

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

„PRAKTICKÁ APLIKACE ICF“

Disertační práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Obor: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Kateřina Svěcená

Školitel: Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D.

České Budějovice, 2014

Abstrakt

Název práce: **Praktická aplikace ICF**

Česká republika se snaží v souvislosti s doporučeními rady Evropy a Evropské komise aplikovat některé změny při pokračování v procesu deinstitutionalizace. V České republice byly během transformace systému sociálního zabezpečení vytvořeny tři základní pilíře, a to systém sociálního zabezpečení, systém státní sociální podpory a systém sociální pomoci. Problémem však zůstává provázanost zdravotnických a sociálních složek. Tento fakt se týká i rehabilitace, která není koordinovaná a provázaná a její fáze zasahují do zdravotnické i sociální oblasti. Nástrojem, který může přispět pro zlepšení koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Tato klasifikace zajistí také komunikaci v rámci interprofesního rehabilitačního týmu.

Cílem výzkumu této práce je zjistit praktickou využitelnost Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v zdravotně sociálních službách, v oblasti předpisů, které upravují přiznání nároku na tzv. „zvláštní pomůcky“, tedy Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhlášky č. 388/2011, ve znění pozdějších předpisů. Pro účely studie bylo vybráno 30 klientů, kteří absolvovali čtyřtýdenní pobyt v denním rehabilitačním stacionáři Kliniky rehabilitačního lékařství. Klienti byli hodnoceni pomocí MKF v oblasti aktivit a participací, testem Funkční míry nezávislosti a Funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure, FIM+FAM), dotazníkem kvality života WHO Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II). U všech klientů bylo provedeno ergoterapeutické vyšetření a následně proběhla domácí návštěva ergoterapeuta v klientově přirozeném domácím prostředí. Klienti byli opětovně hodnoceni a klasifikováni rok po ukončení stacionáře pomocí stejných testů, tedy v době, kdy získali „zvláštní pomůcky“.

Získané výsledky potvrdily praktickou využitelnost Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v sociální oblasti, konkrétně Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhláška č. 388/2011, ve znění pozdějších předpisů.

Klíčová slova: mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, zvláštní pomůcky, aktivity, participace, faktory prostředí, kvalita života, facilitátory a bariéry, funkční stav

Abstract

Title of the thesis: **Practical Application of ICF**

In accordance with the recommendations of the Council of Europe and the European Commission, the Czech Republic is attempting to introduce certain changes in order to continue the deinstitutionalisation process. During the transformation of the social system of support and services, three pillars were established in the Czech Republic: a social benefit system, a state social support system and a social services system. A remaining issue, however, is the cooperation between the health and social system. Tools of rehabilitation also are not coordinated or coherent as the health and social system. A tool that could help improve the coordination between health and social services is the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This classification will also help with communication as a common language in interprofessional rehabilitation team.

The research objective of our thesis is to investigate the practical applicability of ICF in health and social services in the field of regulations governing entitlement to “special aids”, i.e. Act No. 329/2011 and Decree No. 388/2011, as amended. For the purposes of this study, thirty clients were selected for a four-week stay in the rehabilitation day care centre in the Department of Rehabilitation Medicine. Occupational therapists classified by ICF in the field of activities and participations, the Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure (FIM+FAM) test and the quality of life questionnaire WHO Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II). After admission to the day centre was done to all clients occupational therapy examination and evaluation of the flat. The clients were re-evaluated and classified with the same tests one year after discharge of day care. They obtained “special aids” in this period of time.

The results confirmed the practical applicability of ICF in the social area, in particular of Act No. 329/2011 and Decree No. 388/2011, as amended.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, special aids, activities, participation, environmental factors, quality of life, facilitators and barriers, functional status

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 21.7.2014

.....

Mgr. Kateřina Svěcená

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat školitelce disertační práce, paní Doc. MUDr. Olze Švestkové, Ph.D. za trpělivé vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a další podněty a náměty k mé práci.

Dále bych chtěla poděkovat paní Ing. Aleně Dohnalové za pomoc při statistickém zpracování výsledků této práce.

Děkuji též své rodině i kolegům za trpělivost během náročného období při závěrečném zpracování doktorské práce.

V životě, stejně jako v komedii, nezáleží na délce, ale na dobrém provedení.

Lucius Annaeus Seneca

Obsah:

1	Teoretická část	8
1.1	Rehabilitace a její modely	8
1.2	Vývoj Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví ..	15
1.3	Základní koncepce a principy Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	19
1.4	Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro děti a mládež (International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth version).....	29
1.5	Nástroje pro praktické využití Mezinárodní klasifikace funkčního zdraví, disability a zdraví v klinické praxi	31
1.6	Praktické využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v zahraničí.	35
1.6.1	6. rámcový projekt Evropské Unie „Measuring Health and Disability in Europe; supporting policy development - MHADIE“	39
1.6.2	Studie Brunellovy Univerzity	41
1.7	Stávající využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v sociální legislativě České republiky	42
1.7.1	Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování příspěvku na péči	43
1.7.2	Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování a posuzování invalidity.....	49
1.7.3	Možnost využití mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování příspěvku na mobilitu a zvláštní pomůcku.....	51
2	Výzkumná část	56
2.1	Cíl práce a hypotézy	56
2.2	Metodika	57
2.2.1	Výběr výzkumného vzorku	59
2.2.1.1	Kritéria pro vstup do studie.....	59
2.2.1.2	Kritéria vylučující účast na studii	59
2.2.2	Použité výzkumné nástroje	60
2.2.2.1	Rozhovor, pozorování a ergoterapeutické vyšetření.....	60
2.2.2.2	Hodnocení domácí návštěvy	62
2.2.3	Praktické použití konkrétních domén Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví ve studii	64
2.2.4	Praktické použití testu Funkční míra nezávislosti a Funkční míra hodnocení ve studii	65
2.2.5	Praktické použití subjektivního dotazníku kvality života World Health Organization Disability Assessment Schedule II.....	66
2.3	Výsledky	66
2.3.1	Základní demografické údaje vybraného souboru	66
2.3.2	Analýza dat, statistické zpracování	72
2.3.3	Statisticky zpracované výsledky: Porovnávání výkonu (V1) a kapacity (K1) u vybraných domén u jednotlivých klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři	73

2.3.4	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich kapacity (K2) v čase 2, tedy jeden rok poté	87
2.3.5	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K2) a výkonu (V2) u vybraných domén u klientů v čase 2, tedy jeden rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři	93
2.3.6	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výkonu (V1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich výkonu (V2) v čase 2, tedy jeden rok poté	107
2.3.7	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání facilitátorů v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři a porovnání bariér v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři	114
2.3.8	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výsledků testu Funkční míry nezávislosti a Funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure a Functional Assessment Measure – F1) u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři a tohoto hodnocení (F2) v čase 2, tedy po 1 roce od ukončení jejich pobytu v denním stacionáři...	117
2.3.9	Statisticky zpracované výsledky: Porovnání dotazníku kvality života WHO DAS II (W1) v čase 1, tedy v době pobytu klientů v denním stacionáři a tohoto dotazníku (W2) v čase 2, tedy 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři	129
3	Diskuse.....	144
4	Závěr	169
5	Seznam použitých zdrojů	171
6	Klíčová slova.....	182
7	Seznam zkratk	183
8	Seznam tabulek	185
9	Seznam grafů.....	186
10	Seznam obrázků	190
11	Přílohy.....	191

Úvod

V České republice pokračuje deinstitucionalizace ve zdravotně sociální oblasti velice pomalu. Podle doporučení Evropské komise i Rady Evropy se iniciují změny, jejichž cílem je pomáhat lidem s disabilitou (postižením) k dosažení optimální kvality života v jejich domácím prostředí. Pokud to není možné, pak je nutné zajistit jejich důstojný život v domově sociální péče nebo v jiném podobném rezidenčním zařízení, které by mělo být co nejbližší jejich domovu. Mezi důležité kroky, které deinstitucionalizaci mohou pomoci, je vytvoření systému návaznosti zdravotně sociálních služeb a dávek tak, aby člověk s disabilitou mohl co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí. Návaznost zdravotně sociálních služeb a dávek by měla být implementována do české legislativy tak, aby inkluze občanů s disabilitou byla jednou z priorit sociální politiky státu, jak to doporučuje Evropská komise.

