

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Ucelená rehabilitace klientů na Oddělení následné péče v Nemocnici
České Budějovice a.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marek Zeman

Autor: Jiří Placer, DiS.

7.5. 2010

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Ucelená rehabilitace klientů na Oddělení následné péče v Nemocnici
České Budějovice a.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marek Zeman

Autor: Jiří Placer, DiS.

7.5. 2010

ABSTRAKT

Název práce: Ucelená rehabilitace klientů na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.

Předkládaná bakalářská práce si klade za cíl analyzovat problematiku ucelené rehabilitace jako významné součásti terapie klientů na Oddělení následné péče v Českých Budějovicích.

Ucelená rehabilitace se stává nepostradatelnou složkou naší společnosti. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe a také komplexnost. Jejím smyslem a cílem je co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života. Klasifikace dle ICF přináší podstatnou změnu; nehodnotí pouze poruchy a funkce, ale zároveň i sociální vlivy a faktory prostředí. V návaznosti na klasifikaci ICF byl vytvořen strategický plán péče ve smyslu ucelené rehabilitace.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce ve čtyřech kapitolách pojednává o současném stavu problému, definuje stárnutí a stáří, charakterizuje složky ucelené rehabilitace, pojetí a cíle Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (ICF).

Praktická část bakalářské práce předkládá empirický výzkum realizovaný s cílem analyzovat možnosti ucelené rehabilitace na Oddělení následné péče v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor byl tvořen pěti vybranými seniory, kteří byli vybráni na základě diagnóz, místa a způsobu léčby a s ohledem na rozsah péče a služeb, které v průběhu léčby využili. Součástí je také kapitola, která nabízí na základě vyhodnocení výsledků výzkumu některé návrhy a opatření vhodné pro praxi.

ABSTRACT

Title of the thesis: Comprehensive rehabilitation of clients at the department of follow-up care in the hospital in České Budějovice (Nemocnice České Budějovice a.s.)

The submitted bachelor thesis seeks to analyze the issue of comprehensive rehabilitation as a significant part of the therapy of clients at the department of follow-up care (hereinafter DFC) in České Budějovice.

The comprehensive rehabilitation is becoming an indispensable component of the care provided by our company. The comprehensiveness in rehabilitation means primarily timeliness, mutual links between its individual components and also completeness of the provided care. The purpose and the objective is the maximum possible integration of people with health handicaps into the active life with the expected quality. The comprehensive rehabilitation also includes a pro-active approach of the handicapped, who strives to participate in regular life.

The current situation is characterized with an unclear definition of roles of the individual members of the multidisciplinary team, insufficient communication and subsequently also lack of teamwork. Also missing is a detailed breakdown of the issues of comprehensive care and a strategy to resolve the client's current situation in order to improve the quality of individual components of his/her life in the long-term time horizon.

The classification according to the International Classification of Diseases (ICD) focuses mainly on determination of a diagnosis but it lacks a detailed analysis of limitations and consequences which accompany the particular diagnosis.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has brought a substantial change; it does not evaluate only disorders and functions but also the social effects and factors of the environment. In connection with ICF a strategic plan of care has been developed in the sense of comprehensive rehabilitation. The comprehensive rehabilitation according to this concept contains all components and instruments aimed at a reduction of the pressure exerted by obstacles resulting from the health condition and seeks the maximum level of integration of the individual into the society. The current concept of rehabilitation is no more perceived as an exclusively healthcare activity in the sense of physiotherapy but as a interdisciplinary field, which

includes not only healthcare but also social-legal and pedagogical-psychological support.

The theoretical part of the thesis deals in five chapters with the current status of the issue, it defines the term of aging and old age, the most frequent diseases in the senior age and characterizes components of comprehensive rehabilitation and their potential use for the individual diseases and the concept and goals of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

The practical part of the thesis presents an empirical research with the objective to analyze possibilities of comprehensive rehabilitation at the department of follow-up care. The research sample consisted of five senior citizens selected based on their diagnoses, treatment methods and the scope of the care and services they used in the course of their treatment. The thesis also contains a chapter with some practical proposals and measures based on the research results.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ucelená rehabilitace klientů na Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne 6.5. 2010

podpis studenta

Děkuji Mgr. Marku Zemanovi, za odborné vedení práce, za trpělivost a mnoho cenných rad a podnětů. Dále děkuji za spolupráci celému kolektivu zdravotnických pracovníků z Oddělení následné péče 1 v Nemocnici České Budějovice a.s.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří.....	10
1.1.1 Biologické aspekty stárnutí.....	12
1.1.2 Psychické aspekty stárnutí.....	13
1.1.3 Sociální aspekty stárnutí.....	13
1.1.4 Pojetí geriatrického pacienta.....	14
1.2 Pojetí ucelené rehabilitace.....	14
1.3 Složky ucelené rehabilitace.....	16
1.3.1 Léčebná rehabilitace.....	16
1.3.1.1 Fyzioterapie.....	18
1.3.1.2 Ergoterapie.....	19
1.3.2 Sociální rehabilitace.....	21
1.3.3 Pedagogická rehabilitace.....	23
1.3.4 Pracovní rehabilitace.....	25
1.4 Pojetí a cíle mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (ICF).....	26
1.4.1 Cíle ICF.....	29
1.4.2 Použití ICF.....	30
1.4.3 Komponenty ICF.....	31
1.4.3.1 Tělesné funkce a struktury, poruchy.....	32
1.4.3.2 Aktivity a participace (účast) – omezení aktivity, participace (účasti).....	33
1.4.3.3 Spolupůsobící faktory.....	34
2 Empirická část.....	38
2.1 Cíl práce.....	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 Metodika.....	39
3.1 Použité výzkumné metody a techniky.....	39
3.1.1 Předpokládané využití práce.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.2.1 Historie vzniku LDN a ONP v Nemocnici Č. Budějovice a.s.....	41
3.2.2 Současnost na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s.....	41
4 Výsledky.....	43
4.1.1 Kazuistické studie.....	43

4.1.2	Multidisciplinární tým na ONP tvoří:.....	62
5	Diskuse.....	64
6	Závěr	66
7	Seznam literatury	68
8	Klíčová slova	72
9	Přílohy.....	73

ÚVOD

O stáří se v posledních době více mluví a píše. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. Společnost se tak nachází v nové, dosud neznámé situaci, na kterou je třeba reagovat. Přináší s sebou problémy na poli ekonomickém, v oblasti zdravotní i sociální.

„Se stárnutím populace narůstá také procento invalidních, chronicky nemocných a duševně postižených starých lidí. Tato situace přerůstá svojí závažností rámec zdravotnictví a stává se celospolečenským problémem“ (Jarošová, 2006, s. 20).

Předkládaná bakalářská práce si klade za cíl analyzovat problematiku ucelené rehabilitace jako významné součásti terapie klientů na Oddělení následné péče (dále jen ONP) v Českých Budějovicích.

Ucelená rehabilitace se stává nepostradatelnou složkou naší společnosti. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe a také komplexnost. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života očekávanou kvalitou. Součástí ucelené rehabilitace je také aktivní přístup zdravotně postižených ve snaze zapojit se do běžného života.

V našem současném systému zdravotnictví bohužel stále převládá hodnocení klientů dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), kdy je klient po vstupu do nemocnice, přes různá vyšetření, operace, následné léčení až po propuštění vnímán především jako diagnóza. Klient přestává být vnímán jako jedinečná lidská bytost. Důsledkem je poskytování péče a služeb, s cílem řešit zejména zdravotní stav klienta. Každý člen multidisciplinárního týmu přistupuje ke klientovi hlavně se zaměřením na složku své práce, bez hlubší spolupráce mezi členy tohoto týmu. Péče je tak spíše tříštěná, jednotlivé složky týmu se často i nevědomky, v různé kvalitě suplují. Dosažená kvalita péče poskytovaných služeb a spokojenost klientů často závisí i na obětavém nasazení nepříliš početného personálu.

Současná situace je charakterizována nejasným vymezením rolí jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, vážnou komunikací a následnou týmovou spoluprací, chybějícím detailním rozpracováním problematiky komplexní péče a strategie řešení klientovy aktuální situace v návaznosti na zkvalitnění složek života v dlouhodobějším časovém horizontu.

Dělení dle MKN je zaměřeno zejména na stanovení diagnózy, ale již postrádá detailní rozpracování omezení a následků, které danou diagnózu provází. V současnosti se v mnoha evropských zemích používá klasifikace dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (International Classification of Function, Disability and Health – dále jen ICF) přijatá v květnu roku 2001. Klasifikace přináší podstatnou změnu; nehodnotí pouze poruchy a funkce, ale zároveň i sociální vlivy a faktory prostředí

V návaznosti na klasifikaci ICF byl vytvořen strategický plán péče ve smyslu ucelené rehabilitace. Takto pojatá ucelená rehabilitace obsahuje všechny složky a prostředky směřující ke zmenšení tlaku překážek způsobených zdravotním stavem a usiluje o co nejvyšší míru začlenění jedince do společnosti. Současné pojetí rehabilitace není již chápáno jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou.

Rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních (Jankovský, 2001, s. 16).

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Část teoretická je zpracována monografickou procedurou, s použitím technik obsahové analýzy, techniky analýzy dokumentů, pozorování a nestandardizovaného rozhovoru.

Teoretická část práce v pěti kapitolách pojednává o současném stavu problému, definuje stárnutí a stáří, nejčastěji se vyskytující onemocnění v seniorském věku a charakterizuje složky ucelené rehabilitace a jejich možné využití u jednotlivých onemocnění, pojetí a cíly Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví (ICF).

Praktická část bakalářské práce předkládá empirický výzkum realizovaný s cílem analyzovat možnosti ucelené rehabilitace na ONP. Součástí je také kapitola, která nabízí na základě vyhodnocení výsledků výzkumu některé návrhy a opatření vhodné pro praxi.

1 SOUČASNÝ STAV

Stárnutí je plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka. Stáří je výsledným stavem stárnutí, obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Existuje nespočet periodizací stáří, všechna členění se však shodují na uzlovém ontogenetickém bodě kolem 75 let. Proces stárnutí se projevuje v demografických, biologických, psychických a sociálních aspektech.

Fenoménem stáří se zabývá řada oborů a vědeckých disciplín jako např. gerontologie, geriatrie, gerontopedagogika.

Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří (Kalvach, 2004).

Geriatric je oblast medicíny. V širším slova smyslu může být chápána jako klinická gerontologie, v užším slova smyslu je v některých státech (např. Česká republika, Slovensko) samostatným specializačním lékařským oborem zabývajícím se problémy interními, rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí i sociálními službami. Jádrem oboru je zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (Vítková, 1998; Mühlpachr, 2004).

Gerontopedagogika v užším slova smyslu je pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří. Výchova a vzdělávání jsou dnes chápány jako proces celoživotní (Vítková, 1998; Mühlpachr, 2004).

Na seniory dnešní společnost bohužel nepohlíží příliš přátelsky. Senioři patří ke skupinám ohroženým nejen diskriminací, ale také sociální exkluzí. Hovoříme o projevech ageismu, což je společenský předsudek vůči stáří, postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, až odporem ke starým lidem.

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Odborná literatura poskytuje nemalé množství definic *stárnutí a stáří*, avšak ne všechny mohou být považovány za absolutní a definitivní. Fyzický stav koreluje

s věkem a bývá často charakteristikou, která se při definování *stáří* užívá nejčastěji (Jarošová, 2006). *Stárnutí* je celoživotním procesem, jehož involuční změny se stávají zřetelnějšími na přelomu 4. a 5. decenia, v závislosti však na podmínkách prostředí.

Podle Mühlpachra (2004) je *stáří* obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikovány dalšími faktory, a to především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami. Stáří je také spojeno s řadou významných změn sociálních, jako je osamostatnění dětí, penzionování atd. Všechny změny příčinné i následné se přitom prolínají, mnohé jsou protichůdné, a proto se stává jednotné vymezení pojmu stáří velice obtížným.

K typickým rysům seniorské populace patří vzhledem k vyšší naději dožití převaha žen, a to stále výrazněji se stoupajícím věkem (Kalvach, Onderková, 2006).

Biologické stáří

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 19).

Sociální stáří

„Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria - nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost“ (Mühlpachr, 2004, s. 19).

Kalendářní (chronologické) stáří

„Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního

vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace. V 60. letech minulého století se komise expertů Světové zdravotnické organizace ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl rovněž akceptován OSN v roce 1980. V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let“ (Mühlpachr, 2004, s. 20).

Periodizace stáří

Průběh lidského života bývá různým způsobem periodizován a stejně, jako definice stárnutí a stáří, neexistuje ani jedna univerzální kategorizace. Nejčastěji se vychází z kalendářního věku nazývaného také matriční nebo chronologický (Jarošová, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se usnesla na tomto členění (Říčan, 2004, s. 332):

- 45 – 60 let střední (zralý) věk
- 60 – 75 let ranné stáří (vyšší věk)
- 75 – 90 let kmetství (pokročilý věk)
- 90 let a více dlouhověkost (vysoký věk)

1.1.1 Biologické aspekty stárnutí

Proces biologického stárnutí je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a chorobnými změnami a probíhá u každého jedince individuálně. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek) (Jarošová, 2006; Mühlpachr, 2004).

„Nejčastějšími chorobami ve stáří jsou kardiovaskulární onemocnění, nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza, vertebrogenní syndromy), respirační, endokrinní, gastrointestinární, smyslové vady (hlavně zrak, sluch), psychiatrické syndromy (demence, deprese, sebevražednost), poruchy kontinence a úrazovost“ (Jesenský, 2000, s. 286). Ve starším věku je však typická *polymorbidita*, tedy současné onemocnění či postižení několika orgánů či systémů. Funkční důsledky se pak vzájemně sčítají (Votava, 2003). Zdravotnictví již dávno zaznamenalo zvyšování počtu pacientů staršího věku a geriatrizaci medicíny. Tomu přizpůsobilo i infrastrukturu

geriatrických služeb, které mají několik rovin: domácí, ambulantní, nemocniční a ústavní (Jesenský, 2000).

1.1.2 Psychické aspekty stárnutí

Psychická a tělesná stránka člověka spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují velké inter a intraindividuální rozdíly, na kterých se shoduje většina českých psychologů. Haškovcová (1990) udává, že psychika starého člověka se odvíjí od souboru vlivů, které vznikaly již v dětství a po celý další život se utvářely, proplétaly a vzájemně na sebe působily.

Ve stáří se objevuje také významný pokles celkové schopnosti psychické adaptability. Senioři zažívají pocity nejistoty a úzkosti v neznámém prostředí nebo při kontaktu s cizími lidmi. Projevují nedůvěru a někdy i nechuť ke všemu novému. S tímto problémem je spojena také závislost na jiných, která je důsledkem poklesu fyzické a psychické soběstačnosti ve stáří (Wolf in Jarošová, 2006).

Starší lidé dávají přednost rutině a stereotypu. Nechuť ke všemu novému je dána větší náročností zpracování informace a porozumění kontextu. Na nové zkušenosti starší lidé často předem rezignují, nezajímají je a někdy se jich dokonce bojí (Vágnerová, 2007).

Psychologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, je třeba chápat spíše v kontextu osobnosti než jako obecné jevy stáří. Je tedy třeba brát při jejich posuzování v úvahu nejen stav různých intelektových, emocionálních i konativních aktivit, ale i schopnost jedince kompenzovat snižující se výkonnost a způsob zvládnání těžkostí (Křivohlavý, 2002).

1.1.3 Sociální aspekty stárnutí

V období senia dochází k postupné diferencované proměně či redukci různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace. Tento proces vyplývá ze zákonitých změn života seniorů a může být proto nápadnějším až v pozdním stáří. Starší lidé jsou po odchodu do důchodu mnohem více izolováni od společenského dění, jejich život probíhá převážně v soukromí, především v rodině. Tito lidé už mnohé sociální dovednosti a návyky nepotřebují, může proto dojít k jejich stagnaci či úpadku. Změna životní situace, např. nutnost odejít z domova do nějaké instituce pro seniory, od nich naopak vyžaduje osvojení nových způsobů chování. Často

dochází k přijetí pasivní a submisivní role člověka závislého na ostatních (Vágnerová, 2007).

1.1.4 Pojetí geriatrického pacienta

Překročení hranice stáří (např. dosažení 65 – 75 let věku) neznamená automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem. K identifikaci rizik, priorit a potřeb daného geriatrického pacienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assesment, CGA). Mělo by poskytnout geriatrickému týmu (geriatr, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, popř. logoped a lékařští konziliáři) východisko k účelným zdravotním a sociálním službám a pacientovi by mělo přinést větší účinnost a bezpečnost péče s lepším pochopením jeho potřeb.

Některé hodnocení v rámci CGA odpovídají ošetřovatelské diagnostice. Často se např. používá v různých modifikacích hodnocení ADL podle Barthelové (viz příloha č. ???) nebo hodnocení rizika dekubitů podle Nortonové. U pacientů s podezřením na kognitivní deficit a přítomnost syndromu demence se provádí tzv. test s hodinami (nakreslit hodinový ciferník a nastavit ručičky na určitý čas), nebo test podle Folsteinových – Minimální vyšetření mentálního stavu, Mini mental State Examination, MMSE Viz příloha č. ???). K orientačnímu posouzení přítomnosti deprese, se využívá např. škála podle Yessavage. K hodnocení hydratace a nutričního stavu se používá např. Mini Nutritional Assessment – MNA.

