlastní nácvik aktivit se starší osobou, např. oblékání, však již provádí asistenti terapeuta a sestry v každodenní péči podle pokynů ergoterapeuta. V rehabilitaci jsou zde zaškoleni a vzděláváni všichni z multidisciplinárního týmu, včetně ošetrovatelského personálu. Tým se pravidelně setkává a určuje krátkodobé cíle rehabilitace u konkrétní osoby. Každý odborník týmu tento cíl zná a podporuje seniora v tom, aby vytyčeného cíle dosáhl.

Dalším pracovištěm ergoterapeuta je ambulantní „**Bryning Assesment and Rehabilitation Unit**“. Pracují zde lékaři, terapeuti i sestry v různých programech pro seniory. Celý tým se schází každé ráno na mítinku. Na mítinku tým společně rozhoduje o programu návštěvy pacienta na oddělení. Tato rozhodnutí jsou demokratickým rozhodnutím celého týmu, např. ani vedoucí lékař nenařídí nikomu terapii, pokud s tím terapeut z objektivních důvodů nesouhlasí. Všichni profesionálové se snaží předpovídat a profesionálně odhadnout, jestli jejich intervence může být konkrétní osobě potřebná. Senioři přijíždějí do nemocnice na ambulantní oddělení buď vlastní dopravou, nemocničním mikrobusem nebo přicházejí pěšky. Navštěvují několikrát v týdnu různé programy. Jsou zde organizovány např. skupiny pro osoby s Parkinsonismem, pro osoby, které měly v minulosti opakované pády. Lidé sem přicházejí např. k ošetření kožních defektů. Nejedná se však o jakési zájmové skupiny. Jde o čistě medicínský program s cílem něco zlepšit, nacvičit či léčit. Senior se může dozvědět podstatné informace o své nemoci, o možnostech prevence komplikací a také si může mnohé

prakticky vyzkoušet. Cvičí zde svou stabilitu ve stoji a chůzi, učí se prakticky používat pomůcky. Na tomto oddělení pracuje, kromě všech v Čechách běžných odborníků v rehabilitaci, i tzv. specialista pro pečující. Ten, jak je již z názvu patrné, radí a odborně podporuje rodinu, která se stará a pečuje o starší osobu (30).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) byla již v době mé stáže v Homerton University Hospital nemocnicí běžně využívána. Všichni zdravotničtí odborníci byli s klasifikací seznámeni, věděli jak je systémem využívána. V běžné praxi nemocnice ergoterapeuti napíší, stejně jako ostatní odborníci, popis situace jejich pacienta a lékař v závěrečné zprávě o rehabilitaci převede situaci osoby také do kódů ICF. Znamená to tedy, že samotní ergoterapeuti s numerickými kódy ICF nepracují, pouze podávají podklady k jejich vytvoření. V následující kapitole, kde jsou porovnávány oblasti dle ICF domén hodnocené ergoterapeuty, jsem uvedla situaci v Elderly care týmu na lůžkovém oddělení. Na těchto oddělení není obvyklá úzká spolupráce s psychologem, proto není tato profese znázorněna ani v tabulkách u projektu 2- Londýn.

Ergoterapie ve Velké Británii má mnohem delší tradici než u nás. Také celkový počet terapeutů v přepočtu na 100.000 obyvatel je v zemi mnohem vyšší než v české republice. Ve Velké Británii byl v roce 2006 počet ergoterapeutů na 100.000 obyvatel 35, a v ČR 2 na 100.000 obyvatel (30). Není tedy překvapující, že tato profese je všeobecně známa i mezi laickou veřejností.

4.4 Projekty a aktivity zaměřené na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v České Republice

K odpovědi na otázku o využití MKF v praxi ergoterapie jsem se zajímala o projekty, kde MKF klasifikace je hlavním nástrojem spolupráce multidisciplinárního rehabilitačního týmu. V těchto příkladech jsem se zaměřila převážně na informace o oblastech a způsobu intervence ergoterapeutů. V následujícím textu stručně popíši probíhající a již uplynulé projekty v ČR. Konkrétní získaná data o oblastech intervence ergoterapeutů ve vztahu k doménám MKF jsem shrnula až do následující kapitoly. Tímto způsobem bude možno roztříděné informace dobře porovnat a následně v diskusi práce zhodnotit.

4.4.1 MKF na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity realizovala během roku 2008 projekt "Používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví" u osob s roztroušenou sklerózou. Hlavním cílem bylo aplikovat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví u pacientů s roztroušenou sklerózou a následně vytvořit individuální rehabilitační plán dle doporučení členů multidisciplinárního týmu. Projekt byl realizovaný za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity a Grantové agentury Zdravotně sociální fakulty JU.

Vedoucí projektu Mgr. Hana Matlasová a Mgr. Jana Kupková sestavily tým složený z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeutky, logopeda, psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Celý tým měl zajistit ohodnocení zdraví a funkčních schopností respondentů dle MKF a vytvořit rehabilitační plán. Na počátku šetření bylo osloveno 60 respondentů s roztroušenou sklerózou s trvalým bydlištěm v Jihočeském kraji. Byli osloveni prostřednictvím Nemocnice České Budějovice, a.s. a občanského sdružení Roska České Budějovice. Výzkumné šetření bylo nakonec realizováno s dvaceti respondenty (22).

Každý z dvaceti respondentů nejprve prošel sérií vyšetření u jednotlivých odborníků. Kvalifikované dominanty MKF odpovídaly Core Set pro osoby s roztroušenou sklerózou. Na hodnocení navazovalo týmové vypracování individuálního rehabilitačního plánu. Samotný projekt potvrdil možnost aplikace MKF jako klinického nástroje k hodnocení jednotlivých potřeb respondentů a ke sledování úspěšnosti léčby a rehabilitace. V tomto projektu byla poprvé použita klasifikace MKF na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (22).

V roce 2009 projekt „Používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“ na ZSF JU pokračuje. Byl opět finančně podpořen Grantovou agenturou JU. Letos je projekt zaměřen na osoby s diagnózami mentálního a kombinovaného postižení. První část výzkumného šetření probíhala v Centru sociálních služeb Empatie v Českých Budějovicích v březnu 2009. Díky vstřícnosti a laskavosti Mgr. Matlasové a Mgr. Kupkové jsem se části hodnocení mohla účastnit jako pozorovatel.

Vlastní šetření probíhalo v průběhu dvou dnů. Tým opět tvořil lékař, zdravotní sestra, sociální pracovníce, fyzioterapeut, ergoterapeutka, logoped a psychologka. Nyní bylo cílem ohodnotit a vypracovat individuální rehabilitační plán u 8 osob s mentálním či kombinovaným postižením. Plán by měl být využit při tvorbě individuálního programu poskytované péče Střediska sociálních služeb Empatie v Českých Budějovicích. Respondenti se šetření účastnili za přítomnosti alespoň jednoho ze svých rodičů. Rodiče svými informacemi mohli podpořit objektivitu dat získávaných během hodnocení.

Celý tým se nejprve seznámil formou písemné dokumentace se základní situací jednotlivých osob a jejich rodin. Pak odborníci, dle zaměření jejich profese, individuálně hodnotili jednotlivé respondenty. Získané informace zaznamenávali do dokumentace. Pro projekt bylo nutné dopředu vytvořit záznamové archy MKF dle specifik hodnocených osob. Dále utvořit manuál, kde byla určena k hodnoceným doménám odpovědnost jednoho či dvou odborníků. Manuál tak nepřímou usnadnil zacílení intervence odborníka na oblasti vztahující se ke konkrétním MKF doménám.

V závěru šetření se tým sešel na společné konferenci. Zde se získaná data prezentovala a porovnávala. Na základě dat a informací během konference byl vytvořen plán rehabilitace pro jednotlivé respondenty výzkumu. Celý projekt bude završen kontrolním šetřením za 6 měsíců. Zde se budou sledovat změny úrovně zdraví a disability hodnocených osob a bude hodnocen dopad MKF pro jejich rehabilitaci.

Pro získání informací o využití MKF do ergoterapeutické praxe jsem se nejvíce zajímala o práci ergoterapeutky v tomto týmu. Ergoterapeutka Bc. Petra Klímová byla letos do projektu zapojena poprvé. Neměla tedy možnost využít zkušenosti z minulého projektu a nemohla oba projekty subjektivně porovnat. Pro získávání informací o hodnocených osobách kombinovala metodu dotazování a hodnocení činnosti v praxi pozorováním. V modelových situacích hodnotila aktivity vztahující se k doménám např. d440 „Využití ruky k jemným pohybům“ a d540 „Oblékání“. Vzhledem k časové dotaci třiceti minut na hodnocení jedné osoby nebylo možno více prakticky vyzkoušet. V průběhu hodnocení využívala své dobré zkušenosti z praxe ergoterapeutky na rehabilitačním oddělení místní nemocnice. Používala také formuláře ergoterapeuta k prvotnímu záznamu dat, které využívá ve svém zaměstnání např. list pro hodnocení úchopů ruky. Až na konci všech hodnocení na základě získaných dat postupně k jednotlivým doménám přiřadila kvalifikátory do záznamového archu MKF.

4.4.2 MKF na Klinice rehabilitačního lékařství 1.LF UK v Praze

Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK byla jedním z hlavních řešitelů 6. rámcového programu EU, projektu Measuring Health and Disability in Europe: supporting policy development (MHADIE). Projekt byl zaměřen na ověření MKF modelu jako nástroje zdokumentování a analyzování zdraví a disability. Výsledkem projektu bude, kromě ověření klinické aplikovatelnosti modelu MKF při sběru a porovnávání dat, doporučení strategie a návod pro harmonizaci způsobu současného sběru dat s modelem MKF. Projekt započal v lednu roku 2005 a byl ukončen v dubnu 2008, v jeho průběhu bylo ohodnoceno 1200 osob (34). Do projektu byla zapojena celá řada odborníků a institucí z celkem 11 zemí Evropy, včetně WHO.

Na Klinice rehabilitačního lékařství (KRL) probíhalo, v rámci projektu MHADIE, hodnocení funkčních schopností osob po traumatickém poškození mozku a osob s roztroušenou sklerózou. Kromě významného sběru dat od 200 respondentů se podařilo na KRL vytvořit ICF Core Set pro osoby po traumatickém poranění mozku (Case Record Form pro zdravotníky). Tento formulář a jeho výběr MKF domén je specifikovaný vždy podle nejběžnějších stavů souvisejících s hlavní diagnosou. Podobným způsobem vznikly v Evropě i další formuláře.