Státní sociální politika je uplatňována prostřednictvím systému sociálního zabezpečení a zaměstnanosti. Sociální zabezpečení je systém náhrady zdrojů a služeb, vedoucí k dosažení sociálního bezpečí a suverenity. Do této kategorie je možné řadit sociální příjmy a sociální služby. V České republice byly během transformace systému sociálního zabezpečení vytvořeny tři základní pilíře:

- systém sociálního zabezpečení,
- systém státní sociální podpory,
- systém sociální pomoci.

(Čeledová et al., 2010)

Zlomovým zákonem v oblasti transformace sociálních služeb byl Zákon č. 108/2006 Sb. V rámci novelizace tohoto zákona byla zřízena dávka pro osoby s disabilitou „Příspěvek na péči“. Od ledna 2012 jsou v účinnosti nové zákony v sociální oblasti Zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, Zákon č. 366/2011 Sb. v platném znění, kterým se mění některé zákony v sociální oblasti (zejména změna posuzování stupně závislosti ve vztahu k lékařské posudkové službě), Vyhláška č. 388/2011 Sb. v platném znění, o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, Vyhláška č. 391/2011 Sb. v platném znění, kterou se mění Vyhláška č. 505/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Tyto zákony a jejich prováděcí vyhlášky by měly pomoci v získání příslušných dávek a sociálních služeb, které jsou individuálně zaměřené dle stupně postižení pacienta po stabilizaci jeho zdravotního stavu. Pro návrat osoby s disabilitou do domácího prostředí je v praxi nezbytné, aby služby zdravotního a sociálního systému byly vzájemně provázané. Systémová provázanost zatím v České republice chybí. Tento zásadní nedostatek by mohl být odstraněn připravovaným zákonem o koordinované rehabilitaci. Často dochází k umístění klienta do rezidenčního zařízení z důvodů absence komunitních sociálních služeb v místě bydliště klienta. Rehabilitace se snaží o obnovu funkcí nebo minimalizaci přímých a nepřímých důsledků onemocnění, úrazů nebo vrozené vady tak, aby pokud možno nevznikla dlouhodobá nebo trvalá disabilita. Rehabilitace je koordinovaný a cílený proces, který se snaží přiblížit a navodit normální prostředí a situace, ve kterých pacient a klient žije. (Švestková O. et al., 2010). V rehabilitaci nacházejí uplatnění odborníci ze zdravotní i sociální oblasti.

Rehabilitace využívá 4 základní prostředky:

1. **Rehabilitace ve zdravotnictví**, která v sobě nese soubor včasných, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k nejvyšší možné funkční zdatnosti a vytvoření podmínek a prostředí pro to, aby bylo možné jí dosáhnout.

2. **Rehabilitace sociální**, kdy člověk s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením provádí nácvik potřebných aktivit, které směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v co nejvyšší možné míře, s cílem dosažení co nejvyššího stupně jeho sociálního začlenění.

3. **Pedagogicko-výchovná rehabilitace**, tento prostředek rehabilitace se snaží dosáhnout u lidí se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a snaží se tak podpořit jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života.

4. **Předpracovní a pracovní rehabilitace**, snaží se umožnit člověku se zdravotním postižením získat a zachovat si vhodné zaměstnání, a tak mu pomoci k zapojení nebo opětovnému návratu do společnosti (Švestková, 2014).

Zdravotnictví spadá pod rezort Ministerstva zdravotnictví, oblast sociální a oblast zaměstnanosti pod rezort Ministerstva práce a sociálních věcí, vzdělávání (které je základním předpokladem pro zaměstnání) spadá pod rezort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Jejich vzájemná součinnost je však stále v České republice

nedostatečná. Často se stává, že osoba s disabilitou a její rodina neví, do kterého rezortu patří služba, kterou potřebuje a neví, jak získat potřebnou dlouhodobou podporu a službu. Dalším problémem zůstává absence nástrojů využívaných pro objektivní hodnocení funkčního stavu osoby s disabilitou, které by mohly pomoci k objektivizaci individuálně potřebných sociálních dávek a služeb. Dosud není v praxi využíván žádný vhodný nástroj, který by pomohl objektivnímu stanovení stupně disability klienta, a který by na základě tohoto zhodnocení mohl určit výši příspěvků a služeb u konkrétních osob. V současné době se mnoho zdravotnických i sociálních odborníků snaží, aby člověk byl brán jako celek. Tedy nejen jeho diagnóza, ale i funkční schopnosti, které má a které facilitátory potřebuje a které bariéry je nutné překonat.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je klasifikace, která využívá bio-psychosociálního modelu. Klasifikuje tělesné funkce a strukturu, tedy vlastně etiologickou diagnózu, ale zároveň také klasifikuje aktivity denního života (kapacitu člověka) a participaci (začleňování do společnosti – výkon člověka) ve spojení s faktory prostředí, které mohou být facilitující nebo bariérové (WHO, 2001). Nové sociální zákony v České republice je možné označit jako facilitátory prostředí, tedy státu, který legislativně podporuje deinstitucionalizaci. Praktické využití této klasifikace začalo po její první publikaci Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapu od World Health Organisation (WHO) v roce 1980, kdy ji nejvíce začaly používat severské státy Evropy (International Classification of Impairments, disabilities and handicaps, 1980). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla přijata Světovým shromážděním zdraví (World Health Assembly) v květnu 2001 (Pfeiffer, Švestková, 2008). Evropská komise a Rada Evropy doporučila používání této klasifikace v komplexní problematice lidí s disabilitou s cílem inkluze do společnosti a její využití i pro starší populaci. Tato klasifikace se dá užitečně aplikovat při studiu systémů zdravotní péče prostřednictvím termínů vyhodnocení a formulování politiky. Praktická aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a její filozofie v České republice je zajištěna v sociální sféře. Například v rámci posuzování nároku na příspěvek na péči je hodnoceno 10 základních aktivit, o kterých informujeme dále v této práci. Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění, přičemž rozděluje příspěvek na péči na 4 stupně, což odpovídá 5 ti stupňové klasifikaci MKF, kdy člověk bez disability je značen číslem 0, což je vlastně první stupeň, tedy člověk, který nemá disabilitu (Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon č. 206/2009 Sb.).