Hodnocení soběstačnosti (sebeobslužnosti) se užívá kromě testu dle Barthelové, test Katův či systém FIM (hodnocení funkční nezávislosti, Functional Independence Measure). Tyto všechny testy by měli být v budoucnu nahrazeny klasifikací ICF.

1.2 POJETÍ UCELENÉ REHABILITACE

Novolatinský pojem *rehabilitace* byl zaveden v 19. století a původním významem slova byly léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný). Optimálním výsledkem rehabilitace je tedy odstranění všech důsledků nemoci či úrazu, které se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech, psychice a na vnitřních orgánech. V řadě případů však veškeré původní funkce obnovit nelze, nebo jen do určité míry. Nastává trvalé postižení, které je možno zachovanými funkcemi nahradit (kompenzovat). Současně však je potřeba v mnohých případech bránit dalšímu horšení stavu, což se označuje jako sekundární prevence (Votava, 2003).

Pojem "*rehabilitace*" se objevuje v Evropě od druhé světové války a rozvinul se ve vyspělých zemích jako politický postoj státu k osobám se zdravotním postižením. Je zakotven v mnoha nadnárodních deklaracích a dohodách, jichž signatářem je i Česká republika. V případě vzniklých následků zdravotního postižení osob je cílem rehabilitace, co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí, nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění. Základním cílem rehabilitace je minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení. Ucelená rehabilitace je vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Votava, 2003, s. 14-15).

Pojem *ucelená rehabilitace* (komprehenzivní rehabilitace, komplexní rehabilitační péče) je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. O ucelené rehabilitaci mluvíme v případě, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, nemoc či postižení tedy není možné léčbou plně odstranit (Votava, 2003).

Podle Jankovského (2003) je komplexní rehabilitační péče, neboli ucelená rehabilitace, chápána jako *interdisciplinární obor*, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní, pedagogicko psychologickou a pracovní.

J. Jesenský (1995, s. 26) užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky - *rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou*. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe a také komplexnost. První etapou je obvykle *rehabilitace léčebná*, tedy ta, kterou zajišťují zdravotníci svými prostředky ve zdravotnických zařízeních. *Rehabilitace sociální* na léčebnou úzce navazuje, protože každý jedinec má již od narození sociální vazby, které si udržuje např. i v instituci sociální či zdravotní péče, a do společnosti se opět vrací, pokud mu k tomu vytvoříme předpoklady. Dále často navazuje *rehabilitace pracovní*

(hlavně u osob v produktivním věku), tedy příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. Poslední složkou ucelené rehabilitace je *rehabilitace pedagogická* (pedagogicko výchovná), uplatňovaná nejen u dětí a mládeže se zdravotním postižením, ale také u dospělých a seniorů. Krom toho lze do ucelené rehabilitace zahrnout další různá hlediska, např. hledisko technické, architektonické, psychologické, ekonomické, legislativní, otázky volného času atd. (Votava, 2003).

Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro samotného zdravotně postiženého, ale je výhodné i pro stát a celou společnost. Nácvikem potřebných dovedností se osoba se zdravotním postižením stává méně závislou na pomoci okolí a ve většině případů je schopna se určitým způsobem zapojit do pracovního procesu, což pro ni znamená nejen větší míru ekonomické nezávislosti, ale také posílení občanské suverenity (Jankovský, 2001, s. 16).

V právním řádu České republiky není systém komplexní rehabilitace dosud nijak zakotven. Zatím existují pouze právní úpravy jednotlivých oblastí této rehabilitace. Legislativní úpravou ucelené rehabilitace, která by provázala její jednotlivé složky a rozdělila kompetence, se zabývá Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, Ministerstvo práce a sociálních věcí a odborné komise Národní rady osob se zdravotním postižením (NRZP). Účinnost zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením je datována na 1. července 2009 (Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů).

Za významný cíl celé zdravotní péče, ale především rehabilitace, se považuje dosažení optimální kvality života, která má vždy subjektivní a objektivní složku a u každého jedince je velmi individuální (Votava, 2003).

1.3 SLOŽKY UCELENÉ REHABILITACE

1.3.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je považována za součást zdravotní péče. Umožňuje zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňování či zmírňování poruchy či disability. Léčebnou rehabilitaci zajišťuje celý tým odborníků s různými odbornostmi (Votava, 2003).

Podle Jesenského (2000) léčebná rehabilitace vychází z léčení a usiluje především o odstraňování defektů organismu a poruch jeho funkcí, čímž vytváří předpoklady pro rozvoj nejrůznějších schopností ovlivňujících jak utváření osobnosti, tak také její socializaci. Léčebná rehabilitace je významná složka ucelené rehabilitace. Podle Jesenského (1995) zaměřena jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení (včetně jeho sociální dimenze).

Léčebná rehabilitace, je komplex medicínských, preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, která směřují k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví (Kalvach, 2004).

Podle norského profesora Gogstadta lze léčebnou rehabilitaci dělit na rehabilitaci vertikální a horizontální. *Rehabilitace vertikální* je postup, při němž se funkční porucha postupně zlepšuje do té míry, že se křivka zdraví opět dostává na původní úroveň, dojde tedy k návratu ke stavu původního zdraví. *Rehabilitace horizontální* probíhá při trvalém postižení, kdy lze funkční poruchu na úrovni orgánů a tělních systémů upravit jen v malé míře. Zůstává tedy výrazná diference mezi původní a současnou úrovní zdraví. V tomto případě je cílem léčebné rehabilitace dosažení funkční úpravy na úrovni aktivit a participací. Trvalé zhoršení zdravotního stavu je pak kompenzováno nácvikem činností a změnou životních podmínek pro osoby se zdravotním postižením (Votava, 2003).

Rehabilitační tým by se měl podle Votavy (2003) skládat z lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce a v případě narušené komunikační schopnosti taky logopeda. Užitečným členem týmu je speciální pedagog, který se může významně podílet na poradenství pro další vzdělávání osoby se zdravotním postižením, účastnit se na rehabilitaci kognitivních funkcí a případně používat další speciální techniky (např. muzikoterapie). Součástí týmu jsou dále také zdravotní sestry a protetičtí odborníci včetně lékaře - ortopedického protetiky.

Léčebná rehabilitace je zajišťována při hospitalizaci nebo ambulantně. Ambulantně je poskytována především fyzioterapie, při hospitalizaci a na některých ambulantních pracovištích jsou poskytovány i další části léčebné rehabilitace. V poslední době je léčebná rehabilitace zajišťována také formou denních stacionářů, zde je z větší části prováděna animoterapie, tzn. hipoterapie či canisterapie, ale také arteterapie či muzikoterapie. Návaznost léčebné rehabilitace na další procesy ucelené rehabilitace částečně zajišťují rehabilitační centra.

Do léčebné rehabilitace vstupují pacienti, kteří mají poruchu určitého orgánu (impairment). Léčebná rehabilitace je nezbytná nejen u pacientů s pohybovým, smyslovým, mentálním, psychickým postižením, ale i s postižením interním, onkologickým, metabolickým, alergickým, imunitním a jiných onemocnění. Jde o osoby v každém věku.

U velké části osob se specifickou léčbou základního onemocnění a léčebnou rehabilitací dosáhne původní kvality života. U ostatních, u kterých lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky, rehabilitační proces pokračuje dále již nesystémově a mnohdy proto neúplně.

Cílem léčebné rehabilitace je obnova nebo náhrada porušené funkce, která v rámci procesu rehabilitace osoby se zdravotním postižením vytvoří základní předpoklady pro její integraci.

Podle Jedličky (1991, s. 162) lze rehabilitaci určenou seniorům rozdělit následovně:

- *cílená léčebná rehabilitace* – součást komplexní péče poskytované starým nemocným lidem v nemocnicích, v léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory, zahrnuje léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, léčebnou výchovu k soběstačnosti,
- *aktivující léčebná rehabilitace* – poskytována všem ostatním nemocným seniorům bez větších poruch hybnosti; úkolem je aktivizace seniora za všech okolností a všemi dostupnými prostředky,
- *preventivní rehabilitační péče* – určena všem zdravým nebo kompenzovaným seniorům, většinou prováděna institucemi jako jsou např. kluby důchodců, tělovýchovné organizace apod., charakter péče je preventivní, udržovací.

Mezi léčebně rehabilitačními postupy má své samostatné postavení ergoterapie a balneologie.

1.3.1.1 Fyzioterapie

Fyzioterapie je důležitou součástí rehabilitace a fyzioterapeut je nezastupitelným členem rehabilitačního týmu. „Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů včetně funkcí psychických“ (Votava, 2003, s. 30).

Hlavním léčebným prostředkem fyzioterapie je cílený pohyb, tedy cvičení, pro něž se vžil souhrnné označení *léčebná tělesná výchova*. Cílem tohoto cvičení je léčebný účinek, tedy např. zlepšení síly, rozsah pohybů či koordinace, nácvik správné techniky chůze atd. Provádí se individuálně nebo ve skupině. Důležité je, že jedinec je v průběhu cvičení aktivní a na základě instruktáže jej může provádět i samostatně. Fyzioterapie využívá vedle léčebné tělesné výchovy ještě řadu dalších léčebných prostředků, z nichž mnohé jsou pasivní. Je to např. *fyzikální terapie (balneologie)*, tedy léčebná aplikace fyzikálních energií, včetně metod balneologických, tedy vodoléčebných. Fyzikální terapie se tradičně dělí podle fyzikálních energií, elektro-, akusto-, magneto-, foto-, mechano-terapie. *Balneoterapie* využívá přírodních zdrojů a klimatických podmínek doplněných režimovými a dietními opatřeními k prevenci, léčbě a léčebné rehabilitaci v lázeňské léčbě. Zahrnuje na prvním místě vodoléčbu čili hydroterapii. Jinými prostředky, v lázních užívaných, je pitná léčba, klimatoterapie a terénní kúra, tedy stupňující se tělesná zátěž. Fyzioterapeuti provádějí dále také polohování, ruční či přístrojovou trakci, různé typy masáže a mobilizační techniky na odstranění kloubních blokády (Votava, 2003).

Pohybová léčba v geriatрии

Pohybová léčba je nedílnou součástí komplexní léčby pacientů vyššího věku. Přispívá k zachování a obnově funkční zdatnosti, zdravím podmíněné kvality života a při těžším postižení k obnově soběstačnosti (Kalvach, 2004). Pohybová reedukace je základem samostatného pohybového režimu pacienta formou kondičního cvičení i v domácím prostředí. Úspěch rehabilitační léčby závisí především na aktivní spolupráci pacienta a na týmové spolupráci zdravotníků. Na základní ošetřovatelské úkony musí navazovat rehabilitační ošetřovatelství, léčebná tělesná výchova – kinezioterapie, ergoterapie, logopedie, sociální rehabilitace.

1.3.1.2 Ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl z řeckých slov *ergon* (práce) a *therapia* (léčení). Ergoterapie (occupational therapy) je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců jakéhokoli věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi (Kalvach, 2004). Cílem ergoterapie je dosažení maximální

soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života.

Prostřednictvím vhodně zvolených, cílených a pro osobu smysluplných činností či zaměstnání se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času (Votava, 2003).

Výraznou pomocí je poradenská činnost týkající se ortopedických a kompenzačních pomůcek pro handicapované. Spočívá ve vytipování nejvhodnějších pomůcek, zácviků k jejich používání, zajišťování oprav a půjčování pomůcek.

Z hlediska typu používaných činností lze ergoterapii rozdělit do čtyř oblastí: ergoterapie zaměřená na trénink aktivit denního života, ergoterapie cílená na postiženou oblast, kondiční ergoterapie a ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink (Votava, 2003; Pfeiffer, 1989).

a) ergoterapie zaměřená na trénink aktivit denního života

Onemocnění často způsobí poruchu, která znemožní nebo značně omezí schopnost osoby provádět běžné denní činnosti. Jde o takové činnosti, vztahující se na základní lidské funkce, které dotvářejí každodenní život jedince. Sem patří osobní hygiena, oblékání, jídlo, přesuny a mobilita. Dále může jít o sociální aktivity běžného života, např. nákup, příprava jídla, domácí práce, praní, manipulace s penězi, použití dopravy, jízda autem, telefonování (Votava, 2003; Pfeiffer, 1989).

b) ergoterapie cílená na postiženou oblast

Cílená ergoterapie se zaměřuje podle požadovaného účinku podobně jako léčebná tělesná výchova na zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu, cvičení v určité poloze (sed, stoj), cílený trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace, myšlení atd.). Jedinec je motivován nejen léčebným působením činnosti, ale také výrobkem, který v průběhu činnosti vzniká (Votava, 2003; Pfeiffer, 1989).

c) kondiční ergoterapie

Cílem kondiční ergoterapie je podle Hátlové a Suché (2005) smysluplná činnost, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času, prevence proti psychickým příznakům, jako je např. deprese, úzkost, či neklid. Má za úkol odpoutat pozornost jedince od nepříznivého vlivu onemocnění a od negativních vlivů

hospitalizace (Votava, 2003). Působí jako určitý „ventil“ k uvolnění nahromaděné energie. Cílem je udržení, případně i rozvíjení stávajících schopností klienta. Je však nutno vzít v úvahu i možnou apraxii u osob s demencí nebo zhoršení jejich jemné motoriky z jiných příčin, než je demence, u seniorů je časté např. zhoršení zraku. Je vhodné přihlídnout i k dřívějšímu zaměstnání a zájmům klientů. Je nutno počítat i s určitou apatií a nechutí k činnosti z jejich strany. Důležitá je správná motivace.

Příklady činností: výtvarné techniky, textilní techniky, práce s papírem, společenské hry, sportovní aktivity atd. (Hátlová, Suchá, 2005, s. 27; Votava, 2003).

d) ergoterapie zaměřená na předpracovní hodnocení a trénink

Využívá modelových činností a testů, které umožňují posoudit předpoklady jedince pro budoucí pracovní uplatnění včetně motivace. Při tréninku jsou nacvičovány dovednosti různého typu, nebo cíleně schopnosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese (Votava, 2003).

Ergoterapie v geriatрии

V geriatрии je jádrem ergoterapie úsilí o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti, zlepšení kvality a důstojnosti života seniora s těžkým zdravotním postižením, pokud možno v jeho domácím prostředí s využitím kompenzačních pomůcek či s pomocí druhé osoby.

Hlavní aktivity v ergoterapii v geriatрии: hodnocení a nácvik funkční zdatnosti v rozsahu aktivit každodenního života bazálních (ADL) a instrumentálních (IADL) i výkonových testů. Dále sem patří kognitivní rehabilitace, rehabilitace fatických poruch, pohybové aktivity (hry, jóga, relaxace), atreterapie, muzikoterapie, taneční a pohybová terapie, peterapie (využití zvířat). Důležitým prostředkem k hodnocení aktivit je funkční hodnocení nezávislosti FIM (Functional Independence Measure), které zpracovává ergoterapeut. Konečné zpracování FIM je grafické, formou tabulky či grafu.

1.3.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace podle Jesenského (2000) vychází z poznatků o rozvoji osobnosti, resocializace a enkulturace. Usiluje o rozvoj schopností jedince, o prevenci či odstranění defektivit v rozvoji osobnosti a o prevenci vzniku či odstranění handicapů v jeho společenském začlenění a kulturním rozvoji. Vytváří tak předpoklady samostatnosti a nezávislosti, integrace i pracovního uplatnění jedince. Ve svém

působení využívá především prostředky speciálně pedagogické a psychologické, zčásti také prostředky sociální práce.

Je-li poskytována formou *terénních a ambulantních služeb*, obsahuje nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Je-li tato služba poskytována formou *pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb*, obsahuje vedle základních činností, uvedených výše, tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Podle Votavy (2003) je sociální rehabilitace proces, při němž zdravotně postižená osoba dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. Sociální integraci je třeba chápat jako snahu o to, aby všechny osoby se zdravotním postižením byly přijímány jako součást společnosti. Základní společenskou jednotkou je rodina, a proto je významným cílem sociální rehabilitace podporovat rodinu a vnitrorodinné vztahy. Samostatnost a soběstačnost spočívá především ve schopnosti zdravotně postižené osoby rozhodovat o vlastním životě, dosahovat zvolených cílů. Tato osoba má být schopna uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy (Votava, 2003). Podle Jankovského (2003) je úkolem sociální rehabilitace to, aby byl člověk s postižením schopen své postižení, nemoc přijmout a v maximální míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita jeho života, a to vede k jeho životní spokojenosti.

Sociální rehabilitace se podle Votavy (2003) z určité části překrývá se systémem sociálních služeb, které jsou řízeny Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV). Ty jsou zaměřeny především na ochranu tzv. zranitelných skupin obyvatel, k nimž kromě osob s těžkým zdravotním postižením patří např. i lidé staří, drogově závislí či etnické minority. Největší část sociálních služeb je uskutečňována v *Domovech pro osoby se zdravotním postižením* (ÚSP), které jsou zaměřeny na péči o klienty podle typu postižení a podle věku. Dalším programem sociální péče je *pečovatelská služba*, která zajišťuje některé základní úkony (nákup, donášku obědů). Dále pak *ambulantní domy sociální péče*, zaměřené hlavně na staré osamělé osoby. Významným programem sociální péče je také *poradenství* (sociální, právní, psychologické). Systém sociálních služeb je do značné míry ovlivněn transformací sociální sféry na základě novelizace

zákona o sociálních službách (zákon 108/2006 Sb., účinný od 1. ledna 2007), který představuje výraznou změnu právního stavu v oblasti sociální rehabilitace a upravuje nabídku sociálních služeb a jejich finanční zabezpečení.