Projekt MHADIE pořádal v listopadu 2007 v Miláně závěrečnou konferenci. Sešlo se zde mnoho participujících odborníků z mnoha zemí světa. Na konferenci se diskutovalo a hodnotilo proběhlé dvouleté období výzkumu na jednotlivých pracovištích. Výsledkem diskusí byla strategická doporučení pro MKF model v Evropě (**D3**). Výsledky projektu budou v nejbližší době publikovány.

Při popisu oblastí pro ergoterapeutické hodnocení vycházím z interních materiálů KRL a z popisu projektu ergoterapeutkou Jersákovou (**19**) ve zpravodaji Unie podporovaného zaměstnávání.

Před započítáním samotného získávání dat odborníky byly také v tomto projektu rozděleny oblasti hodnocení dle domén MKF a přiděleny k ohodnocení jednotlivým profesím. Ergoterapeuti KRL nejprve prakticky provedli běžné ergoterapeutické vyšetření a následně pak ohodnotili jednotlivé komponenty příslušným kódem. Vyjadřovali se k oblasti soběstačnosti, funkčních dovedností horních končetin. Mapovali nutnost a stav využívání kompenzačních pomůcek a nutnost úprav domácího i „veřejného“ prostředí. Ve spolupráci se sociální pracovníci se vyjadřovali k oblasti volnočasových aktivit a produktivity práce a zaměstnávání. Další z hodnocených oblastí byl vliv prostředí na zdravotní stav respondenta.

Pro získání informací ergoterapeuti postupovali dle standardního harmonogramu vstupního ergoterapeutického vyšetření. Volili metodu pozorování a dotazování, stejně jako v projektu na ZSF v Českých Budějovicích. Na KRL měli ergoterapeuti pro získávání informací více času, k dotazování využívali také rodinné příslušníky respondentů. Pro dotazování vytvořili i svůj pracovní seznam oblastí, které je třeba pro

klasifikaci stavu respondentů dle MKF zjistit a které během běžného vstupního hodnocení nezjišťují. Z popisu Jersákové (19) lze říci, že ergoterapeuti při hodnocení respondentů dle ICF nemuseli vytvořit zcela nové nástroje a postupy hodnocení, pouze mírně upravit a doplnit nástroje a postupy již užívané.

Klinika rehabilitačního lékařství byla také jedním z hlavních partnerů v Programu iniciativy EU EQUAL v projektu „Rehabilitace-Aktivita-Práce“. Projekt, který trval téměř tři roky, byl zaměřen na zlepšení přístupu a návratu na trh práce pro osoby se zdravotním postižením a na podporu postupů umožňujících zaměstnávání osob zdravotně postižených. Jedním z cílů projektu bylo vytvoření a inovace systému a metodik funkčního hodnocení pracovního potenciálu srovnatelných se standardy v EU. Tato metodika byla vytvořena v souladu s principy MKF a měla by tvořit podklad pro fungování systému pracovní rehabilitace v ČR.

4.5 Projekty a aktivity zaměřené na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v Evropě

Pro doplnění obrazu o postupech implementace MKF do klinické praxe jsem zjišťovala zkušenosti s tímto procesem i z mezinárodních zdrojů. Všechny členské státy se již při schválení klasifikace WHO v roce 2001 zavázaly, že budou využívat MKF v různých oblastech, jako nástroj statistický, výzkumný, klinický, vzdělávací a nástroj sociální politiky. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že potřeba učinit kroky k implementaci stále vzrůstá a projekty neustávají ani ve světě. Do své práce jsem vybrala několik příkladů, jež jsem považovala za přínosné k zodpovězení základních otázek práce.

4.5.1 Projekt neurorehabilitačního oddělení v Lucernu

Jak uvádějí autoři článku v odborném časopise „Disability and Rehabilitation“ (31), v roce 2002 proběhl na neurorehabilitačního oddělení Kantonsspital ve švýcarském Lucernu projekt zaměřený na implementaci MKF do klinické praxe celého multidisciplinárního týmu. Na projektu tedy spolupracovali všichni členové rehabilitačního týmu. Projekt se skládal ze tří hlavních částí:

- 1, Utvoření základního interdisciplinární konceptu pro klinické využití který by obsahoval komponenty MKF.
- 2, Restrukturalizace a standardizace zpráv, konferencí a dokumentace interdisciplinárního týmu.
- 3, Implementace nového konceptu do každodenní práce kliniky (31).

V první části projektu byl vypracován zjednodušený seznam MKF termínů pro každodenní použití na lůžkovém oddělení. Komponenty z klasifikace byly postupně analyzovány a začleněny do základních seznamů termínů a pojmů. Díky tomu získali jednotliví odborníci přehledné členění pojmů a jejich vzájemných vazeb. Do seznamů byly zasazeny i nejčastěji používané hodnotící škály a testy pro příslušné aktivity jednotlivých komponent. Celý seznam obsahoval i kód položky dle MKF (31).

Další část projektu se zaměřila na dokumentaci a rehabilitační konference. Rehabilitačním konferencím, na kterých probíhá výměna informací o konkrétních osobách v rehabilitaci, byla stanovena nová struktura. Konference se rozdělila do tří částí. První část byla věnována výsledkům hodnocení a vyšetření, v druhé se stanovily cíle rehabilitace a třetí část patřila plánování. Struktura konference v části hodnocení kopírovala jednotlivé domény MKF. Postupně se tedy jednotliví odborníci vyjadřovali k tělesným strukturám a funkcím, dále k aktivitám a participacím, ke spolupůsobícím faktorům. V závěru se určily nejdůležitější obtíže. Tedy byly definovány poruchy (impairmenty), limitované aktivity a omezené (restringované) participace. Určily se i facilitátory (zdroje) a bariéry (překážky) v situaci konkrétní osoby (31).

Nová struktura rehabilitačních konferencí určovala i role jednotlivých odborníků ve vztahu k vyjádření o jednotlivých doménách. Např. lékař měl „hlavní slovo“ v popisu tělesných struktur a funkcí. O komunikaci mluvili logoped s neuropsychologem. Ergoterapeut se vyjadřoval o oblasti života v domácnosti, o učení se a aplikaci znalostí, o všeobecných úkolech a požadavcích (31). Tj., jak osoba v rehabilitačním programu zvládne např. řídit a řešit své denní povinnosti. Existují samozřejmě oblasti v aktivitách a participacích, kde nebyl určen „hlavní“ odborník, k příslušné doméně se vyjádřili všichni odborníci. Projekt v Lucernu podporoval myšlenku, že úloha týmu je založena na spolupráci. Proto se všichni členové týmu měli možnost vyjádřit k jakékoli probírané oblasti o situaci člověka v rehabilitaci, i když určitá doména nebyla určena jako jim příslušící. Tým společně také v další části konference stanovil cíle a plán rehabilitačního programu. Nesmíme také zapomenout na participaci samotné osoby v programu. Její názor se podílel na určení cílů a stanovení plánu. Také dokumentace neurorehabilitačního oddělení kopírovala strukturu rehabilitačních konferencí a zohledňovala terminologii MKF. Celá rehabilitační konference měla stanovený časový limit 30 minut na projednání jednoho případu (31).

Autoři projektu v Lucernu shrnuli výsledky práce do následujících poznatků. Jednak považují snahu používat MKF v každodenní práci oddělení za velkou výzvu. Ta si také vyžádala mnoho času ode všech osob, které se do projektu zapojily. Autoři pozitivně hodnotili kreativitu a spolupráci interdisciplinárního týmu, která vedla k prohloubení znalostí o MKF. Projekt musel překonat i různé překážky. Zprv musel být nalezen způsob, jak zredukovat rozsáhlou dokumentaci MKF do rozsahu, jež by pokryl potřeby pacientů oddělení a byl operabilní pro všechny členy týmu, aniž by se snížila vysoká kvalita dokumentace. Dalším úkolem při implementaci MKF bylo nevyšší pracovní zátěž a nároky na administrativu jednotlivých odborníků, v porovnání s předchozím stavem. Dále bylo nutné všechny členy týmu aktivně zapojit do projektu. To vyžadovalo důkladné předchozí i průběžné vzdělávání v oblasti MKF (31).

Při celkovém hodnocení projektu bylo na neurorehabilitačním oddělení ve švýcarském Lucernu shledáno zlepšení kvality práce. Hlavně díky zlepšení procesu interdisciplinární spolupráce, jež souvisí s přístupem k hodnocení, ke stanovení cílů

a plánů rehabilitace. Projekt navíc přispěl k započetí procesu standardizace dokumentace. Autoři v neposlední řadě poukazují i na pozitivní dopad výstupů projektu na samotnou léčbu osob na neurorehabilitačním oddělení jejich nemocnice (31).

4.5.2 Odborná diskuse k významu MKF v rehabilitaci osob po CMP

Tento projekt odborné diskuse realizovaly dvě ergoterapeutky působící na Brunel Univerzitě v Londýně v roce 2006. Autorky Tempest a McIntyre (37) nejprve důkladně prozkoumaly dostupnou literaturu vztahující se k tématu významu MKF pro rehabilitaci osob po CMP a významu MKF pro celý tým odborníků. Zjištěné informace shrnuly do prezentace, kterou předložily klinickým pracovníkům pracujícím v rehabilitaci s osobami po cévních mozkových příhodách. Po prezentaci vždy následovala odborná diskuse s cílem získat odborná stanoviska sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a logopedů. Tato odborná stanoviska pak byla následně porovnávána s důkazy uvedenými v literatuře (37).

Diskuse s odborníky nebyly formální. Klíčovým tématem však stále zůstávalo potencionální využití MKF pro jejich praxi. Literatura i stanoviska diskutujících odborníků shodně určily dvě stěžejní oblasti využití MKF v rehabilitaci osob po CMP:

1. jako pomůcka pro odbornou komunikaci a strukturalizaci služeb
2. k objasnění rolí v týmu

MKF - pomůcka pro komunikaci v týmu

Autorky projektu v literatuře našly mnoho názorů podporujících využití MKF jako pomůcku pro komunikaci multidisciplinárního týmu. Také odborníci v diskusi a ve svých stanoviscích tento názor přijali. Zároveň ale poukázali na zdouhavý proces začít tuto pomůcku vyžívat. Považovali za nutné nejprve všem odborníkům týmu důkladně MKF přiblížit. Poskytnout dostatek času, aby mohli nejprve pochopit celý MKF přístup s ohledem k jejich profesi ještě před aplikací do praxe.