K osobám, u kterých se často výrazně projevují negativní důsledky jejich postižení, disability, patří osoby po poškození mozku (po cévních mozkových příhodách, traumatickém postižení mozku, zánětech a nádorech mozku). Tyto osoby představují svojí četností a závažností značný socio-ekonomický problém ve všech vyspělých státech. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2010 v České republice hospitalizováno 23 589 osob s traumatickým poraněním mozku (nitrolební poranění) a 46 374 osob s cévním onemocněním mozku, viz tabulka 1 (ÚZIS, 2011).

KÓD DG	SKUPINA ZÁKLADNÍCH DG	MUŽI	ŽENY	CELKEM
I60	Subarachnoidální krvácení	398	504	902
I61	Intracerebrální krvácení	1 528	1 306	2 834
I62	Jiné neúrazové intrakraniální krvácení	241	146	387
I63	Mozkový infarkt	9 856	9 614	19 470
I64	Cévní mozková příhoda, neurčená jako krvácení nebo infarkt	4 357	5 081	9 438
I65	Uzávěr a zúžení přívod. mozk. tepen nekončící mozkovým infarktem	2 396	1 369	3 765
I66	Uzávěr a zúžení mozkových tepen nekončící mozkovým infarktem	183	223	406
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	2 463	4 444	6 907
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 184	1 081	2 265
Celkem 46 374				
ÚZIS 2011				

Tabulka č. 1 - Statistiky poškození mozku (Švestková, 2013)

Poranění mozku je nejčastější příčinou úmrtí u osob do 45 let (převážně mužů) a nejčastější příčinou invalidních důchodců u mladších mužů do 40 let, cévní mozkové příhody jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 60 let. Obecně platí, že čím je poškození mozku těžší, tím výraznější jsou dlouhodobé následky, které se promítají do veškerých oblastí lidského života (Maršálek et al., 2011).

V ČR neexistují specializovaná neurorehabilitační zařízení, která by se intenzivně a komplexně věnovala problematice pacientů s poškozením mozku (Švestková, 2008).

Z důvodu absence specializovaných center vydalo Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR) dne 1. března 2010 Věstník MZ ČR, částku 2, „Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v ČR“, na základě kterého začala vznikat Komplexní cerebrovaskulární centra (celkem 10) a Iktová centra (celkem 34), která jsou garantem kvality péče o pacienty s poškozením mozku (Věstník MZ ČR, 2010).



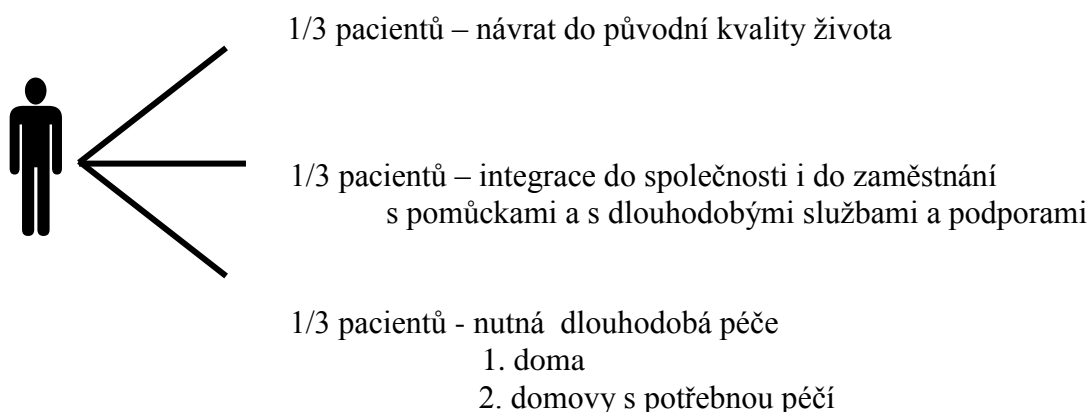
Obrázek č. 1 - Síť iktových center v ČR, 2013 (Švestková, 2013)

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou ve vyspělých zemích na prvním místě jako příčina invalidity u lidí středního a vyššího věku a na druhém místě jako příčina úmrtí u lidí středního a vyššího věku. Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění morbiditou (dvojnásobně až trojnásobně vyšší výskyt oproti ostatním vyspělým státům Evropy). Úmrtnost na CMP je u nás dvojnásobná než ve většině vyspělých států. Nejúčinnějším prostředkem ke snižování těchto nepříznivých ukazatelů je zkvalitnění primární i sekundární prevence proti onemocnění CMP a zřizování specializovaných pracovišť typu iktových center a iktových jednotek – viz obrázek č. 1 (Věstník MZ ČR, 2010).

Metaanalýza všech dosud publikovaných kontrolovaných studií, hodnotících přínos specializovaných pracovišť – akutních iktových jednotek (Acute Stroke Care Units), dospěla k následujícím závěrům. Při takto organizované péči je možno snížit

mortalitu CMP v prvních 4 měsících o 26 %, zkracuje se doba hospitalizace o 25 %, zvyšuje se počet pacientů schopných následné domácí péče o 16 % a plně soběstačných osob s postižením o 17 % ve srovnání s hospitalizací pacientů na standardních lůžkách. Lze dosáhnout úspory v obecných nákladech na léčbu u akutních CMP asi o 30 % (Roubal et al., 2011).

Současné studie z oblasti rehabilitace potvrzují, že kvalitní funkční diagnostika, tedy určování a hodnocení poškození patologických struktur a funkcí, na kterou navazuje okamžitá včasná rehabilitace, je nezbytným předpokladem k možnému funkčnímu zlepšení pacientů po poškození mozku (Švestková, 2002). Funkční diagnostika se musí provádět nejen na počátku, při zahájení rehabilitačního procesu, ale průběžně a opakovaně. Na základě výsledků této funkční diagnostiky se následně stanoví krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační plán a prognóza. Časná funkční diagnostika, na jejímž základě je indikována terapeutická rehabilitační intervence, je nezbytným předpokladem k tomu, aby původně velmi těžce disabilní pacient (stupeň 3,4 dle MKF) mohl dosáhnout premorbidní kvality života (viz obrázek 2).



Obrázek č. 2 - Klient s těžkou disabilitou, včasná individuální dlouhodobá interprofesní rehabilitace (Švestková, 2013)

Pro zhodnocení terapeutického efektu intenzivní individuální interprofesní rehabilitace pacientů po poškození mozku se bohužel v České republice dostatečně nepoužívají různé klasifikace, funkční diagnostiky, standardizované metodiky a testy, které jsou optimálním ukazatelem reálného funkčního stavu pacientů/klientů.

Vývoj terminologie v rehabilitaci názorně dokumentuje celkový historický vývoj v pojetí rehabilitace až k dnešní moderní koncepci rehabilitace.

Lze vysledovat vývoj od používání dnes již archaických, stigmatizujících označení typu invalida, mrzák, handicapovaný člověk, k používání moderního názvosloví typu osoba s postižením (disabilitou) nebo pojmu rehabilitant. Příkladem z minulosti je označení Jedličkova ústavu, který měl ve svém názvu označení mrzák, mrzáček. Časté bylo i označení invalida, které pochází z Napoleonských válek a znamená to člověk neschopný vojenské služby. Handicap představuje určité limitace, které člověka omezují v uskutečnění jeho životních rolí.

V současné době se upřednostňuje terminologie, která má pozitivní charakter, tedy označení člověk s disabilitou. V zákoně pak se setkáváme s označením děti se speciálními potřebami (zákon o vzdělávání) nebo např. s označením lidé se znevýhodněním na trhu práce (zákon o zaměstnanosti).