Tímto zákonem byla přijata mj. nová kategorizace sociálních služeb, které jsou nyní děleny na *sociální poradenství*, *služby sociální péče* (služby pečovatelské - např. osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení atd.) a *služby sociální prevence* (služby usnadňující sociální integraci - např. sociálně terapeutické dílny, krizová centra, tlumočnické služby atd.). Všechny tyto služby jsou v zákonu definovány (zákon 108/2006 Sb.; vyhl. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

Mezi základní programy reedukační činnosti patří zejména sebeobsluha a vedení domácnosti, prostorová orientace a samostatný pohyb, nácvik speciálních komunikačních dovedností, používání kompenzačních pomůcek, sociální komunikace, poradenství. Nácvik sebeobsluhy a vedení domácnosti zahrnuje nácvik: provádění osobní hygieny, oblékání a péče o celkový vzhled, přípravy jídel a nápojů, dovednosti používání jídelního nádobí a příborů, obsluhy běžných přístrojů v domácnosti, údržby domácnosti, znalosti a dovednosti optimálního uspořádání bytového zařízení.

Sociální rehabilitace se prolíná s rehabilitací léčebnou, pedagogickou a pracovní. Má celoživotní (permanentní charakter), je celoživotním procesem.

K tomuto rozvoji všech forem rehabilitace přispěly různé instituce, konkrétně zdravotnická zařízení, zejména nestátní subjekty, a to především občanská sdružení zdravotně postižených, nadace aj., které začaly provozovat centra, jež učí osoby s těžkým zdravotním postižením základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, nácviku orientace apod. a poskytují osobám se zdravotním postižením potřebné poradenské služby. Pro ilustraci lze uvést např. tzv. chráněné, resp. podporované bydlení osob se zdravotním postižením (Jankovský, 2001, s. 23-24).

1.3.3 Pedagogická rehabilitace

Význam pojmu pedagogická rehabilitace odpovídá působení a procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. Pedagogická rehabilitace je prováděna prostředky speciálně pedagogickými, kterými jsou pedagogická diagnostika, edukace, reedukace, kompenzace, stimulace.

„Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti. Za součást pedagogické rehabilitace bychom měli pokládat i pomoc, kterou osoba se zdravotním postižením potřebuje k tomu, aby dosáhla běžných forem vzdělání“ (Votava, 2003, s. 123).

Jedním z úkolů pedagogické rehabilitace je zajistit včasné rozpoznání potřebnosti speciálně pedagogické péče a její včasné zahájení s využitím všech dostupných a vhodných speciálně pedagogických prostředků s cílem dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, které by umožnilo osobám se zdravotním postižením vhodné pracovní uplatnění.

Podle Jesenského (2000) již nové koncepce speciální pedagogiky nepočítají ve svém působení pouze s výchovou a vzděláváním dětí a mládeže, ale nyní již všech věkových kategorií handicapovaných.

Školský zákon (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) uvádí v § 2 právo každého vzdělávat se *po dobu celého života* při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání s cílem rozvoje osobnosti člověka, který tak bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého života.

Podle Mühlpachra (2004) výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k sociální integraci i k fyzickému a duševnímu zdraví. Mohou dále zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatnosti. Současný životní styl a systém komplexní péče o seniory se podílejí na prodlužování lidského věku a tím i fáze tzv. *čtvrtého věku* (tj. věku závislosti, kde specializovaná intervence mající charakter péče, pomoci a podpory bude nezbytně nutná).

Pojem pedagogická rehabilitace není definován v žádném platném právním předpise. Po roce 1989 došlo k výraznému rozvoji pedagogické rehabilitace v souvislosti s rozšířením spektra vzdělávacích programů, jejich organizačních forem, rozvojem poradenských podpůrných služeb ve školství a vstupem dalších, nestátních poskytovatelů pedagogické rehabilitace (srov. školský zákon č. 561/2004 Sb.).

Pedagogická rehabilitace je úzce spjata se sociální rehabilitací, kde nejdůležitějším faktorem je socializace.

1.3.4 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Hovoříme-li o pracovních prostředcích rehabilitace (pracovní rehabilitace), pak nemáme na mysli pouze pracovní přípravu (tedy získávání vědomostí, dovedností a návyků, čili kvalifikaci), ale mnohem širší proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti (na trhu práce). Předpokladem toho je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost a nebo jsou dokonce práce neschopní. Práce patří mezi základní (primární) potřeby člověka (potřeba aktivity) a pokud není tato potřeba saturována, dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu. Smyslem pracovní rehabilitace je takovým stavům pokud možno předcházet (Jankovský, 2001, s. 27-28).

Pracovní rehabilitace podle Jesenského (2000) navazuje na výsledky léčebné i sociální rehabilitace. Uplatňuje se hlavně u handicapovaných v pracovním věku. Usiluje o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných ve zvolené profesi. Ve svém působení využívá hlavně prostředků pedagogických, ergonomicko-technologických, z části i léčebných a psychologických. Aplikuje se v zařízeních práce a sociálního zabezpečení, školství, v občanských sdruženích či v systémech ochraňované práce handicapovaných.

Pracovní rehabilitace je chápána jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti ve vztahu k osobě se zdravotním postižením, k vyrovnání její příležitosti na trhu práce a jako součást komplexu činností a opatření vedoucích k plné integraci postiženého. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou

přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Pro osoby se zdravotním postižením se speciálními potřebami mohou být organizovány *specializované rekvalifikační kurzy*. Tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace (www.mpsv.cz).

Podporované zaměstnání spočívá ve vyhledání konkrétního pracovního místa pro konkrétní osobu.

Po roce 1989 došlo v postavení osob se zdravotním postižením k podstatným změnám. Pracovní rehabilitace i sociální rehabilitace jsou oblastmi, kde se musí důsledně uplatňovat *sociální politika státu*, která zahrnuje aktivity *úřadů práce*, které směřují k vytváření takových pracovních podmínek, aby osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS), respektive osoby se zdravotním postižením, našly vhodné pracovní uplatnění (zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti). Pracovní rehabilitace je totiž jedním z hlavních momentů ovlivňujících kvalitu života lidí se zdravotním postižením (Jankovský, 2001, s. 29).

1.4 POJETÍ A CÍLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNOSTI, POSTIŽENÍ A ZDRAVÍ (ICF)

Hledání způsobu, jak definovat pojem postižení, vyvrcholilo v roce 1980, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala *Mezinárodní klasifikaci poškození, omezení a postižení* (International Classification of Impairments, Disabilities a Handicaps - ICIDH). V definici se rozlišuje mezi *poškozením* (Impairment), *omezením* (Disability) a *postižením* (Handicap). Výhoda diferenciací spočívala především v oddělení tří výše uvedených dílčích procesů. Existující poškození tělesné, smyslové nebo mentální u jednoho člověka nemusí vždy u něho vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. I v případě, že omezení u něho způsobí zúžení některých kompetencí, pak to ještě nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (handicapu). S tím souvisí oddělení individuálního poškození (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) od postižení, které vzniklo na jeho základě (ve smyslu sociálních následků poškození). *Postižení* je v tomto klasifikačním modelu WHO označeno jako sociální kategorie (Vítková, 2006, Pipeková, 2006).

Vývoj pojmového aparátu ve WHO pokračoval dál a v roce 1998 došlo k nahrazení pojmů poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) novými pojmy poškození, aktivita a participace (Internationale Klasifikation von Behinderung, WHO, 1999). Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci. K tomu je třeba, aby se bral v úvahu celý kontext životního prostředí jedince. Společenská integrace směřuje k perspektivním cílům podpořeným pedagogicky, aby se jedinec byl schopen se svým postižením vyrovnat. Tím se stává pojem postižení relativní kategorií, kterou lze přesně chápat jen v závislosti na personálních, sociálních a ekologických zdrojích člověka. Postižení se proto vždy definuje v určitém sociálním kontextu.

V květnu 2001 byla členskými státy WHO přijata Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health). Členské státy EU přijaly klasifikaci jako základní filozofii a politiku rehabilitace osob se zdravotním postižením. Členské státy EU ICF aplikují do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, zdravotního i sociálního pojištění, zaměstnanosti občanů znevýhodněných na trhu práce a vzdělávání dětí a dorostu se speciálními potřebami.

Filosofie ICF

- Jedinec je schopen využívat své zdraví, tedy své funkční schopnosti, i když je zdravotně postižený (disabilní)
- Klasifikace nehodnotí jedince, ale disabilní situace („disabling situation“)
- Jedná se zde o faktory prostředí, kterou mohou být bariérové nebo facilitující
- Dvě osoby se stejnou nemocí mohou mít rozličný stupeň funkční schopnosti a dvě osoby se stejným stupněm výkonnosti nemusí mít nezbytně stejné zdravotní a sociální problémy

Obečným cílem klasifikace ICF je dát k dispozici jednotnou a standardizovanou formu jazyka a rámec pro popsání stavu zdraví. Definuje komponenty zdraví a některé komponenty související se zdravím (jako výchova, vzdělávání a práce). Proto mohou být v ICF obsažené domény považovány za domény *zdraví* a *domény související se zdravím*. Tyto oblasti jsou popsány z hlediska těla, individua a společnosti do dvou hlavních seznamů: (1) tělesné funkce a tělesné struktury, (2) aktivity a participace (účast). ICF jako klasifikace seskupuje systematicky rozdílné domény pro člověka

s určitým zdravotním problémem (např. co skutečně dělá nebo může dělat člověk s onemocněním nebo zdravotní poruchou). *Funkčnost* je pojem, který obsahuje všechny tělesné funkce a aktivity, participace (účast); **postižení** jako pojem slouží pro označení vady, omezení aktivity a omezení participace (účasti). Impairment je porucha na úrovni orgánu. Aktivity jsou schopnosti, podstata a rozsah konkrétného výkonu člověka, který může být limitován, omezen ve své podstatě, kvalitě a trvání. Pojem aktivity zahrnuje vše, co člověk dělá, od jednoduchých činností až po složité dovednosti a chování. Jde tedy o rozsah funkčních schopností osobnosti (Kalvach, 2004). Projekce zdravotních problémů do společensky angažované situace se označuje jako „participace“, schopnost příslušné osoby účastnit se a zapojovat do různých životních situací.

ICF kromě toho sestavuje faktory prostředí, které jsou v interakci (vzájemné působení) s jmenovanými konstrukty. Tímto způsobem umožňuje uživateli představovat potřebné profily funkčnosti, postižení a zdraví člověka pro rozdílné domény (srov. Vítek, J., Vítková, M. in Vítková, M. 2007, s. 75-84, ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001, anglická verze, MKF – Medzinarodna klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, 2003 - slovenská verze, ICF - *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf, WHO, 2005, německá verze).

Pojem funkčnosti člověka obsahuje všechny aspekty funkčního zdraví. Osoba je funkčně zdravá, když:

1. odpovídají její tělesné funkce (včetně mentální oblasti) a tělesné struktury zdravému člověku (***koncept tělesných funkcí a struktur***)
2. činí všechno nebo může činit to, co se očekává od člověka bez zdravotních problémů (***koncept aktivity***)
3. může rozvíjet svoje bytí (existenci, život) ve všech životních oblastech, které jsou pro ni důležité, jak se očekává od člověka bez zdravotně podmíněných omezení tělesné funkce nebo struktury, ne aktivit (***koncept participace / účasti na životě***).

Pojem postižení podle ICF je nadřazeným pojmem ke každému omezení funkčnosti člověka. Řadu zde uvedených tezí lze formulovat jen na základě výkladů pojmů a modelu ICF a nebylo by to možné na základě definice ICIDH z roku 1980 (srov. tab. 1).

Tabulka 1: Výklad pojmů a modelu ICIDH a ICF

	ICIDH	ICF
Koncept	Žádný nadřazený koncept	Koncept funkčního zdraví (schopnost funkčnosti)
Základní model	Model následující onemocnění	Bio-psycho-sociální model komponent zdraví
Orientace	Deficitní orientace: postižení se klasifikuje	Orientace podle zdrojů a deficitů: klasifikují se oblasti, ve kterých se může postižení projevit. Lze bezprostředně určit pozitivní a negativní obrazy funkčnosti.
Postižení	Formálně nadřazený pojem k poškození, poruchy schopnosti a (sociálního) omezení. Žádný explicitní vztah k životnímu prostředí.	Formálně nadřazený pojem k omezení funkčnosti s explicitním vztahem ke kontextu faktorů.
Základní aspekty	<ul style="list-style-type: none"> • Poškození • Porucha funkčnosti • (Sociální) omezení 	<ul style="list-style-type: none"> • Pojem poruchy tělesné funkce a struktur: poškození (funkční porucha, poškození struktur) • Aktivita. Pojem poruchy: omezení aktivity • Participace (účast) Pojem poruchy: omezení participace (účasti)
Sociální omezení	Atribut osoby	Participace (účast) a její omezení je definováno jako vzájemné působení mezi zdravotním problémem (ICD – mezinárodní klasifikace nemocí, MKN) nějaké osoby a jejím životním prostředím
Faktory životního prostředí	Zůstávají nepovšimnuty	Životní prostředí je integrální součástí konceptu a je klasifikováno
Personální faktory	Jsou nanejvýš implicitně zohledněny	Jsou explicitně zmíněny, ale nejsou klasifikovány
Oblast použití	Jen v kontextu zdraví	

1.4.1 Cíle ICF

Mezinárodní klasifikace funkčnosti (ICF) byla vyvinuta jako víceúčelová klasifikace pro různé disciplíny a oblasti využití. Její specifické cíle lze charakterizovat takto:

- Poskytnout *vědecký základ* pro souvislosti zdravotních podmínek.
- Stanovit *společný jazyk* ke zlepšení komunikace.
- Umožňuje srovnání dat mezi státy, obory ve zdravotnictví, zdravotnických službách i v průběhu času.
- Poskytuje systematické kódování pro zdravotnický informační systém.

Uvedené cíle jsou ve vzájemném vztahu, zejména potřeba a použití ICF vyžaduje vývoj smysluplného a vhodného systému, který může být použit různými uživateli v oblasti zdravotní politiky, zajištění kvality a při evaluaci výsledků v různých kulturách.

Význam ICF

ICF je důležitá pro široké spektrum různých aplikací, např. sociálního zabezpečení, vyhodnocování organizace zdravotní péče, populačních přehledů na místní, národní a mezinárodní úrovni

Koncepční rámec pro informace, které lze aplikovat na zdravotní věci, včetně prevence, zlepšování zdraví, a zlepšování participace odstraňováním nebo zmírňováním společenských překážek a povzbuzováním sociální podpory a facilitace

1.4.2 Použití ICF

- Jako *statistický nástroj* pro zjišťování a dokumentaci dat (např. studie týkající se šetření obyvatelstva nebo užití v informačních systémech managementu).
- Jako *výzkumný nástroj* – pro měření výsledků, kvality života nebo faktorů životního prostředí.
- Jako *nástroj pro zdravotní zabezpečení* – pro určení potřeby a adaptace léčby na specifické podmínky, k posouzení vzhledem k volbě povolání, pro rehabilitaci a evaluaci výsledků.
- Jako *sociálně politický nástroj* – pro plánování sociálního zabezpečení, pro systémy zabývajícími se odškodněním, pro utváření a prosazení politiky.
- Jako *pedagogický nástroj* pro vývoj kurikulí, pro vytvoření vědomí problému a podnět k sociálnímu jednání.

Tabulka 2: Přehled mezinárodní klasifikace ICF

	Díl 1: Funkční schopnost a Disabilita		Díl 2: Spolupůsobící faktory	
Komponenty	Tělesné funkce a struktury	Aktivity a participace	Faktory prostředí	Faktory personální
Domény	Tělesné funkce Tělesné struktury	Životní oblasti (úkoly, činnosti)	Vnější vlivy na funkční schopnost a způsobilost	Vnitřní vlivy na funkční schopnost a způsobilost
Konstrukce	Změna v tělesných funkcích (fyziologické) Změna v tělesných strukturách (anatomická)	Schopnost vykonávat úkoly v standardním prostředí Provedení úkolů v běžném prostředí	Facilitující nebo omezující vliv fyzického, sociálního a okolního světa	Vliv vlastností určité osoby
Pozitivní aspekt	Funkční a strukturální integrita	Aktivity a Participace	Facilitátory (pozitivně působící faktory)	Neaplikovatelné
	Funkční schopnost			
Negativní aspekt	Porucha	Limitování činnosti Omezení participace	Bariéry (překážky)	Neaplikovatelné
	Disabilita zdravotní omezení			

Mezinárodní klasifikace ICF má dvě části se dvěma složkami (srov. tab. 2).

Díl 1: Funkční schopnost a Disabilitu

- Tělesné Funkce a Struktury
- Aktivity a Participace (účasť)

Díl 2: Spolupůsobící Faktory

- Faktory prostředí
- Faktory personální

Každá složka může být vyjádřena pozitivně nebo negativně. Skládá se z různých domén a uvnitř každé domény z kategorií, které tvoří jednotky klasifikace. Zdraví člověka a stavy se zdravím související je možné zachytit výběrem vhodné kategorie nebo kódu a potom přidáním *kvalifikátorů* (posuzovaných znaků), kterými jsou vlastně numerické kódy specifikující rozsah nebo velikost postižení v dané kategorii, nebo míry, ve které se určitý faktor z životního prostředí nestane facilitátorem nebo bariérou.

1.4.3 Komponenty ICF

ICF patří do klasifikace „rodiny“ vyvinuté ze Světové zdravotnické organizace (WHO), která je zaměřená na aplikaci různých aspektů zdraví.