MKF - pomůcka pro objasnění rolí v týmu

Hlavním smyslem využití MKF bylo odborníky stanovenou objasnění týmových rolí v rehabilitaci. Domnívali se, že negativní dopad na kvalitu poskytovaných služeb

má situace, kdy není jasně stanoveno „kdo co dělá“. MKF by mohla napomoci porozumění v rozdílech klinického uvažování a cílů jednotlivých odborníků, také v případech, kdy zdánlivě odborníci obsahem své intervence úkony dublují („dělají totéž-mají jiné cíle“). Tímto způsobem by došlo k podpoře většího porozumění nutnosti určitého překrývání rolí v rehabilitaci osob po CMP (37).

4.5.3 WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS II) a ICF Core sets

MKF je jako hodnotící nástroj neustále rozvíjen. Pro usnadnění systematického a komplexního popisu funkčních schopností a pro využití klasifikace v klinické praxi a ve výzkumu jsou WHO a spolupracujícími organizacemi tvořeny tzv. „ICF Core Sets“. Dále WHO vyvinula tzv. „WHO Disability Assessment Schedule II“.

WHO Disability Assessment Schedule II

Pro standardní hodnocení stavu zdraví Světová zdravotnická organizace (WHO) vyvinula na MKF založený hodnotící nástroj - „WHO Disability Assessment Schedule II“ (WHO DAS II) – „WHO formulář pro hodnocení disability II“. Tento formulář má zajistit souhrnné měření funkčních schopností a disability, které je spolehlivé a validní napříč geografickými regiony. Je určen pro osoby s různými zdravotními obtížemi, pro osoby různého věku i pohlaví. Primární verze DAS II obsahuje 36 otázek, které jsou administrované dotazovatelem. Průměrná doba administrace WHO DAS II je asi 20 minut (46).

Tento formulář postihuje aktivity a participace v 6 doménách života, které vycházejí z komponent aktivit a participací v ICF. Jsou jimi domény:

- 1, Porozumět a komunikovat s okolím (kognice)
- 2, Mobilita
- 3, Péče o svou osobu (hygiena, oblékání, sebesycení, zůstat sám)
- 4, Vztahy s lidmi

5, Běžné životní aktivity (domácnost, volný čas a práce)

6, Účast ve společnosti (účast na aktivitách komunity)

Hodnotí se limity aktivit a restriktce participací tak, jak je subjektivně prožívá respondent v průběhu posledních 30 dnů. WHO DAS II nepopisuje symptomy, nebere zřetel na primární diagnosu. Pro usnadnění komunikace hodnotící odborník využívá 2 karty. Na jedné jsou vyjasněny termíny „zdravotní stav“ a „mít potíže s nějakou činností“. Na druhé kartě je pětiškálová stupnice, pomocí které respondent určí míru obtíží s konkrétní aktivitou. V přílohách této práce najdeme ukázkou záznamového archu v doméně Péče o svou osobu a katru se stupnicí.

Informace zjištěné WHO DAS II mohou být použity k identifikaci potřeb, porovnání pacientů a intervencí, sledování vývoje funkčních schopností v průběhu času, měření klinických výstupů a léčebných efektů (41) Nyní je WHO DAS II dostupný v 16 jazycích. K překladu do češtiny je třeba získat písemné svolení WHO.

ICF Core set

Cílem ICF Core Sets je poskytnout seznam vybraných domén z celé klasifikace, který může sloužit jako minimální standard pro hodnocení a zaznamenání funkčních schopností pro určité diagnózy. Minimální standard i pro klinické studie a konference, pro multidisciplinární komplexní hodnocení.

ICF Core Sets jsou seznamy MKF kategorií důležité pro konkrétní onemocnění nebo pro konkrétní druh zdravotní péče. Mohou sloužit pro zdravotnickou statistiku či klinický výzkum (Brief ICF Core Sets), nebo být vodítkem multidisciplinárního hodnocení (Comprehensive ICF Core Sets) při posuzování funkčních schopností (33).

Praxe a výzkumy ukazují, že ICF Core Set určuje, které kategorie by měly být měřeny, neobsahuje však informace, jak mají být měřeny. V praxi lze MKF a ICF Core Sets užívat jako výčet poruch, limitů aktivit, restrikcí v participaci a zasahujících faktorů prostředí určité osoby s použitím měřítka kvalifikátorů (33). Tento výčet utvoří profil každé osoby, lze ho využít např. v komunikaci v následujících službách. Používání MKF a stejně tak ICF Core Sets podporuje multidisciplinární a komprehensivní hodnocení funkčních schopností.

4.5 Porovnání rozdělení kompetencí týmu při hodnocení zdraví a disability dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Tato část práce souhrnně porovnává zjištěné informace z jednotlivých projektů a zařízení, které byly předmětem zkoumání díky přímé souvislosti s aplikací MKF modelu. V jednotlivých tabulkách jsem zaznamenala rozdělení kompetencí členů rehabilitačního týmu ve vztahu k doménám MKF. Toto rozdělení kompetencí sloužilo vždy v jednotlivých projektech jako jakési „vodítko“. Týmová spolupráce ve všech případech umožňovala překrývání kompetencí a vyjadřování se odborníky i k doméně, která nebyla tímto seznamem určena jako doména jejich profese.

V následujících tabulkách byl projekt 1 označen projekt neurorehabilitačního oddělení ve Švýcarském Lucernu. Výsledky projektu 2 jsou výsledky mého pozorování v Londýnské Homerton University Hospital v Eldery care týmu. Projekt 3 je projekt na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích realizovaný v Centru sociálních služeb Empatie. A jako projekt 4 jsem označila projekt Kliniky rehabilitačního lékařství 1.LF UK v Praze v rámci mezinárodního projektu MHADIE (Získány informace pouze o hodnocení ergoterapeuty). Pro usnadnění záznamu jsem použila pro označení jednotlivých profesí týmu zkratky. Zkratka MD-lékař, P-psycholog, FT-fyzioterapeut, ZS-sestra a ošetrovatelský personál, OT-ergoterapeut, SP-sociální pracovník, Lo-logoped. Termín „Všichni“ znamená, že všichni v týmu se na této doméně podíleli stejnou měrou.

V tabulkách jsou rozděleny kompetence odborníků týmů v kontextu domén Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Tabulka 4 zaznamenává rozdělení rolí u domén tělesných funkcí, tabulka 5 u domén tělesných struktur, tabulka 6 u domén aktivit a participací a tabulka 7 u domén faktorů prostředí.

Tabulka 4: Tělesné funkce

Doména	Kód	Projekt 1 Lucern	Projekt 2 Londýn	Projekt 3 Č.Budějovice	Projekt 4 Praha
Mentální funkce	b110-b199	MD, P	MD, OT	MD, P, OT, Lo	OT
Smyslové funkce a bolest	b210-b299	MD	FT, OT, MD	MD	
Funkce hlasu a řeči	b310- 399	MD	Lo, MD	MD, Lo	
Funkce kardiovaskulárního, hematologického, imunologického a respiračního systému	b410-b499	MD	MD, FT	MD	
Funkce metabolického, zažívacího a endokrinního systému	b510-b599	MD	MD	MD	
Funkce urogenitální a reprodukční	b610-b699	MD	MD	MD	
Funkce neuromuskuloskeletární a funkce vztahující se k pohybu	b710-b799	MD	FT, MD	FT	
Funkce kůže a k ní se vztahujících struktur	b810-b899	MD	MD, ZS	MD	

MD-lékař , P-psycholog , FT-fyzioterapeut , ZS-sestra a ošetrovatelský personál, OT-ergoterapeut, SP-sociální pracovník, Lo-logoped, Všichni- všichni stejnou měrou

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5: Tělesné struktury

Doména	Kód	Projekt 1 Lucern	Projekt 2 Londýn	Projekt 3 Č.Budějovice	Projekt 4 Praha
Struktury nervového systému	s110-s199	MD	MD	MD	
Oko, ucho a příslušné struktury	s210-s299	MD	MD	MD	
Struktury vztahující se ke hlasu a řeči	s310-s399	MD	MD, Lo	MD	
Struktury kardiovaskulárního, imunitního a respiračního systému	s410-s499	MD	MD, FT	MD	
Struktury vztahující se k zažívání, metabolismu a endokrinnímu systému	s510-s599	MD	MD	MD	
Struktury vztahující se k urogenitálnímu a reprodukčnímu systému	s610-s699	MD	MD	MD	
Struktury vztahující se k pohybu	s710-s799	MD	MD, FT	MD	
Kůže a k ní se vztahující struktury	s810-s899	MD	MD, ZS	MD	

MD-lékař , P-psycholog , FT-fyzioterapeut , ZS-sestra a ošetrovatelský personál, **OT-ergoterapeut**, SP-sociální pracovník, Lo-logoped, Všichni- všichni stejnou měrou

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6: Aktivity a participace

Doména	Kód	Projekt 1 Lucern	Projekt 2 Londýn	Projekt 3 Č.Budějovice	Projekt 4 Praha
Učení se a aplikace znalostí	d110-d199	OT	OT	P, OT	OT
Všeobecné úkoly a požadavky	d210-d299	OT	OT	P, OT	OT
Komunikace	d310-d399	Lo, ZS	Lo, OT	Lo	
Pohyblivost	d410-d499	FT, OT	FT, OT, MD	FT, OT, MD	OT
Péče o sebe	d510-d599	ZS	OT, ZS, SP	OT, MD	OT
Domácí život	d610-d699	OT	OT, SP	OT	OT
Mezilidská jednání a vztahy	d710-d799	P, ZS	OT, SP	P	
Hlavní oblasti života	d810-d899	všichni	OT	SP	OT
Komunita, sociální a občanský život	d910-d999	všichni	SP, OT	SP, OT	OT

MD-lékař , P-psycholog , FT-fyzioterapeut , ZS-sestra a ošetrovatelský personál, OT-ergoterapeut, SP-sociální pracovník, Lo-logoped, Všichni- všichni stejnou měrou

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7: Faktory prostředí

Doména	Kód	Projekt 1 Lucern	Projekt 2 Londýn	Projekt 3 Č.Budějovice	Projekt 4 Praha
Produkty a technologie	e110-e199	ZS	OT, MD, FT, Lo	OT, MD, Lo	OT
Přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí	e210-e299	ZS	OT	OT	OT
Podpora a vztahy	e310-e399	ZS	SP, OT	SP	
Postoje	e410-e499	ZS	SP	SP	
Služby, systémy a principy řízení	e510-e599	ZS	SP	SP	

MD-lékař , P-psycholog , FT-fyzioterapeut , ZS-sestra a ošetrovatelský personál, OT-ergoterapeut,
SP-sociální pracovník, Lo-logoped, Všichni- všichni stejnou měrou

Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

5.1 Význam ergoterapie u starších osob ve vztahu k MKF a jejím komponentám

5.1.1 Tělesné struktury a funkce

Z teoretické části práce by se mohlo zdát, že převážným zájmem ergoterapie je činnost a zaměstnávání (occupation) osob (viz definice ergoterapie). A tím pádem, že poruchy tělesných struktur a funkcí s ergoterapií přímo nesouvisejí. Ergoterapie však musí zohlednit tělesné struktury a funkce, případně jejich poruchy, v úvahách o jejich vlivu na aktivitu a participaci. Tento vztah je základní myšlenkou ergoterapie při analýze aktivit. Ergoterapeut hodnotí nejen nároky činnosti a její kontext, musí vzít v potaz tělesné funkce a struktury osoby v rehabilitaci. V ergoterapeutické terminologii se mluví o tzv. faktorech klienta a o komponentách výkonu (10). Z tohoto vyplývá, že znalost anatomie a fyziologie člověka je u ergoterapeutů nezbytná. Jedině tak mohou celistvě chápat lidskou aktivitu a všechny faktory, které se do ní promítají.