Cílem výzkumu této práce je zjistit využitelnost Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v sociálních službách, v oblasti zákona 329/2011 a vyhlášky 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Po použití zmíněné klasifikace bude možné objektivně stanovit stupeň disability a na základě toho i optimální dlouhodobé sociální podpory a dávky i pro osoby po poškození mozku, které tímto získají potřebné služby a prostředky.

V této práci je člověk s disabilitou často označován pojmem pacient a klient. Termín pacient je používán tehdy, pokud osoba využívá zdravotnické služby. Používání termínu klient je běžné v sociálních službách.

1 Teoretická část

1.1 Rehabilitace a její modely

Základem moderní rehabilitace je individuálně zaměřený interprofesní tým, který klade důraz na včasné zahájení rehabilitace a na vypracování krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s efektivními náklady.

Snížení neschopnosti u osob s disabilitou je důležitým cílem rehabilitace a zdravotní politiky. Monitoring stupně závislosti osob s disabilitou je důležitým objektem zdravotně-sociální politiky (Pereborn, Chorus, 2003).

Jako nezbytné se ukazuje standardizovat následky etiologických diagnóz v jejich funkčních projevech. Funkční diagnóza v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoc, úraz, vrozená vada) je stejně důležitá jako diagnóza etiologická a nelze než souhlasit s tvrzením, že v mnoha životních situacích je i důležitější (Švestková. et al. a, 2010).

Již v roce 1996 iniciovala Evropská federace neurologických společností (European Federation of Neurological Societies – EFNS) vytvoření standardů neurorehabilitace. Neurorehabilitace se zabývá rehabilitací pacientů s neurologickými onemocněními. Ve většině vyspělých evropských zemí je funkční diagnostika na vysoké úrovni (např. Německo, Itálie, Velká Británie). Rehabilitace je v těchto zemích členěna do několika fází, které jsou vymezeny časem, funkčním stavem osoby s postižením a mají velký význam pro financování rehabilitace (Švestková, 2011; Švestková, 2013).

Například skandinávský model rehabilitace používá dělení rehabilitace na **vertikální** a **horizontální**.

O **vertikální** rehabilitaci lze hovořit, pokud onemocnění nebo úraz nezanechá žádné trvalé následky a dojde k návratu do původní kvality života, znovuoobnovení původních funkcí.

Pojem **horizontální** rehabilitace se používá v případě, že porucha zanechala trvalý funkční deficit, došlo ke zhoršení kvality života ve srovnání se situací před onemocněním nebo úrazem a jedná se o zmírnění následků ve funkční sféře.

Horizontální rehabilitace tedy musí být aplikována dlouhodobě, obvykle po celý život pacienta (Švestková, 2013).

V Německu funguje tzv. fázový model rehabilitace s označením (A – F). Do akutní fáze onemocnění spadají tři fáze, a to A - C (Lippert-Gruenerová et al., 2006).

A – jedná se o akutní fázi onemocnění, rehabilitace probíhá na akutních odděleních (Anesteziologicko – resuscitační oddělení – ARO, jednotka intenzivní péče – JIP), kde jsou aplikovány rehabilitační terapeutické přístupy. Důležité je zejména polohování s možností aferentace smyslových systémů, i když je pacient v bezvědomí, prevence dekubitů, kontraktur a kalcifikací.

B – jedná se o včasnou rehabilitaci aplikovanou na neurorehabilitačních odděleních se zajištěním intenzivní péče, pacienti mají závažné poruchy vědomí. Zde je nezbytná spolupráce celého multidisciplinárního rehabilitačního týmu pod vedením rehabilitačního lékaře. Celkem trvá fáze B až 6 měsíců (Lippert-Gruenerová et al., 2006; Švestková O. et al., 2007).

C – jedná se o včasnou rehabilitaci, již není potřeba intenzivní péče, ale stále je potřeba léčebná a ošetrovatelská péče. Hlavním cílem fáze C je omezení sekundárního poškození a terapie funkčních deficitů. Tato fáze trvá většinou 8 týdnů, důležitá je komunikace s rodinou pacienta a poradenská činnost.

D – jedná se o fázi chápanou jako tradiční forma rehabilitace, s intenzitou odpovídající individuálním potřebám pacientů. Důležitým cílem je snaha o redukci ošetrovatelské péče a sociální začlenění pacientů.

E – jedná se o fázi následující po intenzivní rehabilitaci, zajišťující udržení dosažených výsledků v předchozích fázích. Pacient je většinou plně orientovaný a pohyblivý. Cílem je podpora pacienta v jeho zařazení do společenského života (zaměstnání, škola, volnočasové aktivity). Pacient žije v rodině.

F - odpovídá stále pasivní ošetrovatelské péči, pacienti přes intenzivní terapii zůstávají těžce postiženi, s výraznými funkčními deficity svého senzomotorického potenciálu (Lippertová-Grünerová et al., 2006, Lippertová-Grünerová 2011).

V České republice pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí se připravuje zákon o Koordinované rehabilitaci. Podle tohoto zákona koordinovaná rehabilitace má několik fází:

1. fáze – **akutní klinická lůžka** včetně život zachraňujících oddělení (ARO, JIP)
2. fáze – **včasná rehabilitační lůžka** nemocnic, která musí být součástí velkých nemocnic. Při včasné aktivizaci (rehabilitaci) pacientů může docházet ke komplikacím, a proto musí být k dispozici klinická oddělení jako neurologie, neurochirurgie, kardiologie, kardiochirurgie, urologie, léčba dekubitů apod.
3. fáze – **regionální rehabilitační oddělení**. Tato oddělení již mohou být samostatná, a pokud je to možné, mají být co nejbližší bydlišti pacienta (např. pro Středočeský kraj Nemocnice Beroun, pro Prahu Nemocnice v Chvalech). V těchto nemocnicích je již možný kontakt s úřady práce, sociálním odborem, návštěva bydliště a evaluace bytu s návrhem bezbariérových změn.
4. fáze – pacient je již **ve svém bytě** a dochází do denního stacionáře ve zdravotnickém zařízení. Zdravotničtí profesionálové docházejí za ním do jeho bytu. V současné době denní stacionáře ve zdravotnictví v ČR mimo jedné výjimky neexistují (jedná se o Denní stacionář Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). Podstatné v této možnosti je rovněž to, že rodina se denně účastní rehabilitačního procesu a je poučena o možných aktivitách, participaci a využití facilitačních prostředků. V této formě rehabilitační intervence je rodina aktivním členem interprofesního rehabilitačního týmu.
5. fáze – **fáze komunitní**, kdy klient zůstává doma anebo v pobytovém zařízení, kde jsou mu poskytovány komunitní služby. Prioritou je umístění klienta doma, jen v případě, že to není možné, je potřeba ho umístit do rezidenčního zařízení.