1.4.3.1 Tělesné funkce a struktury, poruchy

- *Tělesné funkce* jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně psychologických funkcí).
 - *Tělesné struktury* jsou anatomické části těla jako např. orgány, končetiny a jejich složky (části).
 - *Poruchy (Impairments)* představují problémy v tělesné funkci nebo struktuře, jako významná odchylka nebo ztráta.
1. Tělesné funkce a tělesné struktury se dají klasifikovat do dvou různých skupin. Obě klasifikace jsou navrženy pro paralelní používání. Např. tělesné funkce obsahují elementární lidské smysly jako např. „*funkce vidění*“ a jejich strukturální koreláty jsou uvedené „*oko a související struktury*“.
 2. Pojem „*tělo*“ znamená lidský organismus jako celek (mozek a jeho funkce, tj. myšlení). Duševní (nebo psychologické) funkce jsou zahrnuty pod tělesné funkce.
 3. Tělesné funkce a struktury jsou klasifikovány podle tělesných systémů, proto se tělesné struktury nepokládají za orgány (tradičně se užívají pojmy jako orgán zraku, sluchu, vnitřní orgány apod.).
 4. Porucha struktury mohou být anomálie, defekty, ztráta nebo jiná výrazná odchylka v tělesné struktuře. Poruchy byly koncipovány ve shodě se základními biologickými poznatky na úrovni tkání nebo buněk.
 5. Poruchy představují odchylku od určitých, obecně uznávaných populačních norem v biomedicínckému stavu těla a jeho funkcí.
 6. Poruchy mohou být: dočasné nebo trvalé, progresivní, regresivní nebo statické, přerušované nebo kontinuální. Odchylka od populační normy může být malá nebo závažná a může se měnit.
 7. Poruchy nejsou etiologií, např. ztráta vidění nebo ztráta končetiny může být následkem genetické anomálie nebo může být způsobena úrazem. Příčina poruchy nemusí být vždy dostatečná k vysvětlení vzniklého poškození. Když je přítomna zdravotní porucha, je to dysfunkce v tělesných funkcích nebo strukturách, které mohou ale souviset i s jiným onemocněním, poruchami nebo fyziologickými stavy.
 8. Poruchy mohou být součástí nebo projevem určitého zdravotního problému nebo nemoci, ale nemusí bezpodmínečně naznačovat přítomnost nemoci nebo to, že jedinec má být považován za nemocného.
 9. Poruchy jsou širší a komplexnější než stavy po onemocnění anebo nemoci, např. ztráta nohy je postižení tělesné struktury, ale není to onemocnění nebo nemoc.

10. Poruchy mohou vést k dalším postižením, např. ztráta svalové síly může narušit funkce spojené s pohybem, funkce srdce může způsobit nedostatek v dýchacích funkcích a porušené vnímání může mít souvislost s funkcemi myšlení.

11. Faktory životního prostředí ovlivňují tělesné funkce, např. kvalita vzduchu a dýchání, světlo a vidění, zvuk a slyšení, rušivé podněty a pozornost, zemský povrch a rovnováha, okolní teplota a regulace tělesné teploty (srov. obr. 1).

1.4.3.2 Aktivity a participace (účast) – omezení aktivity, participace (účasti)

- *Aktivita* je vykonání úkolu nebo činnosti jedince.
- *Participace (účast)* je zapojení do životní situace.
- Omezení aktivit představují obtíže, které může mít jedinec při výkonu činnosti.
- Omezení participace (účasti) představují problémy, které prožívá jedinec při zapojení se v životních situacích.
- *Faktory prostředí* představují fyzické a sociální prostředí, ve kterém lidé žijí.

Oblasti pro složky aktivity a participace jsou uvedené v samostatném seznamu, který obsahuje všechny oblasti života (od elementárního učení se až ke složitým oblastem jako např. interpersonální vztahy nebo zaměstnání). Složky je možné využívat na určení aktivity (A) nebo participaci (P) nebo pro obě. Oblasti těchto složek jsou kvalifikované pomocí dvou kvalifikátorů - výkonu (performance) a schopnosti (kapacitu). (srov. tab. 3).

Tabulka 3: Aktivity a participace: informační matrice

Oblasti (domény)	Kvalifikátory	
	Výkon	Schopnost
d 1 Učení a uplatnění vědomostí		
d 2 Obecné úkoly a požadavky		
d 3 Komunikace		
d 4 Mobilita		
d 5 Péče o sebe		
d 6 Život v domácnosti		
d 7 Interpersonální působení a vztahy		
d 8 Hlavní oblasti života		
d 9 Komunita, společenský a civilní život		

1. Kvalifikátor **výkonu** popisuje, co jedinec dělá ve svém běžném prostředí. Jestliže běžné prostředí zahrnuje společenský kontext, výkon je možné chápat jako „zapojení se do životní situace“, nebo „zažitou zkušenost“ lidí v daném kontextu, ve kterém žijí. Tento kontext obsahuje faktory životního prostředí, všechny aspekty materiálního a společenského okolí jako i vztahy, které je možné kódovat použitím složek faktorů životního prostředí.
2. Znak pro posouzení **schopnosti výkonu** nebo kapacity popisuje schopnost člověka provést úkol nebo jednání. Tento konstrukt směřuje k tomu, aby bylo možné popsat jakou, co možná nejvyšší úroveň funkčnosti, může člověk dosáhnout v určité oblasti v určitém čase.
3. Kvalifikátor **kapacity** popisuje schopnost jedince vykonávat úkol nebo činnost. Cílem je určit nejvyšší možnou úroveň funkčnosti, funkceschopnosti, kterou určitá osoba může dosáhnout v určité oblasti v daném čase.
4. Problém s výkonem může přímo vyplývat ze sociálního (společenského) prostředí, dokonce i v případě, že osoba nemá žádnou poruchu.

1.4.3.3 Spolupůsobící faktory

Spolupůsobící faktory představují celý životní styl člověka. Obsahují dvě komponenty: faktory životního prostředí a faktory personální, které mohou ovlivňovat jedince a jeho zdravotní stav a podmínky související se zdravotním stavem.

A. Faktory životního prostředí

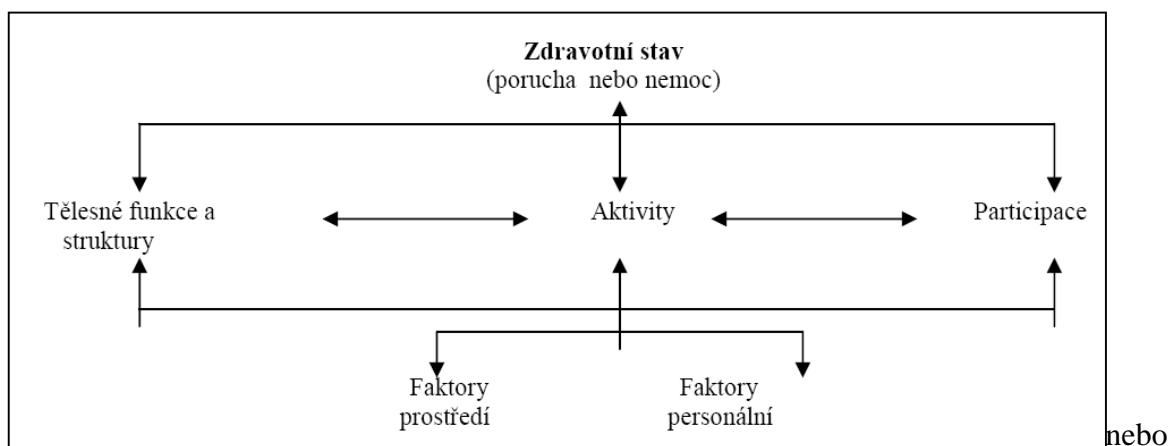
Faktory životního prostředí tvoří materiální a společenské (sociální) prostředí, ve kterém lidé žijí. Tyto faktory působí zvnějška na jedince a mohou mít pozitivní nebo negativní vliv na výkon jedince, na schopnosti jednotlivce vykonávat činnosti nebo úkoly, nebo na funkci jeho těla anebo na jeho strukturu. Dělení faktorů životního prostředí v klasifikaci se vztahuje na dvě různé úrovně:

- a) **Úroveň individua:** sem spadá bezprostřední životní prostředí člověka včetně domova, práce a školy. Tato úroveň obsahuje také fyzikální a materiální danosti prostředí a osobní kontakt k jiným jako k rodině, známým, kamarádům k cizím lidem.
- b) **Úroveň společnosti:** sem spadají formální a neformální společenské (sociální) struktury, služby, přístupy a systémy v obci a ve společnosti, které mají vliv na jednotlivce Tento aspekt obsahuje organizace a služby vztahující se na pracovní prostředí, komunitní aktivity, vládní agentury, komunikační a dopravní služby a neoficiální společenské sítě a dále zákony, předpisy, postoje a názory.

B. Faktory personální

Faktory personální představují život a podmínky života jednotlivce a zahrnují rysy jednotlivce, které nejsou součástí jeho zdravotního stavu. Tyto faktory mohou zahrnovat pohlaví, etnickou příslušnost, věk, jiné zdravotní problémy, životní styl, zvyklosti, výchovu, sociální pozadí, vzdělání, povolání a minulé a současné zkušenosti, obecné vzory chování a styl charakter, individuálně psychologické danosti a jiné charakteristiky, které mohou hrát roli ve svém celku při postižení na všech úrovních. Faktory personální nejsou klasifikovány v mezinárodní klasifikaci ICF, ale jsou zahrnuté v obr 1. s cílem poukázat na jejich přínos, co může mít vliv na výsledek různých intervencí.

Obrázek 1: Vzájemné působení mezi složkami ICF



komplexním vztahem mezi zdravotním stavem a spolupůsobícími faktory (tj. faktory životního prostředí a faktory personálními). Mezi těmito veličinami se odehrává dynamická interakce. Interakce probíhá dvousměrně, přítomnost zdravotního postižení může dokonce modifikovat i samotný zdravotní stav.

Schéma na obr. 1, poukazuje na úlohu, kterou hrají v daném procesu faktory kontextu (faktory prostředí a faktory personální). Tyto faktory jsou v interakci s jednotlivcem a jeho zdravotním stavem a určují úroveň a rozsah funkčnosti jednotlivce. Faktory prostředí jsou vnější ve vztahu k jednotlivci (např. postoje společnosti, architektské charakteristiky, právní systém) a jsou uvedeny v klasifikaci faktorů životního prostředí. Faktory personální (pohlaví, etnický původ, věk, ad.) nejsou v této verzi ICF klasifikovány.

Příklad:

- Omezení schopnosti výkonu u chybějící asistence, ale bez problémů ve výkonu v běžných podmínkách, např. osoba s omezením mobility má k dispozici technické prostředky poskytnuté společností.
- Působení v opačném směru – nedostatečné využívání horních končetin vede ke svalové atrofii. Institucionalizace může s sebou přinášet ztrátu sociálních dovedností.
- Zřetelně podprůměrná inteligence je mentální postižení, které může vést k jistým omezením schopnosti výkonu v různých oblastech postižené osoby. Faktory životního prostředí mohou však rozměr výkonu osoby v různých životních situacích pozitivně nebo negativně ovlivnit. Tak např. dítě s tímto mentálním postižením zažije jen málo nevýhod ve svém prostředí, pokud očekávání jeho okolí není příliš vysoké a dítě dostává lehké, stále se opakující, ale potřebné úkoly. Jinak je tomu u dítěte se srovnatelným poškozením, ale vyrůstajícím v prostředí s vysokým stupněm očekávání a velkými nároky na dítě.

ICF představuje klasifikaci funkční schopnosti a způsobilosti. ICF systematicky uspořádává zdravotní a se zdravím související oblasti. V souvislosti s každou složkou jsou složky dále členěny podle jejich společných znaků a smysluplně uspořádány. Klasifikace je zpracovaná podle systému principů. Tyto principy odrážejí provázanost úrovní a hierarchii klasifikace (systém úrovní).

Kódování ICF

Předpokládá spolupráci pracovníků. Kódování ICF (Komponenty, domény, kvalifikátory) ICF používá alfanumerický systém ve kterém písmena b, s, d, e jsou používány k označení:

- Tělesné funkce (body function - b)
- Tělesné struktury (body structures - s)
- Aktivita a participace (disability - d)
- Faktory prostředí (environmental factors - e)
- Osobní faktory (personal factors)

Příklady:

- s 7 - struktury vztahující se k pohybu
- d 4 - pohyblivost při aktivitách a participaci
- e 2 - přirozené prostředí a změny prostředí vyvolané člověkem

Tato písmena jsou následována numerickým kódem. Kódy jsou kompletní jen když je přítomen kvalifikátor, který označuje velikost stupně zdraví (závažnost problému). Kvalifikátory jsou kódovány jako jeden, dva nebo více členů za tečkou.

Domény MKF

Praktické, smysluplné celky, které se vztahují k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám nebo oblastem života.

- Příklad:
- xxx.0 - žádný problém
 - xxx.1 – střední problém
 - xxx.2 – těžký problém
 - xxx.3 – úplný (totální) problém

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je analýza možností ucelené rehabilitace na Oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. Analýza hodnot testovacích škál ICF u souboru nemocných po amputaci dolní končetiny v průběhu hospitalizace na ONP v Českých Budějovicích.

Cíl práce:

- Vyhodnocení poskytované péče v rámci ucelené rehabilitace.
- Možnosti realizace komprehensivního rehabilitačního plánu.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaký je význam ICF kódování v systému ucelené rehabilitace?
2. Je zastupitelnost rolí a funkcí členů v rámci multidisciplinárního týmu na ONP v Českých Budějovicích dostatečná?

3 METODIKA

Kvalitativní výzkum

Metoda:

- dotazování
- pozorování
- analýza dokumentů

Technika:

- polostrukturovaného rozhovoru
- přímé pozorování
- obsahová analýza zdravotnické dokumentace

3.1 *POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY*

Účelový výběr

Disman (2000) uvádí, že účelový výběr je založen na úsudku výzkumníka o tom, co má být pozorováno a co je možné pozorovat. Výzkumník musí jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek reprezentuje.

Pozorování

Tato metoda byla využita při mapování prostředí, ve kterém jedinci žijí a při analýze neverbálních projevů během rozhovorů.

Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je dle Gavory (2000, s. 111) „kombinace mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Respondentovi jsou nabídnuty alternativy odpovědí, ale potom se ještě vyžádá objasnění či vysvětlení“. Tento rozhovor může být blíže ke strukturovanému nebo nestrukturovanému rozhovoru, podle situace. Tento typ rozhovoru byl použit z důvodu obsažení veškerých témat, která měla být dotčena, ale také aby byla dána možnost vyplynout tématům dalším. Jiným důvodem je také následná možnost srovnání výpovědí, ale i možnost reagovat na dané odpovědi pružně.

Kazuistika

Metoda kazuistiky byla použita z důvodu, čtenářovy lepší představy, v jakých podmínkách jedinec žije.

3.1.1 Předpokládané využití práce

Tato bakalářská práce může sloužit jako návrh ke zkvalitnění spolupráce mezi jednotlivými složkami multidisciplinárního týmu na ONP v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. Práce může být také využita v rámci výuky předmětu Ucelená rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Vybraní respondenti byli klienti léčící se na oddělení následné péče (ONP) Nemocnice v Českých Budějovicích a.s. Respondenti byli vybráni účelově.

3.2.1 Historie vzniku LDN a ONP v Nemocnici Č. Budějovice a.s.

V roce 1983 bylo započato v Nemocnici České Budějovice se stavbou nového pavilonu pro Léčebnu dlouhodobě nemocných. Pod vedením MUDr. Boženy Gruberové byla otevřena 14.5.1986 1. Léčebna pro dlouhodobě nemocné s jednou stanicí o 36 lůžkách. Postupně byly dány do provozu další stanice, takže nakonec měla 1.LDN 3 stanice se 105 lůžky. V budově byla k dispozici místnost pro LTV, elektroléčbu, vodoléčbu (Šotolová, 2006).

Primářem 2. Léčebny dlouhodobě nemocných byl jmenován MUDr. Ivo Žáček a zahájila provoz 1.7. 1986. Po otevření druhé stanice měla 2.LDN celkem 65 lůžek. Poslední stanice byla otevřena v roce 1995. Od té doby měla 1. a 2.LDN dohromady celkem 172 lůžek. Budova byla sice projektována pro staré a dlouhodobě nemocné, ale architektonicky byla nevyhovující. Velmi problematické bylo sociální zařízení, kdy při vstupu do sprchy musel nemocný zdolat schod vysoký téměř 40 cm a dveře na WC byly tak úzké, že jimi sotva prošel pacient sám (Šotolová, 2006).

V prostorách bývalé Vojenské nemocnice, po ukončení činnosti Okresní nemocnice, byly od 1.1.1998 vytvořeny další tři primariáty LDN, které měly celkem 6 stanic se 135 lůžky. K velkým změnám dochází 1.4. 1998. V horním areálu Nemocnice České Budějovice vznikla 1.ONP sloučením 1 .a 2. LDN. V dolním areálu pak sloučením všech LDN vznikla 2.ONP.