Poruchy struktur a funkcí mohou vzniknout patologickým procesem, vlivem úrazu či nemoci. Mnoho poruch struktur a funkcí vzniká také důsledkem fyziologických změn v procesu stárnutí (3). Odborníci pracující se staršími osobami, tedy i ergoterapeuti, musí znát nejen vlivy patologických změn na funkční schopnosti, ale i změny a jejich dopad na funkci při stárnutí. Např. při stárnutí dochází ke zpomalení a snížení adaptace oka na světlo a tmu (11). Následně proto v aktivitě automaticky počítáme s nutností vhodné míry osvětlení. V konkrétním případě pak při doporučení úprav bytů starších lidí ergoterapeuti doporučují stejnou míru osvětlení ve všech místnostech, včetně např. chodby a komory. Díky znalosti tělesných struktur a funkcí a propojením vztahu funkce a prostředí je ergoterapeut v tomto příkladu schopen profesionálně minimalizovat jeden z rizikových faktorů pádu.

Dle prof. Pfeiffera (29) však hlavním zdrojem informací pro práci ergoterapeuta o poruchách funkcí a struktur konkrétní osoby zůstávají vyjádření dalších odborníků, např. lékařů. S těmito informacemi dále ergoterapeut pracuje při řešení určitých aktivit. Např. stav chrupu či funkce polykání v aktivitách přípravy jídla a jeho jedení. Tuto myšlenku podporuje srovnání rozdělení kompetencí v projektech zaměřených na MKF

ve výzkumné části této práce. V naprosté většině případů se ke komponentám funkcí a struktur těla vyjadřoval lékař (Viz tabulka 4 a 5). Ostatní členové týmu se na hodnocení těchto komponent pouze spolupodíleli.

Ergoterapie může tělesné funkce a struktury přímo ovlivňovat. Pozitivně může působit jako preventivní a léčebný nástroj. Pro příklad si vezměme imunitní systém člověka. Pokud se v důsledku intervence ergoterapeutalepší samostatnost osoby v sebesyćení, dojde ke zlepšení stavu výživy a hydratace a ke zlepšení imunitních funkcí. To má následně pozitivní dopad na celý imunitní systém. Ověření této myšlenky může napomoci i kasuistika 2. Ergoterapie u paní V. byla nápomocná ke stabilizaci její psychiky. Zlepšení psychického rozpoložení paní V. je kvantifikováno kódem b 1263.3 při vstupu do terapie a kódem b1263.1 při ukončení terapie (Viz schéma 4 a 5).

Jak uvádí Ashford a kol. (3), existuje mnoho souvislostí mezi tělesnými funkcemi a strukturami a praxí ergoterapie. Základním předpokladem pro praxi je pochopení vzájemného a oboustranného vztahu tělesných struktur, funkcí a lidské aktivity a participace.

5.1.2 Aktivita a participace

Dle MKF lze aktivitu a participaci chápat jako zásadní elementy funkčních schopností. MKF (N) definuje aktivitu jako „provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověka“. Participaci definuje jako „zapojení se do životní situace“. V ergoterapii můžeme oblasti aktivity a participace chápat jako klíčové elementy výkonu lidského zaměstnávání (occupation). Proto je možno aktivity a participace považovat pro ergoterapii za nejdůležitější a oboru obsahově nejbližší komponenty.

Jak již bylo výše řečeno, v ergoterapeutické terminologii v souvislostech s lidskou aktivitou mluvíme o zaměstnávání (occupation). Jak uvádějí ergoterapeutky Grieve a Gnanasekaren (10), více známým a obecněji používaným termínem jsou „běžné denní činnosti“ ve zkratce ADL (Activities of daily living). Co přesně lze však do těchto činností zahrnout? Výčet aktivit by se jistě lišil v souvislosti s profesí zdravotníka, typem i geografickou polohou organizace. Proto je velkým přínosem MKF zohlednění faktorů prostředí jedince v jeho aktivitách a participacích. Jak uvádí Ashford a kol. (3), výzkumy ukázaly, že dokonce existují rozdíly v preferencích výkonu v ADL

mezi samotnými staršími lidmi a jejich ergoterapeuty. Např. v instrumentálních ADL starší lidé preferovali schopnost obsluhy telefonu, schopnost cestovat a číst. Vše ve spojitosti s volnočasovými aktivitami. Ergoterapeuti určili pro své klienty za nejdůležitější aktivity telefonování, manipulaci a kontrolu léků, přípravu drobného pokrmu. Z toho příkladu se ukazuje nutnost širšího používání modelu „Client-centred practice“- modelu zaměřeného na klienta. Jak uvádí Hagedorn (12), je tento humanistický přístup silně holistickým. Terapeut v něm respektuje autonomii a individualitu, právo na rozhodování osoby. Respektuje každou osobu, s níž pracuje, jako partnera při plánování cílů terapie. V současné době má ergoterapie v ČR na podporu tohoto modelu možnost využívat hodnotící nástroj COPM (The Canadian Occupational Performance Measure). Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) bylo v roce 2008 Českou asociací ergoterapeutů přeloženo a publikováno. Při hodnocení pomocí COPM se respondent vyjádří o subjektivním vnímání vlastního výkonu v aktivitách pomocí stupnice (24), podobně jako v WHO DAS II. Navíc je zde stupnice, na které respondent vyjádří důležitost určité aktivity ve svém životě. Tento „client-centred“ přístup umožní terapeutům zaměřit intervenci na důležité oblasti z pohledu osoby v rehabilitaci. Tím lze získat lepší spolupráci a motivaci osob nejen pro ergoterapii, ale i pro rehabilitaci vůbec.

Nyní se pokusím vyjmenovat některé příklady konkrétní intervence ergoterapeuta ve vztahu k MKF v komponentách Aktivit a participací. Pro naše účely postačí pouze několik příkladů, neboť jejich plný výčet by vystačil na samostatnou publikaci.

Učení se a aplikace znalostí je jedním z hlavních hodnocených předpokladů rehabilitace nejen u starších osob. Všímáme si, jak osoba posuzuje jednotlivou situaci, identifikuje potřebu naučit se něčemu a dokáže aplikovat existující dovednosti. Doména Všeobecné úkoly a požadavky sleduje započetí a ukončení úkolu, organizování pravidelných činností a rozhodování. V rehabilitaci seniorů se dříve předpokládalo, že rychlost a kvalita provedení úkolů se s věkem snižuje. Dnes se naopak ukazuje, že toto neplatí ve všech případech a je to věc velmi individuální (45). Proto je nutno vždy individuální hodnocení výkonu aktivit u každé osoby. Obě domény, Učení se a aplikace

znalostí a Všeobecné úkoly a požadavky byly ve všech projektech, které byly v této práci zkoumány (Viz tabulka 6), vybrány jako domény, ke kterým se vyjadřují právě ergoterapeuti a které lze tedy považovat za typické oblasti intervence ergoterapie.

V oblasti mobility (pohyblivosti) starších osob zdůrazníme význam ergoterapie pro zvládnání pádu a jeho rizik. Jak ukázala zjištění ze stáže v Homerton University Hospital v Londýně, existují skupiny pro prevenci pádu. Ergoterapeut spolu s fyzioterapeutem učí seniory volit vhodnou obuv, vhodnou pomůcku pro chůzi. Ergoterapeut navrhuje upravit prostředí doma tak, aby se riziko pádu zcela minimalizovalo.

Další důležitou oblastí je doména MKF s názvem Péče o sebe. U každé dospělé osoby se automaticky předpokládá samostatnost v péči o sebe. Podpora nezávislosti je tradičně považována za klíčovou oblast ergoterapie. Mnoho aktivit péče o sebe je ergoterapeuty hodnoceno v simulovaných i reálných situacích. Hodnotí se nejen výkon, ale i kapacita. V MKF kvalifikátor výkonu popisuje, co a jak člověk dělá ve svém běžném prostředí, které je již upraveno a vybaveno pomůckami. Kvalifikátor kapacity zjišťuje nejvyšší možný stupeň funkční schopnosti daného člověka v prostředí bez pomůcek (45). V případových studiích byla důležitost ergoterapie pro zlepšení samostatnosti obou osob přímo potvrzena. Důkazem je výsledek standardního hodnocení soběstačnosti Funkční míry nezávislosti, v kterém se v obou případech zlepšila samostatnost zkoumaných osob.

Udržet život seniorů ve vlastním domácím prostředí co nejdéle se stává prioritou v nových strategiích v péči o seniory, na čemž se podílejí i ergoterapeuti. Kvalita života doma se odvíjí nejen od samostatnosti osoby v ADL, ale i od četnosti a kvality sociálních kontaktů osoby v komunitě. Pro zjištění aktuální situace ve výkonu aktivit domény „Život v domácnosti“ a pro hodnocení prostředí využívají ergoterapeuti tzv. domácí návštěvy. Dle autorů knihy „Ergoterapie a starší lidé“ (3) se domácí návštěvy zaměřují na:

- ujištění se o bezpečnosti osoby v domácím prostředí před propuštěním z nemocnice
- úpravu domácího prostředí jako prevenci dalších poranění a disability

- zjišťování aktuálního výkonu starší osoby v každodenních aktivitách (3).