(Viz obrázek 4 a 5)

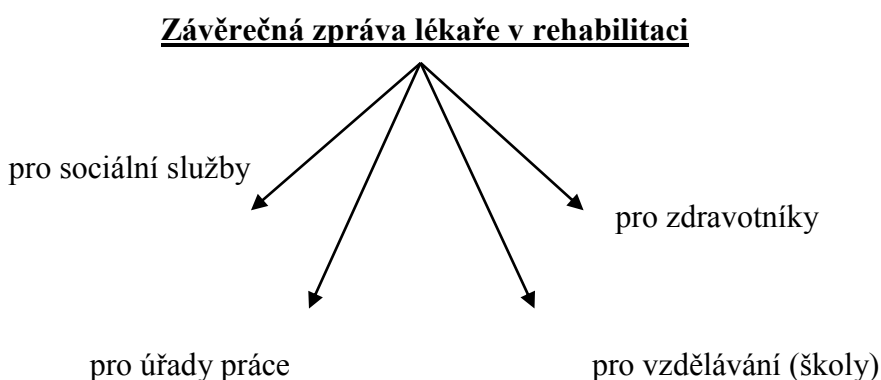
Doba, kdy pacient končí zdravotní péči a z pacienta se stává klientem v sociální sféře, patří k nejproblematičtějšímu momentu v rámci koordinované rehabilitace. Vzájemná návaznost zdravotně sociální u pacientů/klientů s disabilitou v České republice systémově neexistuje.

Naše práce je inovativní právě v oblasti zdravotně sociální. Chceme poukázat na možnost praktické aplikace MKF v této oblasti, tím dosáhnout co největší kvality života klientů a umožnit jim co nejdéle žít ve svém běžném prostředí.

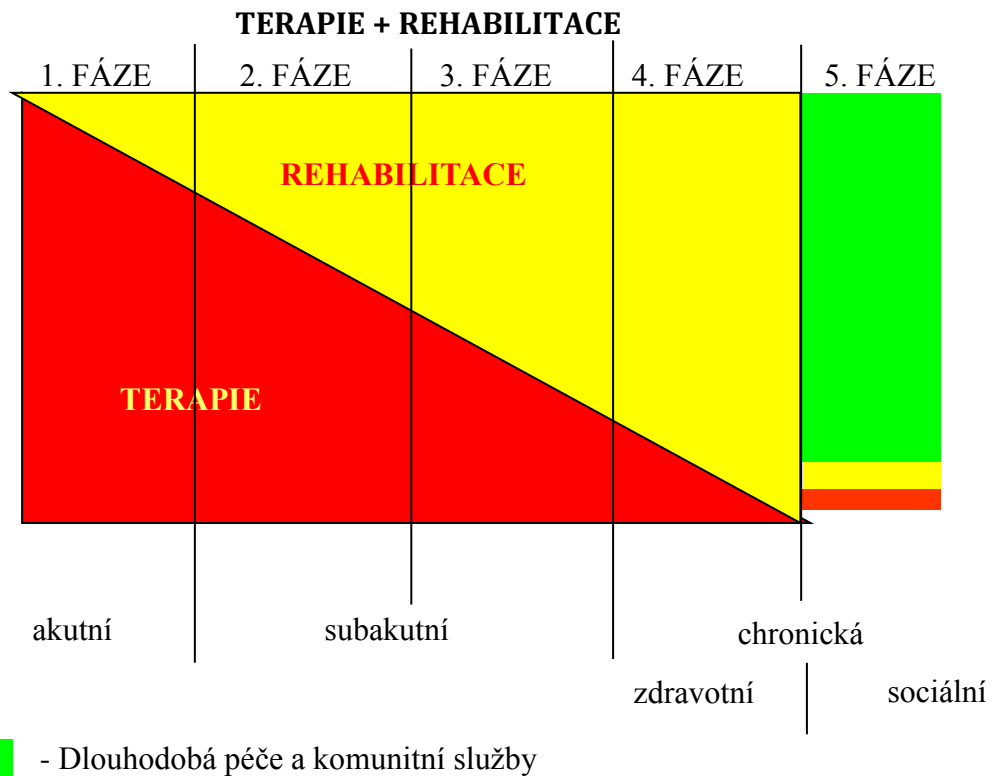
V připravovaném zákoně o koordinované rehabilitaci by praktický lékař měl mít za povinnost zprostředkovat rehabilitaci. Praktický lékař jako jediný lékař v České republice eviduje všechny obyvatele, kteří mají trvalé bydliště v ČR. U pacientů s disabilitou, kteří se propouštějí z nemocnic, by měla být součástí propouštěcí zprávy klasifikace stupňů disability podle MKF. Praktický lékař by měl zprávu z nemocnice dostat před jeho propuštěním, aby dle funkční klasifikace mohl zajistit potřebné dlouhodobé služby a podpory. Např. v Německu to takto funguje. Zdravotní sestra praktického lékaře se spojí se sociálním odborem regionálního úřadu, kde zajistí pro něho potřebné služby, aby pacient/klient mohl žít ve svém bytě.

Postupně se u nás vytváří systém, kdy všichni pacienti s disabilitou hospitalizovaní v nemocnicích, kteří nebyli propuštěni z akutních klinických lůžkových oddělení přímo domů, by měli projít včasným rehabilitačním lůžkovým oddělením, jako precedens jsou dnes již fungující cerebrovaskulární centra. Propouštěcí zprávu by měl vytvořit rehabilitační lékař jako závěr rehabilitační konference v součinnosti se závěry ostatních členů týmu, kteří pracovali s pacientem. Součástí této propouštěcí zprávy by měla být klasifikace stupně postižení dle MKF (Švestková, 2014).

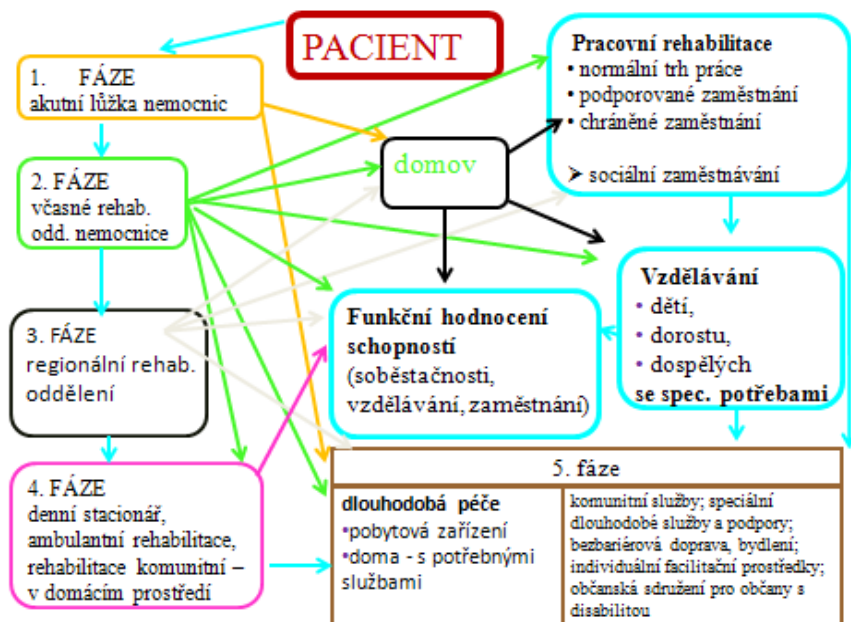
Závěrečná zpráva lékaře z lůžek včasné nebo regionální rehabilitace by měla vypadat takto (viz. graf 3):



Obrázek č. 3 - Závěrečná zpráva lékaře v rehabilitaci (Švestková, 2014)