3.2.2 Současnost na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s.

V současné době má 1. ONP 5 stanic se 164 lůžky. Z toho jedna stanice je kombinovaná s rehabilitačním oddělením, které zde má 12 lůžek. Dvě stanice jsou již po rekonstrukci upravené jako bezbariérové a třetí stanice by se měla rekonstruovat co nejdříve. Také byla rekonstruována tělocvična a zakoupeny některé rehabilitační pomůcky a přístroje. Nemocní, kteří jsou zde hospitalizováni opakovaně, si tuto změnu velmi pochvalují. Podobné zrněny v počtu stanic a lůžek probíhaly od roku 1998 i na 2.ONP. Z původních 6 stanic má nyní 2.ONP 2 stanice, apalickou jednotku a spánkovou

laboratoř. Na každé stanici je 50 lůžek a na apalické jednotce je hospitalizováno 7 nemocných. Dohromady může být v dolním areálu na 2.ONP hospitalizováno 107 nemocných. 1 na tomto oddělení byly provedeny různé stavební úpravy (Šotolová, 2006).

Na 1.oddělení následné péče jsou hospitalizováni převážně nemocní s chronickými chorobami týkající se všech systémů, jejichž léčba vyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení, ale není nutný pobyt na akutním lůžku. V širokém spektru léčených chorob převažují nemoci vnitřních orgánů. Léčí se zde i velké množství pacientů po úrazech, operacích, nejčastěji pohybového aparátu. Léčba a následná rehabilitace vyžaduje delší časové období, vzhledem k vyššímu věku a povaze onemocnění. Pacientům je poskytována odborná lékařská, ošetrovatelská a komplexní rehabilitační péče, fyzioterapie i ergoterapie. Na oddělení následné péče se přijímají pacienti ze všech akutních lůžek nemocnice nejvíce však interny, neurologie, ortopedie, traumatologie, chirurgie. V menší míře se přijímají objednaní pacienti na doporučení obvodního lékaře. Vzhledem k velkému počtu nemocných, kteří vyžadují pomoc při řešení sociálního zázemí pracují na 1.oddělení následné péče 2 sociální sestry, které zajišťují pomoc sociálních služeb např. agentury domácí péče, pomáhají klientům a jejich rodinám zajišťovat umístění do domovů pro seniory apod. Práce na oddělení následné péče vyžaduje vysoce kvalifikovaný personál, jak lékaře, tak zdravotní sestry, fyzioterapeuty i ostatní členy týmu. Vysoká kvalita této specializace je na 1.oddělení následné péče tradicí i žádoucím standardem. V zájmu zachování tohoto standardu se personál nadále vzdělává a pořádá i školicí akce. Součástí 1.oddělení následné péče je ambulance, která se mimo jiné specializuje na léčbu chronických ran.

4 VÝSLEDKY

Do studie bylo zařazeno celkem 5 pacientů po amputaci dolní končetiny. Diagnostika a následná amputace byla provedena v Nemocnici v Českých Budějovicích a zde také probíhala komplexní terapie. Všechna data, která byla zaznamenána před a po skončení terapie, byla získána v téže nemocnici.

Lékařská a ošetrovatelská péče byla zajišťována 24 hodin denně. Rehabilitace byla prováděna na základě lékařského předpisu. Intenzita cvičení byla 30 minut denně individuálního cvičení 5 krát týdně. Při fyzioterapii byly využívány facilitační prvky z metod manželů Bobathových, PNF, izometrické cvičení, polohování, balanční cvičení, nácvik stoje a chůze bez protézy a v protéze (metodická řada). Ergoterapie byla poskytována individuálně dle potřeb klienta. Sociální pracovníce byla k dispozici dle potřeb jednotlivého klienta a jeho rodiny.

Soubor tvořilo 5 klientů z toho 4 muži a 1 žena. Průměrný věk klientů byl 71 let. Délka hospitalizace byla v průměru 97 dní.. U jednoho klienta byla provedena amputace v z důvodu osteosarkomu. U čtyřech klientů byla provedena amputace jako důsledek diabetu. V souboru byli 2 kuřáci. Alkohol pili všichni klienti pouze příležitostně.

Pro hodnocení jejich stavu byly vybrány 2 testy - BI a FIM (stručné charakteristiky a protokoly testů jsou uvedeny v kapitole Přílohy). BI byl hodnocen jedním ergoterapeutem.

Testy dle klasifikace ICF hodnotí aktivitu. Všechna data byla pro zajištění maximální objektivity odebrána jedním fyzioterapeutem.

4.1.1 *Kazuistické studie*

KLIENT 1

Hospitalizace na ONP od 11.12. 09 do 8.4. 10 (119 dnů)

J.V.

Věk 64 let

Žena

Rodinná anamnéza:

Otec i matka již zemřeli. Je vdova, má jednu dceru. Alkohol pije příležitostně. Kouřila cca 15 let a již 6 let nekouří. Alergie klientka neudává.

Pracovní anamnéza:

Úřednice v geodetické kanceláři, nyní je v důchodu.

Nynější onemocnění:**Hlavní diagnóza:**

Z 89.9 Amputacio in femore l.sin

I 740.2 Gangraena pedis l.sin.

Diagnózy v anamnéze:

I 10 Esenciální hypertenze

R 64 Kachexie

Z 98.8 St. po resekci žaludku pro vředy

I 80.8 Recidivující flebitis

Depresivní syndrom

Klasifikace dle ICF:

s75018.312 (dolní končetina, těžká specifická porucha, úplná ztráta, vlevo)

s7501.272 (střední porucha struktury bérce kvalitativního původu vlevo)

b28015.2 (vnímání bolesti v dolní končetině, středně těžká porucha)

b7301.2 (střední porucha svalové síly jedné končetiny)

b840.2 (senzitivita související s kůží, střední porucha citlivosti (mravenčení, pálení)

d4106.23 (stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stožení 2 francouzské berle či chodítka) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít kompenzační pomůcky, budou větší problémy)

d4200.21 (přesun vlastní osoby v pozici sed, střední obtíže ve výkonu (nemá polohovací lůžko, nemá vyhovující vozík) lehké obtíže v kapacitě (kdyby měla polohovací lůžko a vlastní, technicky vyhovující vozík budou problémy jen lehké).

d450.34 (chůze na vzdálenost méně než 1km, těžké obtíže ve výkonu (používá dvě francouzské berle a protézu) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít berle a protézu k dispozici bude neschopen chůze).

d5100_1 (sebeobsluha, umívání části těla, v sedě celkem soběstačná, pouze lehké obtíže)

d5300.32 (sebeobsluha, regulace močení (katetr) těžké obtíže ve výkonu-limitace bolestí, psychickým stavem, bariéry v pokoji. Kdyby mohla projet vozíkem samostatně až na WC byly by obtíže střední, negativní efekt prostředí).

d540.21 (sebeobsluha – oblékání, střední obtíže při oblékání-limitace bolestí a nepolohovatelnou postelí chybí oboušák, v domácím prostředí je téměř soběstačná).

e1152.3 (těžká bariéra týkající se konstrukce budov (byt v 1. patře, 16 schodů).

e1208+3 (pomocné produkty a technologie pro pohyb v interiérech a exteriérech (berle, chodítka) vysoká facilitace-bez berlí schopna chůze jen s oporou v bradlovém chodníku).

e310+4 (nejbližší rodina, úplná facilitace)

Sociální anamnéza

Bydlí s rodinou dcery v dvougeneračním domě ve svém bytě, bohužel v 1. patře, kde je 16 schodů. Dům ani byt klientky není doposud bezbariérově upraven. Rodina zvažuje rekonstrukci koupelny a přestavbu na bezbariérovou. Žádné služby agentur domácí péče neužívá, nemá podanou žádost do domu pro seniory. Příspěvek na péči je doposud v jednání. Dcera učitelka na gymnáziu, děti 14, 16 let, studenti. Dcera je rozvedená.

Farmakoterapie:

Aurinal 2,5, Felodopin, Glyvenol, Triticco, Neurol

Prodělaná vyšetření:

Klinická vyšetření, Mikrobiologická vyšetření, EKG, RTG, Doppler UZ, CT angiografie

Příjem stravy: Dieta D3- základní

Průběh hospitalizace:

5.11. 09 přijata na interní oddělení

Přijata pro subakutní kritickou ischemii LDK, měla cca tři týdny trvající intenzivní, křečovitou bolest a chlad v levé dolní končetině. Dále klientka udávala klidové bolesti prstů v noci a barevné změny - výrazná bledost prstů v leže, po vertikalizaci nerovnoměrné promodrání. Při chůzi udávala výraznou bolest v lýtku. Zavedena trombolytická léčba, pokus o PTA, infuze s Prostasinem.

Závěr interního a neurologického vyšetření:

Subakutní kritická ischemie LDK dle anamnézy cca 3 týdny trvající. Subakutní uzávěr AP/trifurkace a distální AFS (tromby homogenní), periferní perfuze kriticky nízká. Pro rychlý rozvoj, přetrvávající ischemii a objev puchýřů na dorzu levé nohy, byla doporučena amputace LDK ve stehnu.

12.11. 09 přijata na chirurgické oddělení

Klientka byla přijata na oddělení chirurgie překladem z interního oddělení z důvodu akutní operace - vysoké amputaci LDK pro ischemii, dle chirurgického konzilia bylo nutno urychleně provést vysokou amputaci levé dolní končetiny pro postupující gangrenu pedis. Předchozí léčba ischemie LDK byla bohužel neúspěšná.

Operace dne: 14. 11. 2009 - Amputacio in femore l.sin. Dne 16.11. byla zahájena fyzioterapie na chirurgickém oddělení.

1.12. 09 přijata na oddělení následné péče

Klientka byla přijata na oddělení ONP překladem z chirurgického oddělení Nemocnice ČB pro stav po vysoké amputaci levé dolní končetiny pro postupující gangrenu při obliterující aterosklerose tepen dolních končetin z důvodu doléčení a následné rehabilitace.

Stav při přijetí na ONP:

Klientka stabilizována, nižší krevní tlak. Klientka udává mírnou dušnost, která se zvýrazní v závislosti na fyzické zátěži. Udává rovněž výrazné vertigo související se změnou polohy, nejvíce se však projevuje při nácviu stability stoje a následně při chůzi. Udává pálivou bolest a změny citlivosti v oblasti stehna LDK, udává rovněž bolesti při tlaku na pahýl v souvislosti s pohybem na lůžku. Klientka trpí občasnými nevolnostmi, patrně v souvislosti s nízkým krevním tlakem. Přechnodně poruchy inkontinence byly řešeny zavedením cévního katetru. Klientka před 20 lety prodělala operaci žaludku (resekce 2/3) z důvodu perforace žaludečního vředu s krvácením do retroperitonea. Proto je nyní výrazně kachektická. Klientka trpí depresi, doposud se zcela nevyrovнала se ztrátou končetiny.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha: 51 kg BMI: 21 TK: 100/70 P: 64' D:15/min T:36,9 st.

Barthel test: 50 bodů-středně nesoběstačná

11.12. 09 – 8.4. 10 Klientka hospitalizována na oddělení ONP.

Během pobytu se stav klientky jen pozvolna zlepšoval. Časté deprese a pocity nejistoty negativně ovlivňovaly průběh léčby, zejména rehabilitační složku. I přes komplikace hojení operační rány v podobě hnisavých píštělí a pergamenovité kůže se nakonec podařilo v důsledku vhodně zvolené léčby jizvu zhojit. Pahýl LDK bez kontraktur a známek otoku byl formován elastickým návlekm, manuální techniky nebyly použity z důvodů bolesti a netolerance ze strany pacientky.

Během hospitalizace byla zajištěna odborná lékařská péče psychologa, internisty, chirurga a protetiky. Klientka absolvovala opakovaná vyšetření na protetické ambulanci z důvodů nevyhovujících tvarových úprav a mechanických komplikací protézy. Klientka byla vybavena invalidním vozíkem s antidekubitární podložkou a párem francouzských berlí.

V průběhu fyzioterapie klientka absolvovala kondiční a dechová cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. V rámci fyzioterapie a ergoterapie jsme se zaměřili na získání dovedností při sebeobsluze, užívání kompenzačních pomůcek, nácviku mobility na vozíku. V dlouhodobém rehabilitačním plánu jsme se zaměřili na nácvik stability stoje a chůze v chodítku, v bradlovém chodníku, posléze o 2 francouzských berlích. Nácvik chůze po schodech byl velmi náročný z důvodů až nepřiměřených obav z pádu. Klientka byla před propuštěním schopna chůze po schodech pouze s doprovodem druhé osoby.

Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou klienta byla i díky aktivnímu přístupu dcery klientky intenzivní a pro řešení sociální situace klientky prospěšná.

8.4. 2010 byla klientka propuštěna do domácího prostředí.

Závěrečné zhodnocení:

Klientka je schopna samostatné chůze s protézou o 2 francouzských berlích na vzdálenost cca 500 metrů je limitována únavou a mírnou bolestí PDK. Chůzi po schodech zvládá pouze s asistencí druhé osoby. Dokáže se přemístit sama z postele na vozík a zpět, v oblasti mobility a užívání invalidního vozíku je zcela soběstačná, pokud je v bezbariérovém prostředí. Získala rovněž dobrou soběstačnost v zajišťování aktivit vztahujících se k péči o svou osobu, sama se obléká, je schopna se umýt samostatně díky bezbariérovým úpravám WC a sprchy. Nejsou již přítomny poruchy ve smyslu inkontinence, proto byl cévní katetr odstraněn.

Doposud žila samostatně ve svém bytě v dvougeneračním domě své dcery. V jejím bytě již probíhají bezbariérové úpravy, koupelny, WC a vchodu do domu.

Dcera s rodinou pro ni představují základní oporu, zejména dcera pomáhá s aktuálním řešením její zdravotně sociální situace. Je ochotna být pro její potřeby k dispozici avšak kvůli výkonu povolání navázala spolupráci s agenturou domácí péče.

Klientka je rozhodnuta žít samostatně ve svém bytě a přála by si být do budoucna schopna vysokého stupně nezávislosti.

Funkční hodnocení před propuštěním:

Váha: 52 kg BMI: 21 TK: 110/75 P: 67´ D:16/min T:36,8

Barthel test: 83 bodů - mírně nesoběstačná

Řešení sociální situace:

V rámci sociálního poradenství, zajištění a poskytování sociálních služeb byl navázán kontakt a spolupráce s rodinnými příslušníky (dcera), provedeno sociální šetření u lůžka, poradenské služby klientům a rodinným příslušníkům (informace o možnostech klienta, podání informací rodinným příslušníkům), sepsání a podání žádosti o příspěvek na péči, zpracování a podání žádosti o příspěvek na bezbariérové úpravy domu, bytu, zpracování podkladů a podání žádosti o průkaz ZTP/P, zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (Ortoservis zdravotnická prodejna), zajištění služeb agentury domácí péče a pečovatelské služby IVAS – možnost návratu do domácího prostředí (klientka bude bydlet v bezbariérovém upraveném bytě v přízemí domu své dcery).

KLIENT 2

Hospitalizace na ONP od 25.11.09 do 5.3.10 (100 dnů)

T.J

Věk 67 let

Muž

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli. Má jednoho bratra se kterým se příliš nestýká. Klient je svobodný, a bezdětný. Alkohol klient užívá příležitostně, je nekuřák.

Pracovní anamnéza:

Klient pracoval v zemědělství traktorista, opravář zemědělských strojů.

Sociální anamnéza

Klient doposud bydlel samostatně ve svém domě (obec Hrádek u Trhových Svinů). Žádost do domu s pečovatelskou službou (DPS) podanou nemá. Příspěvek na péči dosud v jednání. S řešením jeho situace mu částečně pomáhá jeho synovec. V jeho domě jsou přítomny bariérové překážky (prahy dveří, 4 nerovné schody u vstupu do domu, úzké dveře na WC a do koupelny, 11 nepravidelných schodů do kotelny).

Nynější onemocnění:

Hlavní diagnóza:

Z 89.9 - Amputacio in femore l.sin

Diagnózy v anamnéze:

Z 95.4 - Stenóza aorty, operačně řešená (náhrada aortální chlopně bioprotézou 2008)

I 35.0 - Středně těžká aortální stenóza

E 10.5 - DM závislý na insulínu (cca 12 let)

I 50.0 - Levostranná srdeční insuficience

I 10 - Hypertenzní choroba

I 48 - Fibrilace, flutter síní

I 70.9 - Ateroskleróza povšechná

I 70.2 - ICHDK 2. typu dle Fontaina

Z 88.0 - Alergie na penicilin

Z 92.1 - Trvalá warfarinizace

Farmakoterapie:

Tratit, Prestance, Cynt, Sortis, Warfarin, Pentomer ret, Furon

Dietoterapie:

Dieta 9 - diabetická (225 g sacharidů)

Prodělaná vyšetření:

Klinická vyšetření, Mikrobiologická vyšetření, Doppler UZ, CT angiografie, MR angiografie

Klasifikace dle ICF:

s4100.288 (srdce, středně těžká nespecifická porucha)

- s75018.312 (dolní končetina, těžká specifická porucha, úplná ztráta, vlevo)
b28015.2 (vnímání bolesti v dolní končetině, středně těžká porucha)
b4101.2 (poruchy srdečního rytmu - arytmie, středně těžká porucha)
d4106.23 (stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stožení 2 francouzské berle či chodítka, těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít kompenzační pomůcky, budou větší problémy).
d4200.12 (přesun vlastní osoby v pozici sed, lehké obtíže ve výkonu (má polohovací lůžko a madlo) střední obtíže v kapacitě (kdyby měl jiné lůžko, které není polohovací, či výškově nastavitelné, budou větší problémy).
d450.34 (chůze na vzdálenost méně než 1km, těžké obtíže ve výkonu (používá dvě francouzské berle a protézu) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít berle a protézu k dispozici bude neschopen chůze)
e1152.3 – těžká bariéra týkající se konstrukce budov (čtyři nepravidelné schody u vchodu do domu)
e1101+4 – plná facilitace prostřednictvím léků (je kardiak diabetik, kdyby neužíval léky tak může dojít k zástavě srdce, diabetické koma)
e7603+2 (vztahy v širší rodině-synovec, střední facilitace)

Průběh hospitalizace:

13.10. 09 přijat na chirurgické oddělení

Přijat na oddělení chirurgie pro rozsáhlé nehojící se defekty v oblasti nártu, paty a střední části hlezna levé dolní končetiny (LDK). Léčba rozsáhlých kožních defektů na levé dolní končetině z celkového hlediska jen minimálně úspěšná. Mikrobiologická vyšetření prokázala přítomnost multirezistentní *Pseudomonas aeruginosa* a *E.Coli*.