Domácí návštěvy se ukázaly také v Elderly care týmu v Londýně jako jedna z hlavních náplní ergoterapie. Cíle domácích návštěv přesně korespondovaly s cíly výše uvedenými. Dle doc. Švestkové (34) jsou domácí návštěvy uskutečňovány i ergoterapeuty na Klinice rehabilitačního lékařství 1.LF UK. Jedná se však o službu v České republice mimořádnou.

Komunikace, vedení konverzace a výměna informací jsou důležitou oblastí lidského života. Lidé komunikují nyní častěji a častěji s pomocí moderních produktů a technologií, pomocí internetu a mobilních telefonů. Tyto produkty a technologie je nutno naučit používat také starší generaci a zajistit jí tak stejný přístup k informacím. Pomocí internetu může senior např. zjistit nabídku programů v klubu seniorů nebo komunikovat s vnukem např. do Austrálie. Používání mobilních telefonů je dnes považováno i za určitý bezpečnostní prvek, díky kterému si starší osoba může přivolat pomoc. V kasuistice 1 u pana Z. byla omezena možnost udržovat společenské vztahy. Toto omezení se snížilo díky využívání PC s internetem v prostorách jídelny nemocnice. Panu Z. byla podmínkami prostředí zlepšena možnost participace.

Naštěstí je lidmi stále preferována osobní komunikace, což u starší generace platí dvojnásob. Vhodné je si vytvořit a udržovat bohatou sociální síť v komunitě, neustále udržovat a vytvářet vztahy, a tím předcházet sociální izolaci. Nejen z tohoto důvodu vznikají různé kluby seniorů a zájmové kroužky. Existují situace, kdy je možnost komunikace člověka značně omezena stavem tělesných struktur a funkcí. Ergoterapeut může shledat u seniora např. nedoslýchavost, demenci či fatickou poruchu způsobenou cévní mozkovou příhodou. Toto zjištění je třeba konzultovat s příslušnými odborníky, v tomto příkladu s lékařem ORL, psychologem a logopedem. Ergoterapeut se spolu s logopedem podílí na nalezení nejlepšího způsobu, jenž vzájemnou výměnu informací mezi seniorem a okolím umožní. A tím podpoří jeho participaci.

Mohlo by se zdát, že doména Hlavní oblasti života (vzdělání, práce a zaměstnání) není v oblasti péče o starší osoby nijak důležitá. Osoby nad 65 let věku již mají dávno ukončeno vzdělání a odcházejí ze zaměstnání. Neustále se setkáváme,

a budeme se setkávat častěji, s lidmi, kteří zůstávají pracovně aktivní do vyššího věku. Ekonomický přínos není jediným motivem těchto lidí. Hlavním motivem je osobní naplnění, které jim jejich profese přináší. Tento motiv se potvrdil i u pana Z. v kasuistice 1, který pracoval do svých téměř osmdesáti let. Starší lidé ze stejného motivu pracují také často v různých programech jako dobrovolníci. Pro vzdělávání v pozdějším období vznikají Univerzity třetího věku. Ty, krom nových informací, zajistí člověku dostatek kontaktů a možností k zapojení do současného dění. Ergoterapeuti se také podílejí na vzdělávání seniorů. A to převážně v preventivních programech, kde přináší informace o předcházení nemoci a úrazu. Tyto programy jsou součástí celoživotního vzdělávání.

Nesmíme zapomenout zmínit oblast náboženství a spirituality. Jako jednu z dimenzí lidské aktivity obsahuje spiritualitu holistický přístup v ergoterapii. Není třeba objasňovat důležitost kontemplativních snah v životě každého jedince. V praktickém pohledu můžeme nalézt příklady, kdy ergoterapie svou intervencí usnadní přístup starších lidí do míst určeným k rozjímání či k modlitbě, např. doporučením rampy pro bezbariérový přístup do kaple, či navržením zvětšení písma liturgických zpěvníků.

5.1.3 Faktory prostředí, produkty a technologie

Dle MKF vymezení jsou faktory prostředí tvořeny fyzickým, sociálním a postojovým prostředím, ve kterém lidé žijí (45). V modelu MKF byl učiněn krok k pochopení, že ztráta nezávislosti je možná nejen skrze tělesné funkce, ale i skrze faktory prostředí. Dnes je vnímán vliv interakce prostředí na stav zdraví, který může způsobit disabilitu či naopak podpořit funkční schopnosti daného jedince. Podle druhu vlivu prostředí na osobu mluvíme o bariérách nebo naopak o facilitujících podmínkách.

Fyzické prostředí tvoří budovy, vybavení bytu nábytkem, veřejná doprava. Ve všech těchto i dalších příkladech je ergoterapie zaměřena na snahu přeměny podmínek bariérových na facilitující. To znamená, aby např. prostředí bytu bylo bezpečné a vybavené vhodnými kompenzačními pomůckami. S fyzickým prostředím souvisejí

i produkty a technologie, které běžně ve svém životě využíváme. Již jsme zmínili mobilní telefon i počítač, který usnadní komunikaci a získávání informací. Další technologie využívá např. služba tísňového alarmu, dále speciální pomůcky z hlasovým výstupem. Takto by se dalo popsat mnoho příkladů, kde pro zlepšení aktivit i participací ergoterapie využívá různé technologie a produkty.

Dalším faktorem prostředí je např. i politické uspořádání státu. Od něho se přímo odvíjí zdravotně sociální politika, která tvoří podmínky pro vznik služeb určených seniorům. Výsledky pozorování ze stáže v Londýně ukazují na rozdílnost služeb, které může ergoterapeut nabídnout ve Velké Británii a u nás. Příkladem může být dostupnost rehabilitačních pomůcek. Ve Velké Británii pomůcku zajistí přímo nemocnice na základě doporučení ergoterapeuta. V Čechách pomůcku smí předepsat pouze lékař a zajistit si ji musí rodina či sám senior v prodejnách kompenzačních pomůcek.

MKF se také zabývá faktorem podpory a faktorem vztahů s dalšími lidmi či se zvířaty. Podpora může být emocionální, fyzická, finanční a může ji poskytovat osoba v rodině, sousedé či kolega na pracovišti. Můžeme např. podporovat vytvoření emocionální vazby na domácí zvíře, jež se např. stane motivujícím prvkem k udržení fyzické kondice starší osoby.

5.2 Ergoterapie u starších osob, nové perspektivy

Jádro ergoterapie u seniorů je, dle Kalvacha (20), v úsilí o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti, eventuelně o zlepšení kvality a důstojnosti života seniora s těžkým omezením funkčních schopností, pokud možno v jeho domácím prostředí. Toho lze dosáhnout využitím kompenzačních pomůcek (někdy i poměrně komplikovaných) či využitím pomoci druhé osoby. Indikování drahých pomůcek seniorům, např. elektrického lůžka nebo vozíku, se může zdát být neekonomické. Dle Švestkové (34) je však i nejdražší pomůcka levnější než náklady na pomoc jinou

osobou. Pokud se podíváme na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, jež v lednu 2008 schválila a nařídila realizovat vláda české republiky, najdeme v článku 6.10. myšlenku, která svým obsahem podporuje užívání pomůcek u starších osob i jejich život v domácím prostředí. V článku 6.10. stojí: „Využití moderních technologií, např. asistenčních technologií a gerontotechnologie, a lepší koordinace služeb mohou zkrátit dobu hospitalizace a vést k úsporám v systému zdravotní péče a sociálních služeb, zvýšit bezpečnost a nezávislost v domácím prostředí a prostředí zdravotnických a sociálních služeb. Možnost života ve vlastním domově by měla být dostupná pro všechny, včetně osob vyžadujících náročnější péči“**(23)**. Pro zajištění vize života starších osob ve svém domácím prostředí je třeba podpořit kompetence českých ergoterapeutů v určování a předepisování kompenzačních pomůcek. Pokud se zamyslíme nad jednou z otázek výzkumu této práce, tedy nalezení rozdílu v ergoterapii u starších osob ve Velké Británii a v ČR, je oblast předepisování pomůcek a navrhování úprav domácího prostředí asi nejmarkantnější. A právě správné vytipování, praktické vyzkoušení pomůcky je prostředek k zajištění bezpečného výkonu denních činností. Další intervencí ergoterapie, jež není v ČR obvyklá, jsou již výše zmiňované domácí návštěvy, které umožňují dobře zhodnotit aktuální výkon starší osoby v ADL. Jedním z opatření k Národnímu programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, zadaný Ministerstvu zdravotnictví a zdravotním pojišťovnám, je: „Podporovat rozvoj rehabilitace v domácí a nemocniční zdravotní péči a aktivity vedoucí k co nejdelšímu zachování nezávislého způsobu života“ **(23)**. Zde by pro zlepšení situace bylo vhodné využít argumentu Národního programu při dohodovacích jednání České asociace ergoterapeutů s pojišťovnami a požadovat po pojišťovnách vytvoření nového hrazeného výkonu pro profesi ergoterapie, tedy výkonu „domácí návštěva“.

Ergoterapeutky McIntyre a Atwal **(3)** poukazují na ergoterapii nejen jako na nástroj pro řešení nemoci a disability, ale i jako na nástroj ke zlepšení stavů zdraví. Jak bylo již výše zmíněno, ergoterapie se uplatňuje také v oblasti prevence. Případové studie v této práci prokázaly, že je běžnou součástí ergoterapeutické intervence sekundární prevence, jež má zamezit rizikům poranění starších osob. Primární prevence, kde ergoterapeut pracuje se zdravými osobami, se může zaměřit na témata aktivního

přístupu ke stárnutí i na prevenci nemocí a úrazů. Tato forma intervence ergoterapeutů není bohužel zatím zcela obvyklá. Tato skutečnost je, a dle McIntare a Atwal (3) nejen v ČR, limitována počtem pracovníků, časovou náročností a v neposlední řadě i finanční otázkou. Nehledě na tyto nepříznivé vlivy bych ráda podpořila snahu ergoterapie prosadit se i na poli primární prevence. Za dobrý příklad lze použít iniciativu Amerických ergoterapeutů v prevenci vadného držení těla školních dětí na území USA. Dle H. Jacobs, která v roce 2008 přednášela na celostátní ergoterapeutické konferenci v Praze, se americkým ergoterapeutům podařilo v letech 2005 až 2006 vytvořit kampaň pro děti a jejich rodiče zaměřenou na volbu vhodné školní brašny. V této kampani se krom preventivního efektu nepřímo podařilo zviditelnit i samotnou profesi ergoterapie.