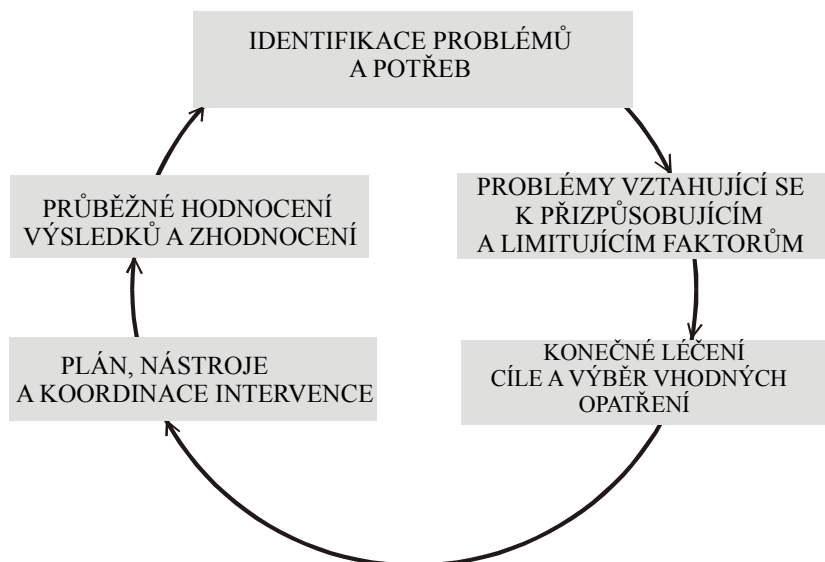


Obrázek č. 4 - Fáze koordinované rehabilitace (Švestková, 2013)



Obrázek č. 5 - Fáze koordinované rehabilitace (Švestková, 2013)

V České republice je stále velký problém s návazností jednotlivých složek rehabilitace, tedy sociální, pracovní, pedagogické a zdravotní rehabilitace. Nedostatečné propojení jednotlivých fází je nejen problematické zejména z hlediska ekonomického, ale je i otázkou etickou.



Obr. č. 6 - Znárodnění rehabilitačního cyklu (Švesková, 2007)

Rehabilitace, která není koordinovaná, je v konečném důsledku neefektivní. Velké množství klientů s disabilitou v produktivním věku, kteří jsou závislí na sociálních službách i dávkách, jsou po dobré funkční diagnostice, po ukončení rehabilitačního procesu ve zdravotnictví, schopni žít doma s eventuální možností dalšího vzdělávání a začlenění na pracovní trh. Podmínkou ovšem je, že mají optimální míru facilitačních prostředků, které jim dopomohou k zajištění maximálně možné samostatnosti. U starších spoluobčanů jde hlavně o možnost zůstat doma se zajištěním potřebných sociálních služeb a podpor.

Tento koordinovaný systém, který chceme vytvořit (návrh zákona o koordinované rehabilitaci), je finančně optimální (cost effectiveness of rehabilitation process).

V České republice je typický fenomén „turismus“ pacientů/klientů, kdy dochází k překládání pacientů mezi jednotlivými zdravotnickými a sociálními zařízeními. Opakovaně se indikují stejná vyšetření a hradí hospitalizace, což zatěžuje zdravotně sociální systém. Navíc tento stav dopadá na celou rodinu pacienta, který se i

několik let nedostane domů. Ztrácí kontakt s rodinou, která se o něho aktivně denně nestará. Když se po několika letech pacient dostane do domácího prostředí, je to pro rodinu často „neznámý člověk“. Je jiný než premorbidně, má jiné schopnosti, často i jiné charakterové rysy. Proto je nezbytné a zásadní, aby se rodina účastnila procesu rehabilitace od počátku, aby se pacient dostal co nejdříve domů. Členové rodiny a přátelé pacienta se stávají součástí rehabilitačního procesu, posouvají se role v rodině a rodina je schopna a ochotna se o svého člena dlouhodobě postarat. Současná situace nereflexuje potřeby pečujících rodinných příslušníků, zejména v oblasti komunitní dostupnosti podpůrných a respitních (odlehčovacích) služeb a dostupnosti potřebných informací. Rodina a její blízcí potřebují hlavně přístup k informacím o následcích poškození mozku, dostupné rehabilitaci a také o tom, jak přistupovat ke svému blízkému rodinnému příslušníku a jak s ním optimálně postupovat podle zásad moderní rehabilitace (Maršálek et al., 2011).

Za další velký problém současné rehabilitace v České republice lze považovat nedostatečnou aplikaci objektivních standardizovaných funkčních diagnostických metod (diagnostických i terapeutických) a následné objektivní posouzení efektivity rehabilitační terapeutické intervence. V současné době je předkládán ke schválení zákon o koordinované rehabilitaci, jehož součástí je návrh na zavedení 4 fázového systému v rehabilitaci v ČR (Švestková, 2011; Švestková et al., 2009).

Nesprávné je používání slovního spojení rehabilitační péče (care), protože péče je pasivní proces, při kterém se druhá osoba - nejčastěji zdravotní sestra, ošetřovatelka stará o pacienta. Rehabilitace je ale proces aktivní, jde o aktivizaci, motivaci a stimulaci pacienta. Při výběru vhodných činností, aktivit, se musí respektovat individuální potřeby, zájmy a profesní zaměření pacienta. Podle informací získaných ze vstupního vyšetření pacienta se řídí strategie rehabilitační intervence, tvorba individuálního rehabilitačního plánu a následně se stanovuje prognóza (Švestková, 2011).

Jedna z aktuálních změn v rehabilitační terminologii pochází z USA. Jedná se o změnu termínu multidisciplinární na interprofesní (interprofessional), který by měl lépe vystihovat nezbytnost spolupráce a prolínání různých zdravotnických profesí (Steinert, 2005).

1.2 Vývoj Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je jednou z mnoha klasifikací, které je možné ve zdravotnické sféře využívat (WHO, 2013).

MKF má široké spektrum funkcí a účelů. Její využití slouží pro různé disciplíny a sektory, nicméně jedním z hlavních cílů, proč klasifikace vznikla, bylo poskytnout univerzální nástroj pro hodnocení celkového zdravotního a funkčního stavu člověka. (Peterson, 2005; WHO, 2008)

V České republice se běžně používá Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla odsouhlasena na 43. zasedání Světového zdravotnického shromáždění v roce 1990 (ÚZIS ČR, 2009). Podle Českého statistického úřadu (ČSÚ) je Mezinárodní klasifikace nemocí zavedena Sdělením ČSÚ č. 495/2003 Sb. Účelem zavedení používání této klasifikace bylo vedení statistiky příčin smrti a monitorování zdravotního stavu občanů. V současné době je platná desátá revize této klasifikace (Sdělení ČSÚ č. 430/2008).

Od roku 2010 bylo v České republice podle Českého statistického úřadu povinné používání MKF (podle §19 odst. 2 Zákona č. 89/1995 Sb.), kdy každý ošetřující lékař měl za povinnost využít tuto klasifikaci u každého svého pacienta s disability. Povinné používání však bylo ukončeno na žádost Ministerstva zdravotnictví Předpisem č. 97/2013 ke dni 1. květnu 2013. (ČSÚ, 2013). Je otázkou budoucnosti, kdy se opět MKF a její používání v české legislativě objeví jako povinné. Ve světě a v okolních státech, hlavně ve státech Evropské unie, je využívání MKF a její terminologie naprosto běžné.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví nemá nahrazovat Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), ale jedna klasifikace má doplňovat druhou. MKN podává informace o nemocech pacienta a MKF je doplňuje o informace o funkčním stavu pacienta a jeho možnostech v běžném životě (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Zatímco MKN je lékaři v České republice běžně využívaná, MKF je dosud brána spíše jako přítěž a nadbytečná byrokracie, kdy není doceněn přínos MKF.