Klient je po dobu hospitalizace výrazně psychicky instabilní, občas má nevyrovnané glykémie z důvodu nedodržování dietetických opatření.

21.10 09 přijat na interní oddělení

Klient byl přijat na interní oddělení překladem z chirurgického oddělení pro stav náhlé fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí. Rozsáhlé kožní defekty na LDK se během hospitalizace dlouhodobě nehojí. Klient udává bolesti v LDK, které jsou tlumeny analgetiky. Opakované kultivace prokázaly multirezistentní *Pseudomonas aeruginosa* a *E.Coli*. Klient dlouhodobě užívá antibiotika. Při hospitalizaci na interním oddělení byl klient též přeléčen pro scabies. Dle předoperačního interního vyšetření je riziko operace velmi vysoké, ale vzhledem k nálezům na dolní končetině, bolestem a případnému celoživotním podáváním antibiotik jiné kurativní řešení neexistuje.

11.11. 09 přijat na chirurgické oddělení

Klient byl přijat na oddělení chirurgie překladem z interního oddělení z důvodu akutní operace - vysoké amputaci LDK pro ischemii, dle chirurgického konzilia bylo nutno urychleně provést amputaci levé dolní končetiny pro postupující gangrénu při obliterující aterosklerose tepen dolních končetin. Dle předoperačního vyšetření riziko operace velmi vysoké, ale jiné kurativní řešení neexistuje. Klient byl informován o průběhu a rizicích následné léčby a s operací souhlasil.

Operace dne: 12. 11. 2009 - Amputacio in femore l.sin

25.11.09 přijat na ONP

Klient přijat k hospitalizaci na ONP překladem z chirurgického oddělení Nemocnice ČB pro stav po vysoké amputaci levé dolní končetiny pro postupující gangrénu při obliterující aterosklerose tepen dolních končetin z důvodu doléčení a následné rehabilitace.

Stav při přijetí na ONP:

Klient stabilizován, vyšší krevní tlak. Klient udává mírnou dušnost a vertigo zejména v závislosti na změně polohy a zvýšení fyzické zátěže. Popisuje občasné fantomové bolesti zejména v noci, udává rovněž bolesti při tlaku na pahýl v souvislosti s pohybem na lůžku. Klient netrpí nevolností ani inkontinencí. Psychický stav klienta lze označit jako stabilizovaný.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha: 78 kg BMI: 26 TK: 148/70 P: 68´ D:16/min T:37

Barthel test: 56 bodů- středně nesoběstačný

Během pobytu v důsledku vhodně zvolené medikamentózní léčby byl celkový stav klienta stabilizován, díky léčebné a ošetrovatelské péči byla úspěšně zhojena jizva na pahýlu LDK. Pahýl byl polohován, otužován masáží a formován tlakovým obvazem do konického tvaru. Během hospitalizace zajištěna i odborná lékařská péče psychologa, internisty a chirurga, protetika. Klient rovněž absolvoval opakovaná vyšetření na protetické ambulanci. Klient byl vybaven funkční protézou na LDK, vhodnou ortopedickou obuví, invalidním vozíkem a párem francouzských berlí. Klient je po interní stránce stabilizován. Jeho psychický stav je stabilizovaný.

V rámci fyzioterapie absolvoval klient dechová cvičení, izometrická a kondiční cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti se zaměřením na získání dovedností při sebeobsluze, užívání kompenzačních pomůcek, nácviku mobility na vozíku. Nácvik schopnosti stability stoje a chůze v chodítku, posléze o 2 francouzských berlích, včetně chůze po schodech. Díky profesionálnímu a vstřícnému přístupu sociálního pracovníka byla navázána spolupráce s rodinou klienta a byly podniknuty nezbytné kroky k zajištění sociální situace klienta po propuštění do domácího prostředí.

Funkční hodnocení před propuštěním:

Váha: 76 kg BMI: 26 TK: 140/75 P: 67' D:16/min T:36,7

Barthel test: 78 bodů – mírně nesoběstačný

Závěrečné zhodnocení:

Klient je schopen samostatného přesunu na vozík a mobility na něm. Je schopen samostatné chůze s protézou o 2 francouzských berlích. Chůzi po schodech zvládá s asistencí druhé osoby. Sebeobsluhu včetně hygieny a zvládá klient samostatně, či jen s mírnou dopomocí druhé osoby.

Řešení sociální situace:

Klient má podanou žádost do DPS Chvalkov. Klientovi byl přiznán příspěvek na péči 3.stupně. Klient nyní bydlí ve svém domě spolu se synovcem, který zajistil ošetrovatelské a pečovatelské služby agentury domácí péče.

KLIENT 3

Hospitalizace na ONP od 25.11. 09 do 5.3. 10 (100 dnů)

V.H.

Věk 65 let

Muž

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli. Klient je svobodný, a bezdětný. Alkohol dle klienta několik piv denně, kouřil 30 cigaret denně, kouřit přestal 8.3. 09. Alergie neudává.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracoval jako číšník, nyní je ve starobním důchodu.

Sociální anamnéza

Klient je ženatý, má jednu dceru a jednoho syna. S dcerou se dlouhodobě nestýká, syn pracuje jako řidič dálkové nákladní dopravy, vídají se jen výjimečně. Bydlí spolu s

manželkou v DPS Staroměstská již 5 let (1+1). Doposud pobíral příspěvek na péči druhého stupně a byl částečně soběstačný a samostatný.

Nynější onemocnění:

Hlavní diagnóza:

Z 89.9 Amputacio in femore l.dx (Vysoká amputace levé dolní končetiny pro diabetickou gangrenu 10.9. 09, reamputace pahýlu 19.10. 2009 a další reamputace 11.1.2010)

Diagnózy v anamnéze:

Z 89.5 Získané chybění DK

I 10 Esenciální hypertenze

I 69.4 Infarktové krvácení, nebo infarkt

I 25.8 Jiné formy chron. ICHS

L 89.2 Dekubitální vřed 3. stupně

K 21.0 Gastroesofageální refluxní onemocnění

E 10.5 DM závislý na insulínu

Depresivní syndrom

Klasifikace dle ICF:

s4100.288 (srdce, středně těžká nespecifická porucha).

s75018.311 (dolní končetina, těžká specifická porucha, úplná ztráta, vpravo).

b28015.3 (vnímání bolesti v dolní končetině, těžká porucha-výrazná bolest).

b716.2 stabilita kloubů, koleno střední obtíže, instabilita kolene při stoji.

d4106.34 (stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stoji chodítka, obtíže v kapacitě totální (pokud nebude mít chodítka, nebude schopen stoje).

d4200.21 (přesun vlastní osoby v pozici sed, střední obtíže ve výkonu (nemá polohovací lůžko, nevyhovující vozík, chybí madlo) lehké obtíže v kapacitě (předchozí 6 měsíční zkušenosti s ovládáním vlastního vozíku a sebeobsluhou) negativní efekt prostředí).

d330.32 (komunikace-řeč, těžké obtíže při mluvení s druhými osobami (deprese, slovní agresivita, hrubost) střední obtíže v komunikaci v domácím prostředí).

d7601.3 (vztahy v rodině (děti-rodice) - péče dětí o staré rodiče, těžké obtíže (s dcerou se nestýká, se synem výjimečně).

d7701.2 (vztahy v manželství, střední obtíže (doposud žili společně v DPS, mírný zájem o řešení budoucí situace manžela).

e1101+3 (vysoká facilitace prostřednictvím léků (je kardiak a diabetik, kdyby neužíval léky tak může dojít např. k srdečnímu selhání, diabetickému komatu).

e1152.2 (střední bariéra týkající se konstrukce budov (byť v DPS má jen částečné bezbariérové úpravy).

e1151.2 (pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě (vozík) střední bariéra).

Farmakoterapie:

Helicid, Cardilan, Enelbin, Sortis, Neurontin, Biston, Dithiaden, Recoxa, Citalec, Tramal.

Příjem stravy:

Dieta 9 - diabetická (225 g sacharidů)

Prodělaná vyšetření:

Klinická vyšetření, Mikrobiologická vyšetření, Doppler UZ, CT angiografie, MR angiografie, RTG, EKG

Průběh hospitalizace:

8.9. 09 přijat na chirurgické oddělení.

Klient byl přijat na oddělení chirurgie překladem z interního oddělení z důvodu akutní operace - vysoké amputace LDK pro ischemii, dle chirurgického konzilia bylo nutno urychleně provést amputaci levé dolní končetiny pro postupující gangrenu při obliterující aterosklerose tepen dolních končetin.

10.9. Gangrena LDK diabetické etiologie - amputace LDK ve stehně.

15.10. na chirurgickém oddělení - reamputace levé DK z důvodu dehiscence rány.

22.12. 09 přijat na oddělení následné péče

Klient byl přijat na oddělení následné péče překladem z chirurgického oddělení z důvodu doléčení. Pro komplikace hojení z důvodu infekce přeložen na infekční oddělení.

31.12. 09 přijat na infekční oddělení

Klient byl přijat na infekční oddělení pro nález Salmonella enteritidis z výtěru z píštěle nehojící se rány na pahýlu LDK, opakované kultivace prokázali i Staphylococcus aureus, Escherichia coli.

7.1. 10 přijat na chirurgické oddělení

Klient přeložen z infekčního odd. k chirurgické revizi pahýlu LDK s chronickou píštělí a ostitidou dle RTG. 11.1. 10 byla provedena další reamputace ve stehnu LDK.

21.1. 10 přijat na oddělení následné péče

Klient byl přijat k opakované hospitalizaci - nyní překladem z chirurgického oddělení. Klient byl při přijetí dušný, udával výraznou bolest v pahýlu LDK, dále na pravé patě a v oblasti Lumbo-sakrálního přechodu. Na pravé patě je bolestivý defekt s granulující spodinou. V sakrální oblasti je výrazný dekubit - hojící se dekubit. Z důvodu inkontinence zaveden permanentní močový katetr.

Stav při přijetí:

Klient stabilizován, vyšší krevní tlak. Klient udává mírné vertigo a pocity nejistoty zejména v závislosti na změně polohy a zvýšení fyzické zátěže. Trpí občasnou dušností patrně v souvislosti s kardiálními problémy a obezitou. Klient trpí výraznou bolestivostí pahýlu levé dolní končetiny. Udává i občasně fantomové bolesti. Bolestivý defekt v sakrální oblasti je výraznou limitací sedu, bolestivý defekt na patě pravé nohy

klientovi nedovolí vertikalizaci do stoje. Klient trpí depresemi, zvýšenou podrážděností patrně v důsledku nucené abstinence.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha: 83 kg BMI: 29 TK: 148/70 P: 62´ D:16/min T:37,1

Barthel test: 40 bodů- nesoběstačný

25.11. 09 – 5.3. 10 Klient hospitalizován na oddělení ONP.

V důsledku vhodně zvolené medikamentózní léčby, profesionální ošetrovatelské péče a dietním opatřením došlo k zlepšení celkového stavu klienta. Dekubit v sakrální oblasti se plně zhojil, defekt na patě téměř zhojen, není již limitován stoj. Bohužel jizva na pahýlu se hojí jen pozvolna a výrazné bolesti jsou limitací pro zhotovení případné protézy. Klient je schopen samostatných přesunů a mobility na vozíku, ale v důsledku jeho zhoršeného psychického stavu je spíše pasivním, občasně je i slovně agresivní a pro řešení své situace postrádá další motivaci.

Během rehabilitace – fyzioterapie absolvoval kondiční a dechová cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti, prevence kontraktur, soběstačnosti se zaměřením na získání dovedností při sebeobsluze, užívání kompenzačních pomůcek, nácviku mobility na vozíku a nácviku schopnosti stability stoje a chůze v chodítku. Klient doposud není vybaven protézou, nácvik vertikalizace do stoje o 2 francouzských berlích striktně odmítá.

I přes profesionální a vstřícný přístup sociálního pracovníka nebyla s klientem možnost navázat účinnou spolupráci. Rovněž manželka o případnou spolupráci nejeví příliš zájem.

16.4. 2010 byl klient propuštěn do DPS Staroměstská

Závěrečné zhodnocení:

Klient je schopen samostatného přesunu na vozík a mobility na něm. Je schopen chůze s protézou v chodítku. Chůzi o 2 francouzských berlích odmítá z důvodů nejistoty a nestability a strachu z eventuelního pádu. Úkonů hygieny a sebeobsluhy o svou osobu je schopen samostatně, či jen s mírnou dopomocí druhé osoby.

Funkční hodnocení před propuštěním:

Váha: 79 kg BMI: 28 TK: 145/90 P: 67´ D:16/min T:36,7

Barthel test: 57 bodů středně nesoběstačný

Řešení sociální situace:

V rámci sociálního poradenství, zajištění a poskytování sociálních služeb byl navázán kontakt a spolupráce s rodinnými příslušníky (manželka), provedeno sociální šetření u lůžka, poradenské služby klientům a rodinným příslušníkům (informace o možnostech klienta, podání informací rodinným příslušníkům), kontaktování a spolupráce s CSS Staroměstská, zpracování a podání žádosti o zvýšení příspěvku na péči, zpracování a podání žádosti o bezbariérový byt, zpracování podkladů, včetně zajištění fotografie a podání žádosti o průkaz ZTP/P, zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (Zelená Hvězda zdravotnická prodejna).

KLIENT 4

Hospitalizace na ONP od 25.11. 09 – 5.3. 10 (100 dnů)

J.N.

Věk 74 let

Muž

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli. Klient je vdovec, děti nemá. Alkohol nepije. Nekuřák. Alergie neudává.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracoval jako elektrotechnik v Telecomu.

Sociální anamnéza

Bydlí s přítelkyní v bytě ve 2.patře s výtahem. Byt má drobné bezbariérové úpravy. Do doby úrazu chůze o francouzských berlích jen na delší vzdálenost, doma se pohyboval bez berlí. Pobíral doposud příspěvek na péči 2.stupně.

Z koníčků uvádí hru v šachy, četbu detektivek, je vášnivý radioamatér, výhledově se chce zdokonalit v práci na PC, má upravený automobil. Žádost do DPS podanou nemá.

Hlavní diagnóza:

S 72.1 St po fraktuře krčku PDK v důsledku pádu

Diagnózy v anamnéze:

Z 98.8 Stav po amputaci LDK pro osteosarkom v 15 letech

I 10 Sekundární hypertenze (cca 20 let)

I 80.1 Flebotrombóza a tromboflebitis femorál. žíly (s následnou plicní embolizací březen 09)

Z 92.1 Trvalá warfarinizace

R 26.2 Obtížná chůze

Klasifikace dle ICF:

s75018.312 (dolní končetina, těžká specifická porucha, úplná ztráta, vlevo).

s75000.251 (femur, střední specifická porucha, porucha kontinuity, vpravo).

b28015.2 (vnímání bolesti v dolní končetině, středně těžká porucha).

b715.4 (úplná porucha stability kloubů, kyčel PDK - nutná operace).

b7301.3 (těžká porucha svalové síly jedné končetiny PDK).

- b7603. (těžká porucha kontroly volných pohybových funkcí-koordinace pohybu, bolest PDK, protéza na LDK chůze v chodítku velmi obtížná).
- d4106.23 (stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stožení 2 francouzské berle či chodítka, těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít kompenzační pomůcky, budou větší problémy).
- d4200.1 (přesun vlastní osoby v pozici sed, lehké obtíže ve výkonu (je limitován nedostatečným prostorem pro manipulaci s vozíkem).
- d450.34 (chůze na vzdálenost méně než 1km, těžké obtíže ve výkonu (používá chodítka) těžké obtíže v kapacitě (pokud nebude mít chodítka a protézu k dispozici bude neschopen chůze)
- d4751.23 (střední obtíže při řízení automobilu (jeho osobního, vzhledem k úpravě automobilu automatickou převodovkou, v jiném automobilu jsou to obtíže těžké) pozitivní efekt prostředí).
- e1101+3 (vysoká facilitace prostřednictvím léků (trvale warfarinizován, kdyby neužíval léky tak může dojít např. k embolizaci do plic, srdce).
- e1152.1 (mírná bariéra týkající se konstrukce budov (byt s drobnými bezbariérovými úpravami, v domě výtah).
- e1201 (pomocné produkty a technologie pro pohyb a transport v exteriérech (upravené auto)

Farmakoterapie:

Fraxiparin, Detralex, Prenewel, Tramal, Perfalgan

Příjem stravy:

Dieta 3 – základní dieta

Prodělaná vyšetření:

Klinická vyšetření, EKG, RTG, Doppler UZ, CT angiografie

Průběh hospitalizace:

25.11. 09 příjem na oddělení traumatologie

Klient byl v dopoledních hodinách přivezen RZP na traumatologickou ambulanci z důvodu pádu ze štaflí s následnou traumatizací PDK. Stěžoval si na bolest v oblasti femuru, mírný otok, palpační bolestivost v oblasti krčku stehenní kosti, pravé stehno bylo bez známek zevního traumatu. Provedení operace indikováno až po normalizaci koagulačních parametrů.