Stáž v Londýnské nemocnici přinesla poznatek o rozšíření ergoterapie jako prostředku rehabilitace na místní úroveň tzn. do komunitních služeb. Také vláda ČR, v již zmiňovaném Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, podporuje vytvoření integrovaného modelu péče a služeb na místní úrovni tak, aby služby přispívaly k integraci staršího člověka do společnosti a do místního prostředí a napomohly mu mobilizovat jeho potenciál pro nezávislost a soběstačnost (23). V současnosti ergoterapii v domácím prostředí v ČR nalezneme spíše výjimečně. Ojedinelým příkladem může být Komplexní domácí péče EZRA, jejíž zřizovatelem je Židovská obec Praha. EZRA nabízí svým klientům sociální poradenství, osobní asistenci, domácí zdravotní péči a také ergoterapii. Ergoterapie je poskytována na doporučení ošetřujícího lékaře nebo pracovníků péče EZRA. Ergoterapeutka při domácím šetření zhodnotí potřeby, navrhne plán péče a doporučí vhodné kompenzační pomůcky (21). Vzhledem ke snahám o vývoj služeb pro starší osoby v ČR věřím ve zlepšení situace také v oblasti implementace ergoterapie i do přirozeného prostředí starších osob, tedy do míst jejich bydliště.

5.3 Význam MKF pro ergoterapii

V Kanadě byl v roce 2007 proveden mezi ergoterapeuty výzkum o jejich znalostech a používání ICF. Pro sběr dat bylo využito on-line dotazníků (odpovědělo 587 terapeutů). Ve výsledcích se ukázalo, že 70,0% respondentů má znalosti o této mezinárodní klasifikaci. Z této skupiny pak 29,5% respondentů používá MKF v praxi (9). V průběhu stáže v Londýnské nemocnici byla základní znalost MKF mezi terapeuty prakticky 100%. Londýnský Elderly care tým znal model MKF, používal však kvalifikátory MKF pouze pro zaznamenání výstupů z terapie v závěrečné zprávě, kterou sestavoval lékař oddělení na podkladě informací od jednotlivých odborníků. Proto ergoterapeuti v tomto týmu neměli jednotlivé komponenty dobře zažité a nedokázali sami přiřadit kód pro jednotlivou doménu MKF. Ve výše zmíněných projektech v Praze a Českých Budějovicích a v případových studiích této práce ergoterapeuti přímo jednotlivé domény s určitým časovým odstupem opakovaně kvantifikovali. Ukázalo se, že tato číselná vyjádření stavu respondentů můžou sloužit jako hodnotící nástroj výstupů a dopadů proběhlé terapie.

Případové studie také poukázaly na to, že model MKF lze dobře použít pro hodnocení funkčních schopností jednotlivce v konkrétní oblasti. V tomto případě v oblasti soběstačnosti v ADL. Podařilo se výsledky jiného hodnotícího nástroje, zde Funkční míry nezávislosti, dobře převést do jednotné kvantifikace dle MKF. Domnívám se proto, že je vhodné sjednotit hodnocení funkčních schopností do modelu, který bude korespondovat s principy modelu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. A to nejen v oblasti terminologie, ale i v oblasti číselné kvantifikace. Tato jednotící myšlenka se dá dobře uplatnit napříč zdravotně-sociálním systémem. Např. pro hodnocení stavu starší osoby pro účely nároku příspěvku na péči dle zákona 108/2006 Sb. o sociální službách lze nástrojem v souladu s MKF přesněji ohodnotit situaci starší osoby i stav jejího prostředí. Tyto sjednocující kroky by byly významné nejen pro zpřesnění hodnocení, ale i pro zvýšení porozumění v mezioborové komunikaci.

Jak uvádí WHO (45), jedním z cílů MKF je zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za účelem zlepšení komunikace mezi různými odborníky, pracovníky a osobami s disabilitami. Autorky Tempest a McIntyre (37) ve svém výzkumu našly podporu pro názor využití MKF jako pomůcky pro komunikaci uvnitř multidisciplinárního týmu. Zároveň ale poukázaly na zdoluhavý proces začít tuto pomůcku vyžívat. Považovaly za nutné nejprve všem odborníkům týmu důkladně MKF přiblížit. Poskytnout jim dostatek času, aby mohli nejprve pochopit celý MKF přístup s ohledem k jejich profesi ještě před aplikací do praxe. V projektu Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích autorky samy hodnotily již sestavování týmu pro hodnocení dle MKF za poměrně obtížnou záležitost (22). Není nutné získat, dle mého názoru, pouze souhlas ke spolupráci, ale i nadšení jednotlivých profesionálů pro zkoumanou otázku. Toto já osobně považuji za nejobtížnější v situaci, kdy spolupráce týmu je krátkodobá či jednorázová. Dále tým nemá dostatek času pro získání všech informací o MKF klasifikaci a její terminologii. Realizaci podobných projektů naproti tomu považuji za velmi dobrý prostředek k rozšíření povědomí o MKF mezi veřejností a prostředek k přijetí MKF za všeobecně používaný model mezi odborníky.

Při implementaci MKF do provozu oddělení v Lucernu byl nejprve týmem vypracován zjednodušený seznam MKF termínů pro každodenní použití na lůžkovém oddělení. Komponenty z klasifikace byly postupně analyzovány a zakomponovány do základních seznamů termínů a pojmů. Dle autorů projektu (31) jen díky tomuto postupu získali jednotliví odborníci přehledné členění pojmů a jejich vzájemných vazeb. Domnívám se, že termíny v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností a disability lze přirovnat k pojmům vycházejícím také z ergoterapeutických modelů. To může umožnit nejen v ergoterapii snazší aplikaci a pochopení ICF terminologie. Například pro „Tělesné struktury a funkce“ používá ergoterapie označení „faktory klienta“ (10), čímž jsou myšleny faktory, které se podílejí na výkon činnosti, např. paměť, psychomotorické funkce. Aktivity a participace známe v ergoterapii jako oblasti zaměstnávání (occupation). Péče o sebe je obecněji známa jako termín běžné denní činnosti ve zkratce ADL (Activities of daily living) (10). Pro doménu „Domácí život“ lze najít v ergoterapii označení „instrumentální ADL“. Doména „Komunita, sociální

a občanský život“ obsahem odpovídá „vzdělávání, práci, hře a volnočasovým aktivitám“. Tímto způsobem bychom mohli najít další termíny, které lze přiřadit pojmům v ergoterapii běžně používaným. Z výše uvedeného lze doporučit vytvoření terminologických seznamů, na kterých budou jednotlivé pojmy porovnány. Tím může být usnadněno přijetí a běžné používání nové ICF terminologie mezi odborníky.

Pro další implementaci MKF modelu v České republice by bylo možné využít také podpory již výše zmiňovaného Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, který určil na rok 2009 „připravit metodiku komplexního geriatrického hodnocení a podmínky pro její využití ve zdravotních a sociálních službách, včetně při posuzování žadatelů a klientů zařízení dlouhodobé zdravotní a sociální péče“ (23). Zde se otvírá možnost pro přijetí hodnocení, která budou v souladu s modelem a terminologií Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

Dle výsledku projektu ergoterapeutek Tempest a McIntyre (37) hlavním smyslem využití ICF bylo pro odborníky objasnění týmových rolí v rehabilitaci. Tato skutečnost vedla k myšlence porovnat rozdělení rolí v jednotlivých týmech projektů, o nichž byly získávány informace pro tuto práci (Viz kapitola 4.5). Tedy rolí v Elderly care týmu v Londýně, v týmu neurorehabilitačního oddělení v Lucernu, v týmu projektů Zdravotně sociální fakulty a v týmu Kliniky rehabilitačního lékařství 1.LF UK. Nejvíce se srovnání úloh v týmu zaměřilo na roli ergoterapeuta.

Porovnáním bylo zjištěno, že v rozdělení rolí existují mezi těmito projekty mírné rozdíly. To samozřejmě vyplývá z odlišnosti jednotlivých organizací a zaměření projektů. Úloha ergoterapeuta v týmu ve vztahu k MKF se však mnoho nelišila. Ergoterapeut se vyjadřoval v oblasti tělesných funkcí a struktur pouze k doméně Mentální funkce a doméně Smyslové funkce a bolest. Jinak lze považovat hodnocení tělesných funkcí a struktur za hlavní úlohu lékaře. Naproti tomu v oblasti aktivit a participací se ergoterapeut vyjadřoval ve většině případů ke většině doménám. V doméně Komunikace a Pohyblivost ergoterapeut doplňoval informace logopeda a fyzioterapeuta.

Je zajímavě, že doménu „Péče o sebe“ hodnotily na lůžkových odděleních převážně zdravotní sestry. V tomto faktu shledávám snahu přesunout odpovědnost za hodnocení i rehabilitaci osob v základních denních činnostech na ošetrovatelskou péči. Podobně se zmiňuje Medková ve své práci, kde porovnává péči o seniory ve Švédsku a ČR. Dle Medkové (27) Švédsko nyní pracuje na aplikaci myšlenky zvýšení míry zapojení ošetrovatelů do rehabilitačního a aktivizačního procesu. Je na ně přenesena vyšší zodpovědnost za zvýšení kvality života a aktivizace seniorů.

Při porovnání rozdělení rolí bylo dále ve výzkumné části práce zjištěno, že v hodnocení faktorů prostředí byly ergoterapeutům přiděleny domény Produkty a technologie, Přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí.

Všechny projekty v této práci zmíněné se shodují na překrývání rolí jednotlivých odborníků. Nemůžeme tedy očekávat, že aplikace MKF jasně stanoví pevné hranice pro oblasti intervence během rehabilitace. Diskuse ergoterapeutek Tempest a McIntyre (37) navíc zmiňuje negativní dopad na kvalitu poskytovaných služeb v situaci, kdy není jasně stanoveno „kdo co dělá“. Což potvrzuje i Rentsch a kol. (31). Zavedení MKF na tamní oddělení mělo vliv na zlepšení kvality práce. Hlavně díky zlepšené interdisciplinární spolupráci, jež souvisí s přístupem k hodnocení, ke stanovení cílů a plánů rehabilitace. Model MKF by mohl napomoci porozumění také v rozdílech klinického uvažování a cílů jednotlivých odborníků.

Případové studie v této práci napomohly otevřít otázku o vlivu modelu MKF k utváření plánu terapie. Osobně vidím tento přínos hlavně pro lékaře, kteří zhodnocením stavu člověka dle MKF lépe identifikuje potřebu a vhodnost jednotlivých intervencí. V pohledu samotného ergoterapeuta je model MKF pomocníkem k ujasnění si vzájemných vlivů jednotlivých složek výkonu funkčních schopností, což může přinést celistvější pohled na situaci osoby v rehabilitaci. Tím může být podpořena identifikace vhodného prostředku na zlepšení funkčních schopností.

6. Závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl objasnit význam ergoterapie pro rehabilitaci seniorů. Dle mého názoru se tohoto cíle podařilo dosáhnout. V první části práce byl nejprve představen teoretický rámec oboru. Výzkumná část, tedy případové studie, dotazování a zkušenost s ergoterapií v londýnské nemocnici, přinesly informace, které ukazují ergoterapii jako nástroj k ovlivnění všech oblastí osoby v holistickém pojetí. Je prostředkem k ovlivnění nejen soběstačnosti, ale i výkonu v oblasti produktivních a volnočasových aktivit. V diskusi se navíc podařilo, na základě získaných dat, zasadit význam vlivu intervence ergoterapie i do vztahu komponent Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Představit ergoterapii u starších osob a její vztah k tělesným funkcím a strukturám, její vliv na aktivity a participace a působení na faktory prostředí. Navíc diskuse přinesla myšlenku uplatnění tohoto oboru nejen jako nástroje léčebné rehabilitace, ale také jako nástroje pro prevenci nemoci a úrazů ve vyšším věku.

Důležitým cílem práce bylo zasadit Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) do klinické praxe ergoterapie a nalézt její praktické využití pro ergoterapii. I tento cíl se, dle mého názoru, podařilo naplnit. V případových studiích byl model MKF využit pro celkové zhodnocení situace zkoumaných osob, i jako nástroj hodnocení soběstačnosti. MKF klasifikace napomohla k ujasnění si vzájemných vlivů jednotlivých složek funkčních schopností. Tím byla podpořena identifikace vhodného prostředku pro zlepšení výkonu i celkové situace osoby. Diskuse potvrdila názor využití klasifikace k vyjasnění rolí a úloh členů týmu a ke zlepšení mezioborové komunikace.

Posledním, byť nepřímým cílem práce, bylo formulovat na základě tohoto výzkumu nové hypotézy k danému tématu. Na základě informací a výstupů v této práci byly stanoveny tyto hypotézy:

H1, Zhodnocení výkonu v běžných denních aktivitách přímo v domácím prostředí starší osoby zlepšit identifikaci rizik a objektivitu popisu aktuálního stavu funkčních schopností.

H2, Na základě modelu MKF lze vytvořit prostředek pro hodnocení funkčních schopností starších osob využitelný ve zdravotně sociálním systému České republiky.

H3, Porovnání termínů užívaných v MKF s pojmy užívanými v jednotlivých profesích přispěje k urychlení implementace MKF do běžné praxe.

H4, Používání MKF v týmu zahájí snahy o vyjasnění rolí v týmu a o pochopení klinického uvažování jednotlivých členů rehabilitačního týmu.

Návrhy možného řešení

Jak již bylo výše zmíněno, s trendem stárnutí populace je třeba ve společnosti připravovat podmínky k úspěšnému stárnutí. Pro případ úrazu či nemoci starší osoby považují za vhodné připravit také fungující systém rehabilitace. Při naplňování cílů rehabilitace musí dojít k plošnějšímu uplatňování ergoterapie, a to nejen v nemocnicích a sociálních zařízeních, ale i na úrovni komunitních služeb.

K rozšíření oboru je důležité, aby společnost znala tento obor a sama vyžadovala využívání jeho možností. Tomu musí předcházet větší propagace ergoterapie a představení jejích možností širší veřejnosti. To je úkolem samotných ergoterapeutů.

Pro rozvoj moderního systému rehabilitace je třeba přijetí modelu MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) napříč zdravotně sociálním systémem České republiky. Jedině tak lze, dle mého názoru, sjednotit a uspořádat jazyk, prostředky a formy péče ve fungující a vzájemně kooperující systém.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) *Active Ageing : A Policy Framework*. Geneva : WHO, 2002. 60 s.
- 2) ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O. Rehabilitace v ČR. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2006, roč.2, č 3, s. 23-25. ISSN 1801-464X.
- 3) ASHFORD, S., et al. *Occupational therapy and older people*. McIntyre, A. Atwal, A. 2nd edition. Oxford : Blackwell, 2007. 235 s. ISBN 978-1-4051-1409-7.
- 4) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>. [cit.22.12.2005].
- 5) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 2 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace2.pdf>>. [cit.22.12.2005].
- 6) Český statistický úřad. *Současné a předpokládané věkové složení : Varianta STŘEDNÍ* [online]. c2008 , 26.10.2006 [cit. 2008-11-17]. Dostupný z : <[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF00501F0D/\\$File/4020rrg2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF00501F0D/$File/4020rrg2.pdf)>.
- 7) DAŇKOVÁ, Š., at al. *Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR= Comparison of Selected Health Indicators in EU and CR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2004. 64 s. ISBN 80-7280-314-X.
- 8) DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 9) FARRELL, J., et al. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. In *Canadian Journal of Occupational Therapy : ICF Special Issue 2007*. 74th edition. 2007. s. 1-15.
- 10) GRIEVE, J., GNANASEKAREN, L. *Neuropsychology for Occupational Therapists : Cognition in Occupational Performance*. 3.rd editon. Oxford : Blackwell, 2008. 265 s. ISBN 978-1-4051-3699-0.

- 11) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 82 s. ISBN 80-7040-286-5
- 12) HAGEDORN, R. *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 2nd edition. New York: Pearson Professional Limited, 1997. 275 s. ISBN 0 443 0529 2.
- 13) HAGEDORN, R. *Occupational Therapy: Perspectives and Processes*. first publ. New York: Pearson Professional Limited, 1995. 315| s. ISBN 0 443 04978 5.
- 14) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-02.
- 15) Homerton University Hospital. *Occupational therapy* [online]. [2006] [cit. 2009-02-14]. Dostupný z: <<http://www.homerton.nhs.uk/our-services/therapies/occupational-therapy/>>.
- 16) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- 17) JELÍNKOVÁ, J. Ergoterapie pomáhá lidem i „tančit“. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha : 2006, časopis 12/2006, roč.16, s. 42. ISSN 1210-0404.
- 18) JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů, Praha: 2007. 16 s.
- 19) JERSÁKOVÁ, A. Hodnocení dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví z pohledu ergoterapeuta. *Zpravodaj IN*. 2006. roč.4. s.5-7.
- 20) KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 21) *Komplexní domácí péče EZRA* [online]. [cit. 2009-03-14]. Dostupný z: <http://www.kehilaprag.cz/mambo/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=56>.
- 22) KUPKOVÁ, J. MATLASOVÁ, H. *Projekt ICF na ZSF*. [online]. 25.2.2009 10:46. Platný email: J.pulkertova@seznam.cz. od kupkoj@seznam.cz [cit. 28.2.2009].

- 23) *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období od let 2008 až 2012.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.
- 24) LAW, M., at al. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání.* Překladatelé: Fuchsová, H., Krivošíková, M. 1. české vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. 66 s. ISBN 978-80-254-2744-6.
- 25) LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Neurorehabilitace.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
- 26) *Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development* [online]. [2008] [cit. 2009-03-14]. Dostupný z: <<http://www.mhadie.it/projectpresentation.aspx>>.
- 27) MEDKOVÁ, T. *Role ergoterapeuta a jeho možnosti při práci se seniory v České republice a Švédsku.* 2007. 50 s. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí bakalářské práce MUDr. P. Mádlová.
- 28) Ministerstvo práce a sociálních věcí, Odbor 22 . *Rada vlády pro seniory a stárnutí populace* [online]. 2006 , 29.6.2006 [cit. 2008-11-19]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2897>>.
- 29) PFEIFFER, J. osobní sdělení, leden – květen 2009. Klinika rehabilitačního lékařství 1.LF UK v Praze.
- 30) PULKERTO VÁ, J. *Postavení ergoterapie v systému rehabilitace.* České Budějovice, 2007. 62 s. Zdravotně sociální fakulta JU v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.
- 31) RENTSCH, H. P., et al. The Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation : an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation.* 2003, vol. 25, no. 8, s. 411-421. ISSN 1464-5165.
- 32) STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie.* 1.vyd. Boskovice: Albert,1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X

- 33) Swiss Paraplegic Research . *ICF Core Sets* [online]. c2007 [cit. 2009-02-03].
Dostupný z: <<http://www.icf-casestudies.org/index.php?id=103>>.
- 34) ŠVESTKOVÁ, O. osobní sdělení, duben 2009. Klinika rehabilitačního lékařství
1.LF UK v Praze.
- 35) ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Metodika hodnocení funkčních schopností a pracovního
potenciálu*. RAP Iniciativa Společenství EQUAL, 2008, 50 s.
- 36) ŠVESTKOVÁ, O. a kol. *Metodika hodnocení psychosenzomotorického potenciálu
člověka*. RAP Iniciativa Společenství EQUAL, 2008, 56 s.
- 37) TEMPEST, S., MCINTYRE, A. Using the ICF to clarify team roles and
demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and
Rehabilitation*. 2006, vol. 28, no. 10, s. 663-667. ISSN 1464-5165.
- 38) *The impact of ageing on public expenditure : projections for the EU25 Member
States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment
(2004-2050)*. European Commission, 2006. Special Report 1/2006. s. 7. Dostupný
z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2751/ageingreport_en.pdf>.
- 39) VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha:
Karolinum, 2003. 270 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 40) WEBER, P. Praktický lékař-geriatr první linie. *Lékařské listy: příloha
Zdravotnických novin*. 2008, roč. 57, č. 16, s. 3-7. ISSN 0044-1996.
- 41) *WHO DAS II Disability Assessment Schedule* [online]. [2001], Last updated Tue
Nov 27 09:20:27 2001 [cit. 2009-02-03]. Dostupný z:
<<http://www.who.int/icidh/whodas/index.html>>.
- 42) WHO. *ICF Application Areas* [online]. c2008 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z
WWW: <<http://www.who.int/classifications/icf/appareas/en/index.html>>.
- 43) WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*
[online]. c2008 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z:
<<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>.
- 44) WHO. *Medical care and rehabilitation* [online]. c2008 [cit. 2008-11-21].
Dostupný z: <<http://www.who.int/disabilities/care/en/>>.