V roce 1980 byla publikována klasifikace **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps** (ICIDH). ICIDH byla klasifikací funkčních následků, které mají souvislost s nemocí. Tato klasifikace poprvé definovala

základní terminologii (WHO, 1999; WHO 2013, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980).

Impairment – znamená v souvislosti se zdravím jakoukoli změnu nebo ztrátu, abnormalitu psychické, fyzické nebo anatomické struktury, funkce.

Disabilita – znamená v souvislosti se zdravím jakékoli omezení nebo nedostatek v oblasti schopností člověka vykonávat aktivity v takové míře, v jaké je může vykonávat zdravý člověk.

Handicap – znamená v souvislosti se zdravím nevýhody pro daného jedince, které vyplývají z daného poškození, zdravotního znevýhodnění, které brání nebo člověka omezují v naplnění jeho životních rolí, které jsou ve společnosti normální pro danou kulturu, věk jedince a jsou brány v úvahu i sociální faktory (WHO, 1999; WHO 2013).

Z výše zmíněného vyplývá, že jakmile onemocnění nebo úraz vznikne, může u některých pacientů vzniknout změna kvality života, kdy následky nemoci mohou zasáhnout a ovlivnit každodenní život člověka a vzniká disabilita (Švestková, 2007).

Tato ovlivnění a důsledky do této doby nebylo možné u jednotlivce klasifikovat a stanovit objektivní zhodnocení nejen stupně disabilitu jedince, ale i jeho sociálního stavu.

U ICIDH se předpokládalo, že za 10 let vznikne revize této klasifikace. Vznikly pracovní skupiny z celého světa, které začaly pracovat na této revizi. Na vývoji klasifikace spolupracovalo více než 70 států (WHO, 1999). Cílem revize mělo být vytvoření ucelenější klasifikace, aby byla více využitelná a koncepční. Světová zdravotnická organizace koordinovala celý proces revize tak, že různá centra pracovala na určitých oblastech.

Francouzské centrum pracovalo na oblastech impairmentu, holandské centrum pracovalo na oblasti disability a centra v Severní Americe a Kanadě pracovala na oblasti handicapu. Postupně se připojila k procesu revize i centra v Austrálii, hlavně Australian Institute of Health and Welfare – AIHW.

V roce 1996 centra vytvořila prvotní návrh revize, tzv. **Alpha návrh a Beta návrh** (ICIDH 2). Pracovní skupiny předložily tyto revize ve stejném roce. Do vyzkoušení praktické aplikace se zapojily různé státy světa.

Nový návrh ICIDH-2 navrhl nové roviny, kdy oproti původnímu návrhu byly disability přejmenovány na aktivity, handicap na participaci.

V roce 2001 191 členů Světové zdravotnické organizace na Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly WHA) odhlasovalo a podepsalo souhlas s předloženou verzí MKF a v témže roce ji nakladatelství v Ženevě vydalo pod názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2013; International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980).

V roce 2007 se domluvili zástupci Světové zdravotnické organizace, Evropská komise, Evropská rada, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Organizace spojených národů a představitelé organizací občanů s disability v Evropě na konferenci v Miláně v rámci projektu Evropské Unie, projektu „Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development“ (MHADIE), že MKF se bude používat jako základní metodika k hodnocení funkčních schopností osob s disability (MKF, 2011).

V České republice se prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., přednosta na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze zúčastnil první pracovní skupiny pro vytvoření ICIDH. Při revizi této klasifikace pracoval v Haagské skupině. Do této skupiny se v roce 1998 přidala i Doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., současná přednostka zmíněné Kliniky rehabilitačního lékařství, která je jeho hlavní žačkou a nástupkyní. Prof. Pfeiffer přeložil klasifikaci MKF a její překlad poskytl Slovenské republice už v roce 2002. Teprve až v roce 2008 se prof. Pfeifferovi a doc. Švestkové podařilo, aby MKF byla vydána i v České republice.

Pro praktické kódování podle MKF je nezbytné pochopit filozofii a aplikaci celé této klasifikace, proto se doporučuje projít kurzem (Schuntermann, 2007).

Světová zdravotnická organizace vyvíjí a šíří použití mezinárodních klasifikací a podporuje národní a mezinárodní zdravotnické informační systémy, statistiky a práci založenou na důkazech (WHO, 2013).

V ČR se metodickým centrem pro aplikaci MKF stala Klinika rehabilitačního lékařství. Garantem tohoto metodického centra je doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. Na půdě Kliniky rehabilitačního lékařství pravidelně probíhá kurz „Praktická aplikace ICF“. Zkratka ICF se používá z důvodu anglického názvu: International Classification

of Functioning, Disability and Health, který má stejný význam jako MKF a běžně se využívá i v českém jazyce. (viz příloha 1 – certifikát pro absolventy kurzu)

Tento kurz je nezbytný k pochopení filozofie MKF a k získání dovednosti pro praktické kódování. Pomáhá pochopit, že v životě jedince nejde pouze o etiologickou diagnózu, ale hlavně o funkční následky diagnózy, které se u každého člověka mohou lišit. Tento fakt je nutné brát v úvahu v souvislosti se systémem rehabilitace. V České republice dosud neexistoval systém, který by dokázal rehabilitantům objektivně stanovit např. míru rehabilitace nebo výši finančních příspěvků, za které si jedinec může pořídit služby, které sám nezvládá vykonávat.

Jak uvádí Švestková, situace v České republice je podobná základním faktům, které ve své práci uvádí Hennesy. Jde o pohled na rehabilitaci z hlediska celospolečenského, na nezbytné politické změny na národní úrovni:

1. dojde ke změnám pracovního začlenění, kdy nebude obvyklé pro jedince mít celoživotní zaměstnání,
2. sociální systém bude muset vzít v úvahu změnu rodiny, která se bude zmenšovat,
3. populace stárne, tedy se zvyšují nároky na důchodové pojištění,
4. vyrovnání příležitostí v práci pro muže a pro ženy,
5. změny v oblasti vylepšení vztahu instituce – jedinec,
6. výhody v oblasti informačních technologií pro osoby s disabilitou.

(Švestková, 2007)

Švestková shrnuje, že se jedná o zdravotnický, rehabilitační a sociální přístup, kdy je nezbytná provázanost všech těchto složek. V České republice existuje velké množství organizací, institucí, které uskutečňují moderní rehabilitaci a snaží se jednotlivé složky provázat, ale chybí u nás nadresortní zákon o rehabilitaci (na Ministerstvu práce a sociálních věcí se v současnosti připravuje věcný záměr zákona O koordinované rehabilitaci) a neexistuje systém a organizace rehabilitace na národní úrovni. Domníváme se, že k tomu, aby v České republice bylo možné objektivně stanovit výši sociálních služeb a dávek pro daného jedince, by mohlo pomoci celostátní používání MKF. Tato klasifikace by vedla k objektivizaci stupňů disability v České republice. Tímto by byl uskutečněn požadavek Evropské unie k používání MKF

v Evropě. Tato skutečnost je nutností, protože existuje v Evropské unii (EU) volný pohyb osob, zaměstnání atd. Je nutné nejen ve všech místech ČR hodnotit disability objektivně, ale je nutné stejným způsobem hodnotit všechny obyvatele EU (Švestková, 2007).