Operace 30.11. 09

Klient operován pro pertrochanterickou frakturu, operace CRIF Targon, dynamicky jištěný. Profylaxe dekubitů polohováním i za cenu bolesti, dále doporučen klid na lůžku a ledování.

7.12. 09 přijat na oddělení následné péče

Klient byl přijat na oddělení ONP překladem z traumatologického oddělení Nemocnice ČB pro stav po operaci pertrochanterické fraktury femuru z důvodu doléčení a následné rehabilitace.

Stav při přijetí:

Klient udává snesitelné bolesti, je orientován a aktivně spolupracuje, mírně dušný, srdeční akce je pravidelná, rozsah hybnosti DK je přiměřen stavu a věku pacienta. Rány na stehnu jsou klidné, bez známek zánětu, bez známek TEN, prokrvení a citlivost je v normě. Dyspeptické potíže neguje, vertigo rovněž, je kontinentní. Dle RTG kontroly možný došlap do 30 kg a limitace bolestí.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha: 84 kg BMI: 24 TK: 140/90 P: 64´ D:15/min T:36,7 st.

Barthel test: 58 bodů- středně nesoběstačný

7.12. 09 – 26.3. 10 Klient hospitalizován na oddělení ONP.

Během pobytu se stav klienta pozvolna zlepšoval. V důsledku operace PDK a následné limitace došlapu byl klient omezen zejména v samostatném pohybu na lůžku, sed zvládal z počátku jen s dopomocí. Posléze zvládal vertikalizaci do sedu samostatně, do stoje v chodítku s protézou s dopomocí druhé osoby. Klient byl limitován váhovým nášlapem a bolestivostí v jejichž důsledku byla chůze z počátku velmi problematičtá a nejistá.

Sebeobsluhu s protézou klient zvládal samostatně, mírné problémy měl jen při vertikalizaci. Přesuny na vozík zpočátku působily jisté potíže avšak klient se je brzo naučil zvládat, popřípadě kompenzovat náhradními stereotypy. Dvě jizvy v proximální části lemuru o délce 14 cm se zhojily per primam.

Během rehabilitace – fyzioterapie absolvoval kondiční a dechová cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti, prevence kontraktur, soběstačnosti se zaměřením na získání dovedností při sebeobsluze, užívání kompenzačních pomůcek, nácviku mobility na lůžku a nácviku vertikalizace schopnosti stability stoje a chůze v chodítku s protézou a došlapem 30 kg na PDK. V dlouhodobém rehabilitačním plánu jsme se zaměřili na nácvik stabilizace stoje a následné chůze o dvou francouzských berlích s postupným nášlapem do bolesti.

Závěrečné zhodnocení:

Klient je schopen samostatné chůze s protézou o 2 francouzských berlích na vzdálenost cca 600 metrů je limitován pouze únavou a mírnou bolestí PDK. Chůzi po schodech odmítl jako neopodstatněnou. V oblasti mobility a užívání invalidního vozíku je zcela soběstačný. Sebeobsluhu s protézou klient zvládá zcela samostatně, protézu nosí od 15 let – pevná protéza s možností ohybu v koleni. Klient je velmi vitální, má pevnou vůli a do budoucna chce být maximálně soběstačný a samostatný.

FUNKČNÍ HODNOCENÍ před propuštěním:

Váha: 82 kg BMI: 23 TK: 120/75 P: 65´ D:16/min T:36,8

Barthel test: 91 bodů- mírně nesoběstačný

Řešení sociální situace:

V rámci sociálního poradenství, zajištění a poskytování sociálních služeb byl navázán kontakt a spolupráce s rodinnými příslušníky (přítelkyně), provedeno sociální šetření u lůžka, poradenské služby klientům a rodinným příslušníkům (informace o možnostech klienta, podání informací rodinným příslušníkům), zpracování a podání žádosti o zvýšení příspěvku na péči, zpracování a podání žádosti o příspěvek na opravy automobilu, zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (Zelená Hvězda zdravotnická prodejna), zajištění služeb agentury domácí péče a pečovatelské služby – možnost návratu do domácího prostředí (Městská charita Č.B.), klientovi byl v rámci sociálního poradenství zprostředkován kontakt na školicí centrum, které pořádá kurzy práce na PC o které klient projevil zájem (NSTS).

KLIENT 5

Hospitalizace na ONP od 29.1. 09 do 12.4. 10 (73 dnů)

K. J.

Věk: 87 let

Muž

Rodinná anamnéza:

Otec i matka zemřeli. Ženatý, má dvě dcery. Alkohol nepije. Nekuřák. Alergie neudává.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracoval jako řidič v ČSAD, nyní starobní důchodce.

Sociální anamnéza

Bydlí s manželkou v rodinném domku. V domě bariérové prostředí (cca 8 schodů do zvýšeného přízemí). Má dvě dcery se kterými se vídá jen příležitostně. Doposud byl

celkem soběstačný, chůze byl schopen s 1 francouzskou holí, pobíral příspěvek na péči 1. stupně, žádost do DPS podanou neměl.

Hlavní diagnóza:

Z 89.6 stav po amputaci nad kolenem PDK pro gangrenu

Diagnózy v anamnéze:

E 10.5 Diabetes Melitus s mnohočetnými komplikacemi (diab. angiopatie-gangrena PDK, stav po amputaci)

Z 54.8 rekonvalescence po jiné léčbě-st. po amputaci PDK

Z 89.6 stav po amputaci nad kolenem PDK pro gangrenu

I 10 hypertenzní choroba 3. stupně, korigovaná léčbou

I 69.4 stav po recidivujících CMP, drobná TIA s přechodnou fatickou poruchou

I 65.2 okluze a stenóza ACI, stent 3.7. 08

N 18.8 jiné chronické selhání ledvin

M 15.8 jiná polyartróza

Z 90.4 stav po cholecistektomii

H 91.1 presbyakusie – stařecká nedoslýchavost

L 89.1 dekubitální vřed 3. stupně na hýždích

I 67.2 mozková ateroskleróza

I 25.9 chron. ICHS, kompenzovaná

E 10.5 DM závislý na insulínu

Klasifikace dle ICF:

s4109.3 (struktura kardiiovaskulárního systému, těžká nespecifická porucha).

s4100.288 (srdce, středně těžká nespecifická porucha).

s75018.311 (dolní končetina, těžká specifická porucha, úplná ztráta, vpravo).

b28015.2 (vnímání bolesti v dolní končetině, středně těžká porucha).

b820.3 regenerační funkce kůže, těžká porucha (dekubit v sakrální oblasti).

b2304.3 poruchy sluchových funkcí, těžká porucha porozumění řeči

d4106.34 (stabilizace tělesného centra proti gravitaci, těžké obtíže ve výkonu (používá při stožení chodítko, úplné obtíže v kapacitě (pokud nebude mít chodítko nebude schopen stojet)).

d4200.34 (přesun vlastní osoby v pozici sed, těžké obtíže ve výkonu (nemá polohovací lůžko, nevyhovující vozík, chybí madlo) úplné obtíže v kapacitě (bez výrazné dopomoci druhé osoby je přesunu neschopen).

d5300.3 (sebeobsluha, regulace močení (katetr) těžké obtíže ve výkonu-limitace bolestí, psychickým stavem, dezorientací v prostoru, poruchy zraku.

d5301 sebeobsluha, regulace defekace (mísa) těžké obtíže ve výkonu-limitace bolestí, psychickým stavem, dezorientací v prostoru, poruchy zraku.

d5701.23 dodržování léčebného režimu (dieta), střední obtíže nedodrží dietní režim, těžké obtíže nutný dohled a kontrola personálem

d6600.43 asistence při sebeobsluze druhé osoby (toaleta) úplné obtíže ve výkonu nezvládá i v bezbarierovém prostředí přesun na toaletu střední obtíže v kapacitě (bez výrazné dopomoci druhé osoby je přesunu neschopen).

d7601.3 (vztahy v rodině (děti-rodice) - péče dětí o staré rodiče, těžké obtíže (s dcerami se vídá pouze příležitostně).

e1101+3 (vysoká facilitace prostřednictvím léků (je kardiak a diabetik, kdyby neužíval léky tak může dojít např. k srdečnímu selhání, diabetickému komatu).

e1151.2 (pomocné produkty a technologie pro osobní užívání v denním životě (vozík) střední bariéra).

e1152.3 (těžká bariéra týkající se konstrukce budov (8 schodů do domu, prahy, nerovný terén kolem domu).

Farmakoterapie:

Tratit, Novomix , Oxyphyllin, Prestarium combi, Dioxin, Anopyrin, Ranital, Furon, Cilkanol, Thyrosol, Tiapridal, Duphalac

Příjem stravy:

Dieta 9 - diabetická (225 g sacharidů)

Prodělaná vyšetření:

Klinická vyšetření, Mikrobiologická vyšetření, EKG, RTG, Doppler UZ, CT angiografie

Průběh hospitalizace:

4.1. 2010 příjem na chirurgické ambulanci

Klient přichází na chirurgickou ambulanci z důvodu počínající diabetické flegmóny na nártu PDK s mírnou hnisavou sekrecí. Zarudnutí sahalo od 3. meziprstí až po nárt, povrch končetiny chladný, bledý. Léčba ambulantní, řešeno převazem Betadinu, dochází denně.

10.1. 2010 přijat na oddělení chirurgie

Klient přijat na oddělení chirurgie z důvodu gangrény 3. a 4. prstu PDK s flegmónou. Léčba augmentinem, došlo k přechodnému ústupu flegmóny, později opět došlo k progresy. 14.1.2010 provedena amputace ve stehně pro diabetickou gangrenu PDK. Pahýl se hojí bez komplikací. Klient udává výrazné bolesti při pohybu, či dotyku, v klidu jsou bolesti jen mírné. V pooperační průběhu došlo k drobné TIA s přechodnou fatickou poruchou, akutní CT vyšetření mozku prokázalo nález těžké mozkové atrofie.

29.1. 2010 přijat na oddělení následné péče

Klient přijat na oddělení následné péče pro stav po vysoké amputaci PDK z důvodu doléčení a následné rehabilitace.

Stav při přijetí

Klient je mírně dušný, udává vertigo spíše v závislosti na změně polohy. Pahýl se hojí bez komplikací, bolesti udává pouze v závislosti na změně polohy či pohybu. Udává rovněž drobné parestezie v PDK. Klient je inkontinentní, zaveden permanentní močový katétr, nyní imobilní, schopen pouze samostatného pohybu na lůžku, vertikalizaci do sedu zvládá pouze s dopomocí druhé osoby. Klient trpí nedoslýchavostí,

používá brýle-krátkozrakost. Psychický stav klienta ovlivněn mírnou demencí, depresiemi, je hůře orientován v prostoru a čase, to vše se odráží ve spolupráci klienta a jeho přístupu k terapii.

Funkční hodnocení při přijetí:

Váha: 56 kg BMI: 22 TK: 165/80 P: 64´ D:14/min T:36,2 st.

Barthel test: 42 bodů- středně nesoběstačný

29.1. 09 – 29.4. 10 Klient hospitalizován na oddělení ONP.

Během pobytu se stav klienta jen pozvolna zlepšoval. Pocity nejistoty, dezorientace a občasné deprese a negativistický či pasivní přístup klienta k léčbě negativně ovlivňovali terapii, zejména rehabilitační složku. V důsledku vhodně zvolené léčby a pravidelné ošetrovatelské péče se pahýl zhojil bez komplikací, dekubitální vřed byl zhojen částečně. Pahýl byl i v rámci manuální terapie pravidelně otužován, otláčován a formován elastickým návlekm.

Během hospitalizace byla zajištěna i odborná lékařská péče psychologa, internisty a chirurga, protetika. Klient byl vybaven invalidním vozíkem s antidekubitární podložkou.

V průběhu fyzioterapie klient absolvoval kondiční a dechová cvičení se zaměřením na zvýšení celkové svalové síly, hybnosti a soběstačnosti. V krátkodobém rehabilitačním plánu v rámci fyzioterapie a ergoterapie bylo zaměřeno na získání dovedností při sebeobsluze, nácviku samostatné vertikalizace, užívání kompenzačních pomůcek, nácviku mobility na vozíku. V dlouhodobém rehabilitačním plánu jsme bylo zaměřeno na sebeobsluhu při nasazování protézy a její ovládní, nácvik vertikalizace do stoje s protézou, nácvik stability stoje a chůze v chodítku. Stoje a chůze o 2 francouzských berlích není schopen.

Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou klienta nebyla i přes vstřícnost a profesionální přístup příliš úspěšná. V řešení sociální situace klienta bylo dosaženo dílčích úspěchů.

29.4. 2010 byla klient propuštěn a přeložen do DPS Dobrá Voda v Českých Budějovicích.

Závěrečné zhodnocení:

Klient byl před propuštěním schopen samostatného přesunu na vozík a mobility v něm, přesuny na toaletu zvládal samostatně pouze s dohledem druhé osoby.

Nasazování protézy zvládal spíše s mírnou dopomocí druhé osoby, chůze byl schopen pouze v chodítku na kratší vzdálenost, neboť byl limitován dušností. Bohužel chůzi o 2 francouzských berlích nezvládl a navíc jí odmítal z důvodu obav z eventuelního pádu.

Doposud žil s manželkou v rodinném domku. V domě jsou přítomny bariéry (osm schodů u vchodu do domu, prahy, nerovný terén kolem domu...). Vzhledem k věku klienta, jeho zdravotnímu stavu, míře soběstačnosti, zdravotnímu stavu jeho manželky a nezájmu dcer se návrat do domácího prostředí jeví velmi náročný a nereálný. Klient s umístěním do DPS Dobrá Voda souhlasil.

Funkční hodnocení před propuštěním:

Váha: 55 kg BMI: 22 TK: 165/65 P: 70´ D:16/min T:36,8

Barthel test: 47 bodů- středně nesoběstačný

Řešení sociální situace:

V rámci sociálního poradenství, zajištění a poskytování sociálních služeb byl navázán kontakt a spolupráce s rodinnými příslušníky (manželka), provedeno sociální šetření u lůžka, poradenské služby klientům a rodinným příslušníkům (informace o možnostech klienta, podání informací rodinným příslušníkům), zpracování a podání žádosti do DPS Dobrá Voda, sepsání a podání žádosti o zvýšení příspěvku na péči, zpracování podkladů, včetně zajištění fotografie a podání žádosti o průkaz ZTP/P, zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (DMA, Ortoservis zdravotnická prodejna).

4.1.2 Multidisciplinární tým na ONP tvoří:

Lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelky, fyzioterapeut, sociální pracovnice

Služby :

odborná lékařská péče

odborná zdravotní a ošetřovatelská péče

odborná rehabilitační péče – fyzioterapie, ergoterapie

sociální poradenství

služby sociální péče

Lékař prováděl tyto výkony :

-nepřetržitá lékařská péče

-lékařské výkony v oboru geriatrie a interna (zavádění katetrů, medikace, vedení dokumentace, zajištění odborných vyšetření, spolupráce s konziliárními lékaři (psycholog, chirurg, protetik, rehabilitační lékař) a spolupráce s dalšími specialisty.

-pravidelné denní vizity

-primářské vizity

Fyzioterapeut prováděl tyto výkony :

- kondiční léčebná tělesná výchova
- respirační fyzioterapie
- cévní gymnastika
- polohování (prevence kontraktur)
- aplikace manuálních technik (otužování a formování pahýlu, péče o jizvu)
- senzomotorická stimulace (stimulační pomůcky, labilní plochy)
- nácvik vertikalizace a stabilizace (sed, stoj)
- nácvik chůze s protézou včetně užití speciálních pomůcek (berle, chodítko, bradlový chodník)
- manuelní lymfodrenáže včetně speciálních bandáží
- nácvik sebeobsluhy (zejména aplikace a užívání protézy)
- nácvik užívání vhodných kompenzačních pomůcek (madla, podavače....)
- testing (goniometrický a svalový test)

Ergoterapeut prováděl tyto výkony :

- testing (FIM test, BI...)
- odborné poradenství (invalidní vozík, kompenzační pomůcky...)

Zdravotní sestry a ošetřovatelky prováděly tyto výkony :

- aplikace léků a injekcí
- odběr biologického materiálu
- monitorování tlaku krve a glykémie
- aplikace infúzí
- převazy
- ošetřování ran a kožních defektů moderními převazovými materiály
- prevence infekcí
- prevence proleženin a kontraktur polohováním
- dietoterapie - léčba pomocí odborně sestavených diet
- rehabilitační ošetřovatelství
- klysmatická léčba
- dopomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc a podpora při podávání jídla a pití
- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
- pomoc a asistence při úkonech osobní hygieny
- testing denních činností (ADL)

Sociální pracovnice prováděla tyto výkony

- základní poradenství (podávání informací klientovi i rodinným příslušníkům o aktuální situaci a možnostech řešení klientovi situace)
- navázání spolupráce s rodinou klienta
- odborné poradenství (příspěvek na péči, příspěvek na bezbarierové úpravy domu, bytu, příspěvek na úpravy a opravy automobilu ...)
- sociální šetření
- pomoc při prosazování práv a zájmů (žádost do Domova s pečovatelskou službou Chvalkov, DPS Dobrá Voda, žádost o přiznání výhod ZTP)
- poskytování informací a zajišťování služeb (služby agentur domácí péče, bezbariérové bydlení, prodejny kompenzačních pomůcek....)