- 45) WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví : MKF*. Překladaatelé: Pfeiffer, J., Švestková, O. 1. vyd. Praha : Grada, c2001. 280 s. ISBN 978-247-1587-2.
- 46) WHO. *WHO Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II)* [online]. c2008 [cit. 2008-12-05]. Dostupný z: <<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>>.
- 47) World Federation of Occupational Therapists. *What is Occupational Therapy?* [online]. c2004 [cit. 2008-11-20]. Dostupný z: <<http://www.wfot.org/information.asp>>.
- 48) *Zdravotnictví České republiky 2007 ve statistických údajích*. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008. 97 s. ISBN 978-80-7280-750-5.

8. Klíčová slova

Rehabilitace

Ergoterapie

Ergoterapeut

Senioři – starší osoby

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

9. Přílohy

Příloha 1: WHO DAS II- List záznamového archu – Doména 3

Příloha 2: WHO DAS II- Karta č.2

Příloha 3: „ICF Core Set“ pro osoby po CMP, komponenty Aktivity a participace

Příloha 4: „ICF Checklist“, příklad záznamového listu MKF

Příloha 5 : Fotografie z ergoterapie v Homerton University Hospital

Příloha 6: Graf o počtu ergoterapeutů v Evropě v roce 2006 na 100.000 obyvatel

Příloha 1: WHO DAS II- List záznamového archu – Doména 3

DOMAIN 3 Self Care

I am now going to ask you about difficulties in taking care of yourself.

SHOW FLASHCARDS #1 AND #2

FOR RESPONSES GREATER THAN NONE (1), ASK: How many days was this difficulty present?
RECORD NUMBER OF DAYS (0-30) _____

In the last 30 days, how much difficulty did you have in:

		None	Mild	Moderate	Severe	Extreme /Cannot Do	Number Days
D3.1	<u>Washing your whole body?</u>	1	2	3	4	5	D3.1d
D3.2	<u>Getting dressed?</u>	1	2	3	4	5	D3.2d
D3.3	<u>Eating?</u>	1	2	3	4	5	D3.3d
D3.4	<u>Staying by yourself for a few days?</u>	1	2	3	4	5	D3.4d

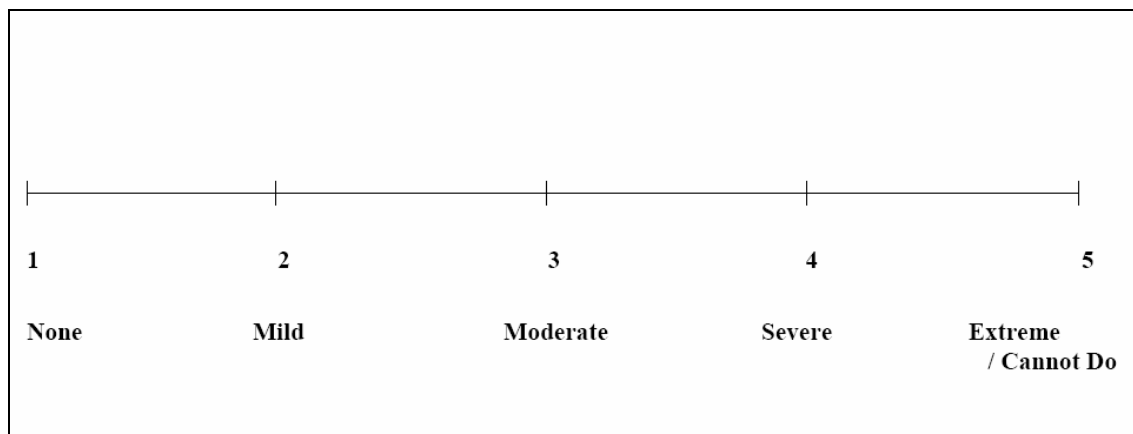
Probe:

IF ANY OF D3.1 – D3.4 ARE RATED GREATER THAN NONE (1), ASK:

		None	Mild	Moderate	Severe	Extreme /Cannot Do
P3.1	How much did these difficulties <u>interfere</u> with your life?	1	2	3	4	5

Zdroj: WHO (41)

Příloha 2: WHO DAS II- Karta č.2



Zdroj: WHO (41)

Příloha 3: „ICF Core Set“ pro osoby po CMP, komponenty Aktivita a participace

Comprehensive ICF Core Set for Stroke

Categories of the component 'activities and participation':

ICF Code	ICF Category Title
d115	Listening
d155	Acquiring skills
d160	Focusing attention
d166	Reading
d170	Writing
d172	Calculating
d175	Solving problems
d210	Undertaking a single task
d220	Undertaking multiple tasks
d230	Carrying out daily routine
d240	Handling stress and other psychological demands
d310	Communicating with - receiving - spoken messages
d315	Communicating with - receiving - nonverbal messages
d325	Communicating with - receiving - written messages
d330	Speaking
d335	Producing nonverbal messages
d345	Writing messages
d350	Conversation
d360	Using communication devices and techniques
d410	Changing basic body position
d415	Maintaining a body position
d420	Transferring oneself
d430	Lifting and carrying objects
d440	Fine hand use
d445	Hand and arm use
d450	Walking
d455	Moving around
d460	Moving around in different locations
d465	Moving around using equipment
d470	Using transportation
d475	Driving
d510	Washing oneself
d520	Caring for body parts
d530	Toileting
d540	Dressing
d550	Eating
d570	Looking after one's health
d620	Acquisition of goods and services
d630	Preparing meals
d640	Doing housework
d710	Basic interpersonal interactions
d750	Informal social relationships
d760	Family relationships
d770	Intimate relationships
d845	Acquiring, keeping and terminating a job
d850	Remunerative employment
d855	Non-remunerative employment
d860	Basic economic transactions
d870	Economic self-sufficiency
d910	Community life
d920	Recreation and leisure

Categories in **bold** belong to the Brief ICF Core Set for Stroke.

Zdroj: ICF Research Branch

Příloha 4: „ICF Checklist“, příklad záznamového listu MKF

PART 3: ENVIRONMENTAL FACTORS

- *Environmental factors make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives.*

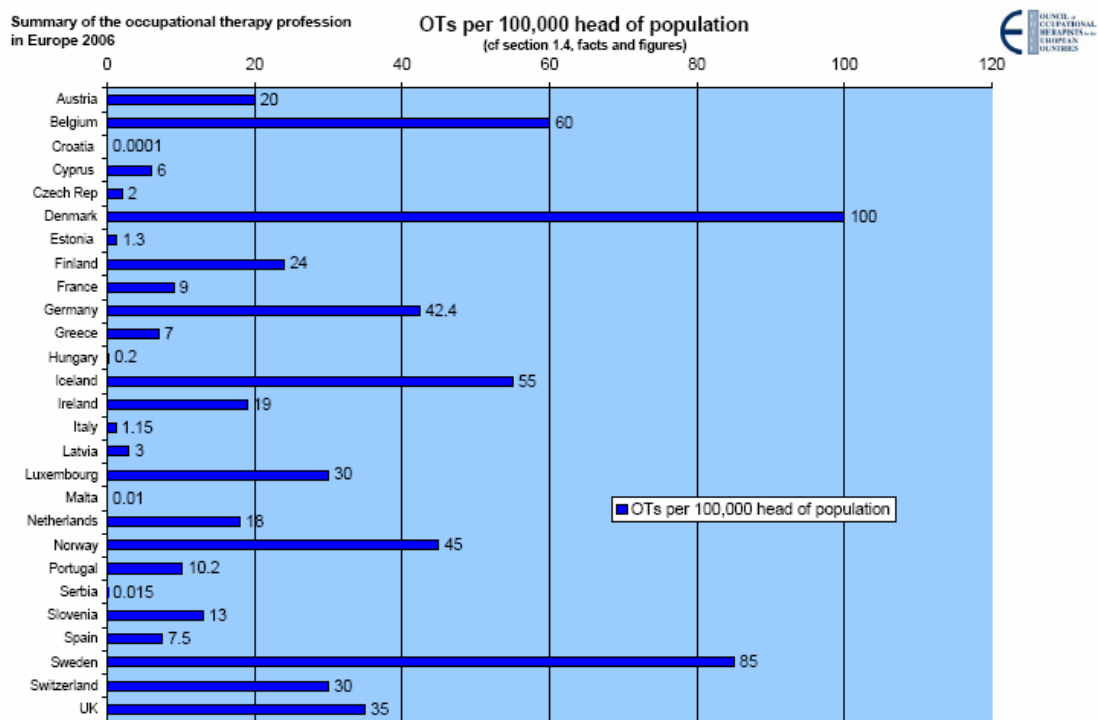
<i>Qualifier in environment: Barriers or facilitator</i>	0 No barriers 1 Mild barriers 2 Moderate barriers 3 Severe barriers 4 Complete barriers	0 No facilitator +1 Mild facilitator +2 Moderate facilitator +3 Substantial facilitator +4 Complete facilitator
--	---	---

<i>Short List of Environment</i>	<i>Qualifier barrier or facilitator</i>
e1. PRODUCTS AND TECHNOLOGY	
e110 For personal consumption (<i>food, medicines</i>)	
e115 For personal use in daily living	
e120 For personal indoor and outdoor mobility and transportation	
e125 Products for communication	
e150 Design, construction and building products and technology of buildings for public use	
e155 Design, construction and building products and technology of buildings for private use	
e2. NATURAL ENVIRONMENT AND HUMAN MADE CHANGES TO ENVIRONMENT	
e225 Climate	
e240 Light	
e250 Sound	
e3. SUPPORT AND RELATIONSHIPS	
e310 Immediate family	
e320 Friends	
e325 Acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members	
e330 People in position of authority	
e340 Personal care providers and personal assistants	
e355 Health professionals	
e360 Health related professionals	
e4. ATTITUDES	
e410 Individual attitudes of immediate family members	
e420 Individual attitudes of friends	
e440 Individual attitudes of personal care providers and personal assistants	
e450 Individual attitudes of health professionals	
e455 Individual attitudes of health related professionals	
e460 Societal attitudes	
e465 Social norms, practices and ideologies	
E5. SERVICES, SYSTEMS AND POLICIES	
e525 Housing services, systems and policies	
e535 Communication services, systems and policies	
e540 Transportation services, systems and policies	
e550 Legal services, systems and policies	
e570 Social security, services, systems and policies	
e575 General social support services, systems and policies	
e580 Health services, systems and policies	
e585 Education and training services, systems and policies	
e590 Labour and employment services, systems and policies	
ANY OTHER ENVIRONMENTAL FACTORS	

Příloha 5 : Fotografie z ergoterapie v Homerton University Hospital



Příloha 6: Graf o počtu ergoterapeutů v Evropě v roce 2006 na 100.000 obyvatel



Zdroj: COTEC (30)