5 DISKUSE

Někteří lékaři a ostatní pracovníci ve zdravotnictví si již dlouho uvědomují, že totéž onemocnění, úraz nebo vrozená vada, respektive diagnóza může mít velmi různorodé následky a naopak tentýž následek může být zapříčiněn různými diagnózami. Čím úspěšnější je moderní medicína, tím narůstá množství problémů, a tedy se zvyšuje počet pacientů, kterým zůstanou následky onemocnění, úrazů nebo vrozených vad.

V našem současném systému zdravotnictví stále ještě však převládá hodnocení klientů dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Klient přestává být vnímán jako jedinečná lidská bytost a je stále vnímán jako diagnóza. Člověk se stává pouhým číslem a automaticky nastupuje péče striktně dle diagnózy v zaběhnutém systému, bez ohledu na rozdílnost stavu klienta - jeho schopnostech, úrovni funkcí, schopnostech umožňujících soběstačnost, smysl pro realitu, pohyb, myšlení, orientaci místem a časem... . ICF však na rozdíl od MKN je zaměřena právě na hodnocení úrovně a kvality zachovalých funkcí a tudíž celkové úrovně soběstačnosti a samostatnosti. ICF dává možnost na rozdíl od MKN posoudit reálně vývoj klientovo situaci do budoucna. Tím je myšleno zda klient je či bude schopen chodit a následně dává možnosti, kam a k jakým odborníkům klienta doporučit. Díky hodnocení ICF poskytnout informace o schopnostech klienta, o jeho zázemí, perspektivě a nejen o diagnóze, avšak to vyžaduje znalost odborníků klasifikace dle ICF, která zatím v celé české republice je mizivá.

Tým odborníků na ONP dle MKN sice spolupracuje, ale přebere jen číslo diagnózy a zaobírá se jen v tom svém úseku péče, komunikace tu sice je, ale je nedostatečná. Složky péče neví a neznají úroveň schopností klienta, proto se v něčem navzájem kryjí, místo aby se doplňovaly. Buď se nevhodným způsobem supluje fyzioterapie, ošetrovatelská péče a rehabilitační ošetrovatelství, nebo se překrývají, neznají schopnosti klienta, nemají představu o cíli a perspektivě vývoje. Komunikují uzavřeně jen dle diagnóz a nepředávají si komplexní informace.

Výzkumná část mé bakalářské práce toto tvrzení potvrdila. Sice na ONP v Českých Budějovicích částečně funguje komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu, ale závisí opravdu na jednotlivcích jak dokáží, možná i jak moc chtějí mezi sebou komunikovat.

U všech pacientů byla zapojena i rodina. Každý klient během pobytu na ONP rehabilitoval. Služeb sociální pracovnice využili všichni klienti. Jeden klient jen okrajově, i přes veškerou snahu a profesionalitu sociální pracovnice spolupráce vážla.

Stále se však na klienta dívá jako na diagnózu. Nejsou zohledněny schopnosti klienta. S tím souvisí i kvalita poskytované péče. Pokud budou zohledněny schopnosti klienta, bude jiná kvalita a celkově se klient v širším kontextu v rámci ucelené rehabilitace bude lépe a rychleji vracet do svého prostředí. Důležitá je však spolupráce všech složek týmu včetně klienta, jeho rodiny a návazných služeb, jako je pečovatelská služba aj.

Na realizaci komprehenzivního rehabilitačního plánu by se měl podílet celý multidisciplinární tým. Na ONP v Českých Budějovicích chybí v multidisciplinárním týmu ergoterapeut, fyzioterapeut ho částečně supluje, ale nemá úroveň jeho specializace. Fyzioterapeut sice ergoterapeuta v něčem zastane, ale pomůcky klientovi doporučit nemůže. Ostatní členové týmu neznají rozdíl mezi fyzioterapeutem a ergoterapeutem.

Kvalita péče na ONP je na dobré úrovni. Personál na vysoce kvalitní úrovni a podává velice dobrý výkon i přes řadu negativních faktorů. Tím je myšleno finanční podhodnocení personálu, nedostatek personálu, hlavně mužské složky. Stále chybí pomocné technické vybavení, kterým by se personálu ulehčila práce s klienty (zvedáky, transportery, špatné nebo zastaralé vozíky, kompenzační pomůcky ...). Je opomíjena i psychická stránka personálu. Neexistuje péče o personál ve smyslu prevence syndromu vyhoření. Kvalitní péče zde závisí hlavně na úrovni kolektivu, na vztazích a míře spolupráce.

6 ZÁVĚR

Mezinárodní klasifikace funkčnosti (ICF) byla vyvinuta jako víceúčelová klasifikace pro různé disciplíny a oblasti využití. Její specifické cíle lze charakterizovat tak, že dodává vědecké základy pro porozumění a studium stavu zdraví a stavů se zdravím souvisejícím, účinků a determinant, dává k dispozici společnou řeč pro popis stavu zdraví a stavů se zdravím souvisejícím, aby se zlepšila komunikace mezi různými uživateli, jako odborníky ve zdravotnictví, vědci, politiky a veřejností, včetně osob s postižením, umožňuje srovnání dat mezi zeměmi, obory ve zdravotnictví, zdravotnických službách i v průběhu času a poskytuje systematický systém kódování pro zdravotnické systémy.

Ucelená rehabilitace se stává nepostradatelnou složkou naší společnosti. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe a také komplexnost. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života očekávanou kvalitou. Součástí ucelené rehabilitace je také aktivní přístup zdravotně postižených ve snaze zapojit se do běžného života.

ICF je klasifikace, která se používá v zahraničí v systému zdravotního pojištění např. pokud se pacient objektivně zlepšuje v oblasti aktivit denních činností, pojišťovna hradí rehabilitaci, v systému ošetrovatelské péče např. k vytvoření standardů a na jejich základě i financování těchto služeb, v oblasti objektivního hodnocení a definice zdravotního postižení, v oblasti objektivizace potřebných technických pomůcek, ale i v oblastech mimo zdravotnictví např. v pojišťovnictví, sociálním zabezpečení, v pracovním zařazení, vzdělávání, ekonomice, sociální politice a v celkovém legislativním rozvoji a v modifikaci prostředí.

Bohužel se systém kódování dle ICF v ČR stále nepoužívá. Řádně vyškolených odborníků profesionálů je velice málo v řádu jedinců. Tento systém je dá se říci novátorský. Hodnotí funkční schopnosti a testuje zbylé funkce jedinců s handicapem. Zavedení tohoto systému bych směle přirovnal k pokrokovým operativním postupům v chirurgii. Velice důležitá je provázanost jednotlivých složek systému, dobrá znalost kódování, znalost kompetencí odborníků v rámci multidisciplinárního týmu a vzájemná profesionální spolupráce. Zavedení tohoto systému v ČR by jistě znamenalo výrazné finanční a administrativní zatížení a v současném stavu našeho zdravotnictví se jeví

blízká realizace opravdu nerealisticky. Tomuto systému lze vytknout jistou náročnost a složitost na pochopení a provedení, ale závěrečný přínos, kde jednotlivé kódy charakterizují daného klienta jako jedinečnou osobnost, včetně jeho funkcí, schopností a následných možností je z hlediska potřebných informací pro odborníky pracující v multidisciplinárním týmu takřka nedocenitelný.

V praktické části této práce jsou zpracovány kasuistiky včetně ukázek kódování v systému ICF. Jistě by stálo za zamyšlení, zda a v jaké míře by byla ovlivněna péče o klienty na Oddělení následné péče pokud by byli všichni členové multidisciplinárního týmu řádně proškoleni v systému klasifikace dle ICF a bylo jim umožněno v tomto systému ve smyslu ucelené rehabilitace pracovat.

Tato práce může sloužit jako návrh ke zkvalitnění spolupráce mezi jednotlivými složkami multidisciplinárního týmu na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s.

Rovněž může být použita jako podpůrné edukační materiály v rámci výuky předmětu Ucelená rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě.

7 SEZNAM LITERATURY

1. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0139-7.
2. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1990. 1. vyd. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
4. HÁTLOVÁ, B. - SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha : Triton, 2005. 1. vyd. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
5. ICF. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf, WHO, 2005.
6. INFORMATIONSBLETT STIFTUNG REHABILITATION HEIDELBERG: Die Stiftung und ihre Einrichtungen. In MAERTENS 1992.
7. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva, World Health Organisation, 1980. In Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize, Praha: 1992.
8. *International Classification of Functioning Disability and Health - ICF*. World Health Organisation: 2001. ISBN 92 4 154542 9.
9. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 196 s. ISBN 80-7254-192-7.
10. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
11. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava : ZSF OU v Ostravě, 2006. 1. vyd. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
12. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
13. JESENSKÝ, J. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: UK, 1995a.
14. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: UK, 1995b.
15. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
16. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. 1. vyd. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

17. KALVACH, Z et al.. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
18. KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A.: *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
19. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 2002. ISBN 80-7235-023-4.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 1. vyd. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
21. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování. (WHO, ICD-10) SZO, Ženeva. Praha: Psychiatrické centrum, 1992.
22. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování, popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992.
23. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování, diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
24. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize*: Praha: ÚIV 1992.
25. *Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia - MKF*. Preklad z angličtiny do slovenštiny. Bratislava: EKOVYS, 2003. ISBN 80-968689-1-8.
26. MINIBERGEROVÁ, L. - DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů., 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
27. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce*. Brno: MU, 2004b. ISBN 80-210-3323-1.
28. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : MU, 2004. 1. vyd. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
29. PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. opravené vydání. Praha: Akademické nakladatelství CERM, 2003, 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
30. PFEIFFER, J. a kol. *Rehabilitace: léčebné, pracovní a sociální aspekty*. Praha : SPN, 1989. 249 s.
31. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
32. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2004. 1.vyd.435 s. ISBN 80-7178-829-5.

33. ŠOTOLOVÁ, M., Nemocnice České Budějovice a.s., 1.vyd. České Budějovice: Protisk, 2006. 68 str., ISBN neuved.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha : Portál, 2007. 461 s. 1. vyd. ISBN 978-80-246-1318-5.
35. VÍTEK, J. - VÍTKOVÁ, M. Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví. International Classification of Functioning, Disability and Health. in VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I., Education of Pupils with Special Educational Needs I*. Brno: Paido, 2007, s. 75-84. ISBN 978-80-7315-163-8.
36. VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno: MU, 1998a: ISBN 80-210-1953-0.
37. VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998b. ISBN 80-85931-51-6.
38. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
39. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha : Karolinum, 2003. 1. vyd. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
40. ZEMAN, M. *Uživatelská příručka: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disabilit a zdraví ICF* . vyd 1. České Budějovice : Grantová agentura ZSF JCU, 2009. 12 s.

Internetové zdroje a další zdroje

who. Icfbrowser [online]. 2009 [cit. 2010-04-15]. Who.int/classifications. Dostupné z www: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>.

Pracovní rehabilitace [online]. Ministerstvo práce sociálních věcí, Dostupné na www: www.mpsv.cz

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. [online], Business Center, Dostupné na www: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/>

Zákon č. 180/2006 Sb., o sociálních službách. [online], Nakladatelství ekonomické a právní literatury Ostrava. Dostupné na www:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>

Rovné zacházení. [online] MPSV, [cit. 10.10.2009]. Dostupné na www:

<http://www.mpsv.cz/fites/clanky/2919/262-2006.pdf>

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením [online]. Dostupné na www:

<http://www.mpsv.cz/cs/8>

Bílá kniha. [online], MŠMT ČR, Dostupné na www:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/bila-kniha-narodni-program-rozvoje-vzdelavani-v-ceske-republice-formuje-vladni-strategii-v-oblasti-vzdelavani-strategie-odrazi-celospolecenske-zajmy-a-dava-konkretni-podnety-k-praci-skol>

Národní program přípravy na stárnutí Ministerstva práce a sociálních věcí ČR [cit. 8. 10. 2009] Dostupné na WWW: www.mpsv.cz

Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů [cit. 22. 11. 2009] Dostupné na WWW: www.nrzp.cz/komise-nrzp-cr-propripravu-zakona-o-ucelene-rehabilitaci

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [cit. 18. 2. 2009] Dostupné na WWW: www.mpsv.cz

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [cit. 1. 12. 2009] Dostupné na WWW: www.mpsv.cz

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [cit. 18. 12. 2009] Dostupné na WWW: www.mpsv.cz

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví

Mezinárodní klasifikace nemocí

Multidisciplinární tým

Ucelená rehabilitace

9 PŘÍLOHY

Příloha 1

Test Barthelové

Činnost	Skóre	Popis
Příjem potravy	10	Soběstačný. Umí použít příbor nebo pomůcky, přijímá potravu v přiměřeném čase.
	5	Potřebuje pomoc (např. nakrájet jídlo).
Koupání	5	Dokáže bez pomoci.
Péče o zevnějšek	5	Myje si obličej, češe si vlasy, čistí si zuby, holí se (u elektrického strojek zvládne zástrčku).
Oblékání	10	Soběstačný. Obuje si boty, ovládá zipové uzávěry, zapne sponky.
	5	Potřebuje pomoc, alespoň polovinu činností dokáže v přiměřeném čase.
Ovládání konečníku	10	Není inkontinentní. V případě potřeby umí použít čípek nebo klyzma.
	5	Občas problémy nebo potřebuje pomoc s podáním čípku nebo klyzmatu.
Ovládání močení	10	Bez problémů. V případě potřeby umí sám použít pomůcky ke sběru moči.
	5	Občas problémy nebo potřebuje pomoci s pomůckami.
Přesun WC	10	Soběstačný včetně použití podložní mísy. Nepotřebuje pomoc při úpravě oděvu, sám se dokáže očistit, utřít, umýt.
	5	Potřebuje pomoc pro nestabilitu, potřebuje pomoci při úpravě oděvu, utírání nebo s toaletním papírem.
Přesun postel – židle	15	Soběstačný. Umí u vozíku použít brzdy a nožní podpěrky.
	10	Minimální pomoc nebo dohled.
	5	Dokáže se posadit, při přesunech však potřebuje maximální pomoc.
Lokomoce	15	Dojde 50 m samostatně nebo s opěrnými pomůckami (nikoli kolečková chodítka).
	10	Dojde s pomocí 50 m.
	5	Dokáže samostatně dojet ve vozíku 50 m, jen pokud není schopen chůze.
Schody	10	Soběstačný, umí s opěrnými pomůckami.
	5	Potřebuje pomoc nebo dohled.
Celkové skóre (max. 100 bodů)		
Hodnocení	0–40	nesoběstačný
	41–60	středně nesoběstačný
	61–95	mírně nesoběstačný
	96–100	soběstačný

Příloha 2

FIM test – hodnocení funkčního indexu soběstačnosti

HODNOCENÍ FUNKČNÍHO INDEXU SOBĚSTAČNOSTI - profil FIM -					
Činnost	Skóre	Popis			
Osobní péče	A	Jídlo			
	B	Péče o zevnějšek			
	C	Koupání			
	D	Oblékání – horní končetiny, trup			
	E	Oblékání – dolní končetiny			
	F	Intimní hygiena			
Kontinence	G	Kontinence – močový měchýř			
	H	Kontinence – konečník			
Přesuny	I	Lůžko, židle, vozík			
	J	WC			
	K	Vana, spreha			
Lokomoce	L	Chůze/vozík:	chůze	vozík	obojí
	M	Schody			
Pohybová dovednost:	součet (max. 91 bodů)				
Komunikace	N	Chápání:	audio	video	obojí
	O	Vyjadřování:	verb.	neverb.	obojí
Sociální aspekty	P	Sociální kontakt			
	Q	Řešení problémů			
	R	Paměť			
Psychické funkce:	součet (max. 35 bodů)				
CELKOVÉ SKÓRE:	součet (max. 126 bodů)				
Hodnocení					
Nezávislost (bez pomoci)	7	plná soběstačnost (opakovaně)			
	6	částečná soběstačnost (pomůcka)			
Částečná závislost (s pomocí)	5	potřebný dohled			
	4	minimální pomoc (nemocný = 75% +)			
	3	střední pomoc (nemocný = 50% +)			
Plná závislost (s pomocí)	2	výrazná pomoc (nemocný = 25% +)			
	1	plná pomoc (nemocný = 0% +)			

Příloha 4

Ukázka léčebné rehabilitace a rehabilitačního programu, který je zajištěn v rámci Rehabilitačního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Rehabilitační program se dělí na úsek *individuální léčebné rehabilitace*, na úsek *ergoterapie*, *vodoléčby* a na úsek *skupinového cvičení*. Kromě ordinované rehabilitace speciálními metodikami (Vojtova, Bobathových) poskytuje rehabilitační oddělení následující procedury, které doplňují komplexní rehabilitační péči:

- magnetoterapie
- elektroléčba
- vodoléčba
- lavatherm (prohřívání svalů a šlach)
- infralampu
- pohyblivý elektrický chodník pro nácvik správného stereotypu chůze
- elektrické bicykly sloužící k posilování svalů horních i dolních končetin u těžce imobilních pacientů
- rotopedy - bicykly pro posilování svalů u zdatnějších dětí
- didaktické a terapeutické pomůcky zlepšující jemnou motoriku
- masážní polštáře a ruční masírovací strojky
-

Součástí komplexní péče je **ergoterapie** zaměřená na nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti.

Rehabilitační oddělení slouží také jako **školicí pracoviště** pro vyšší a bakalářské studium fyzioterapeutů.