V rehabilitaci jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí interprofesního rehabilitačního týmu s cílem o co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob, které rehabilitaci potřebují po úrazu, nemoci nebo mají vrozenou vadu, do všech obvyklých aktivit společenského života. Cílem je zaručit plnou a aktivní účast těchto občanů na společenském životě a pomoci jim vést samostatný život (Pfeiffer, Švestková, 2009).

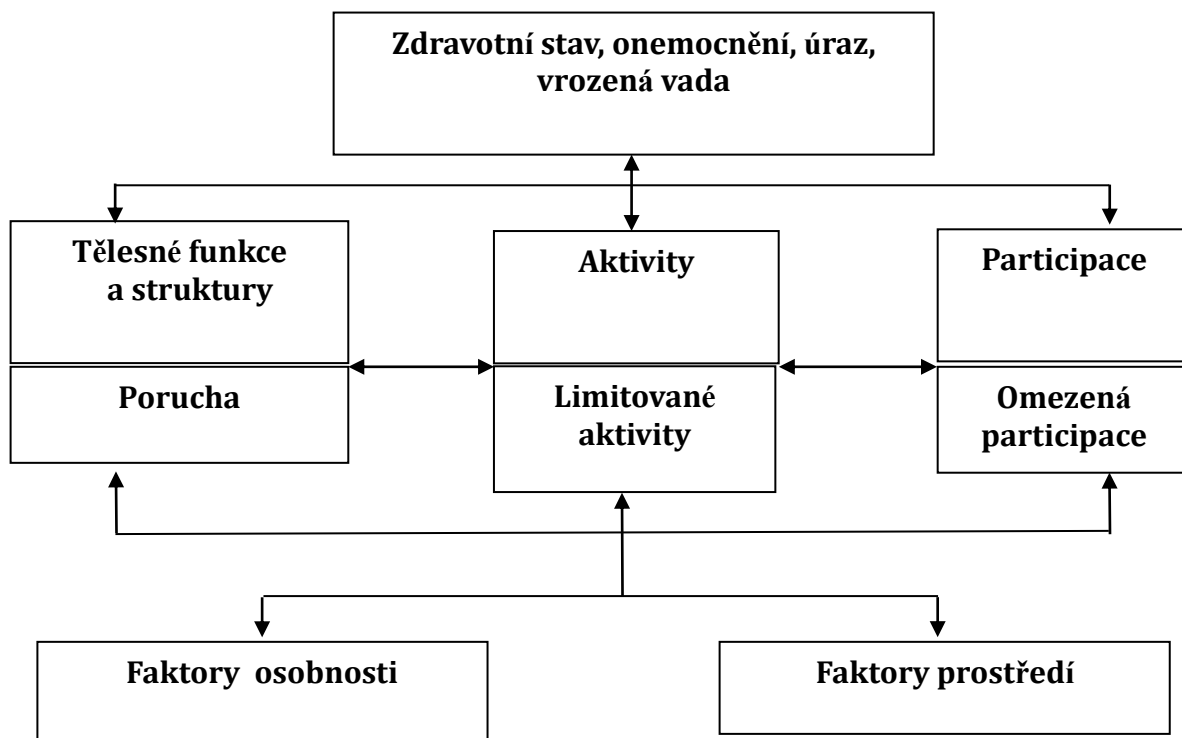
1.3 Základní koncepce a principy Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Hlavním principem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví MKF (v originálu International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF), dále jen MKF, je posun medicínského pohledu a odděleného sociálního modelu na společný biopsychosociální model.

V rámci medicínského modelu je porucha chápána jako abnormalita, jejíž příčinou je onemocnění, úraz nebo vrozená vada, a je nezbytná terapie v rámci zdravotnického systému. U sociálního modelu jde o optimální inkluzi člověka s disability do společenského života, u biopsychosociálního modelu jde o sjednocený pohled bio (biologie člověka), psycho (jeho psychologická stránka) a sociální (integrace do společnosti) člověka s disability v souvislosti s faktory prostředí (facilitátory a bariérami). Jedná se o velký posun chápání člověka žijícího ve společnosti, tudíž vzájemnou vazbu mezi člověkem jako individualitou a prostředím, ve kterém žije. V konečném důsledku nehodnotíme člověka jako celek, ale „disabilní situace“, ve kterých se člověk ocitá. Když vyřešíme disabilní situace pomocí facilitátorů, může člověk s disability plně používat své funkční zdraví. Jak uvádí Doc. Švestková, na definici disability se shodli zástupci jednotlivých organizací Světové zdravotnické organizace, Evropské komise, Evropské rady, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Organizace spojených národů a představitelé organizací občanů s disability v Evropě (Švestková, 2007).

Disabilitu definovali jako snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí (Leonardi et al., 2006).

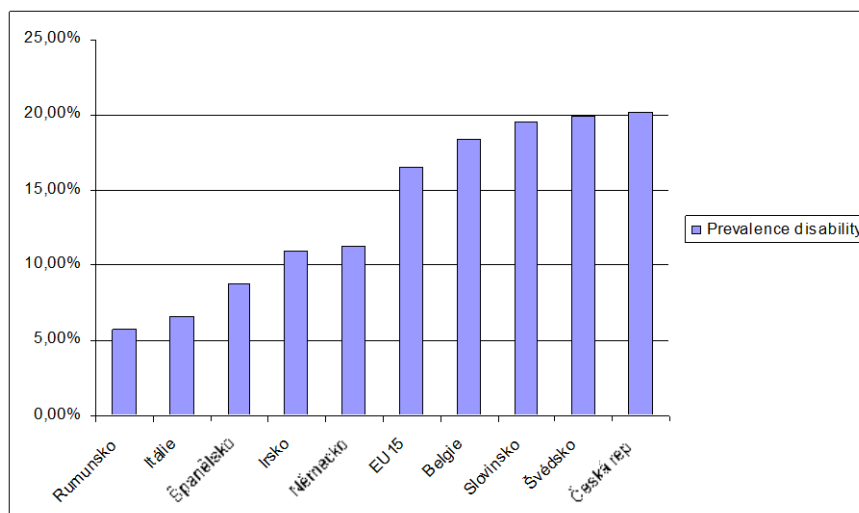
MKF BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL



Obrázek č. 7 - MKF Bio-psycho-sociální model (WHO, 2008)

Objektivní hodnocení stupně disability je nezbytné nejen pro stanovení efektivity procesu rehabilitace, k její potřebnosti u občanů s disability, ale také k uchování statistických dat. Použití MKF je zásadní i k objektivnímu stanovení potřebných dlouhodobých sociálních podpor a pomoci. V procesu rehabilitace ve zdravotnictví je nezbytné opakovaně funkčně diagnostikovat a hodnotit pacienta (anglicky assessment) do té doby, pokud se pacient funkčně zlepšuje. Jakmile dojde k stabilizaci stavu pacienta, rehabilitační proces ve zdravotnictví končí a dochází k zhodnocení (anglicky evaluation) pacientova stavu, což přísluší v ČR posudkovým lékařům. Pacient ukončuje zdravotnickou intervenci a stává se klientem v sociální sféře.

Pro hodnocení stupně disability se používají v různých zemích různé nástroje, které jsou vzájemně nekompatibilní. Statistický sběr dat je vzájemně nesrovnatelný na lokální, ale i evropské úrovni.

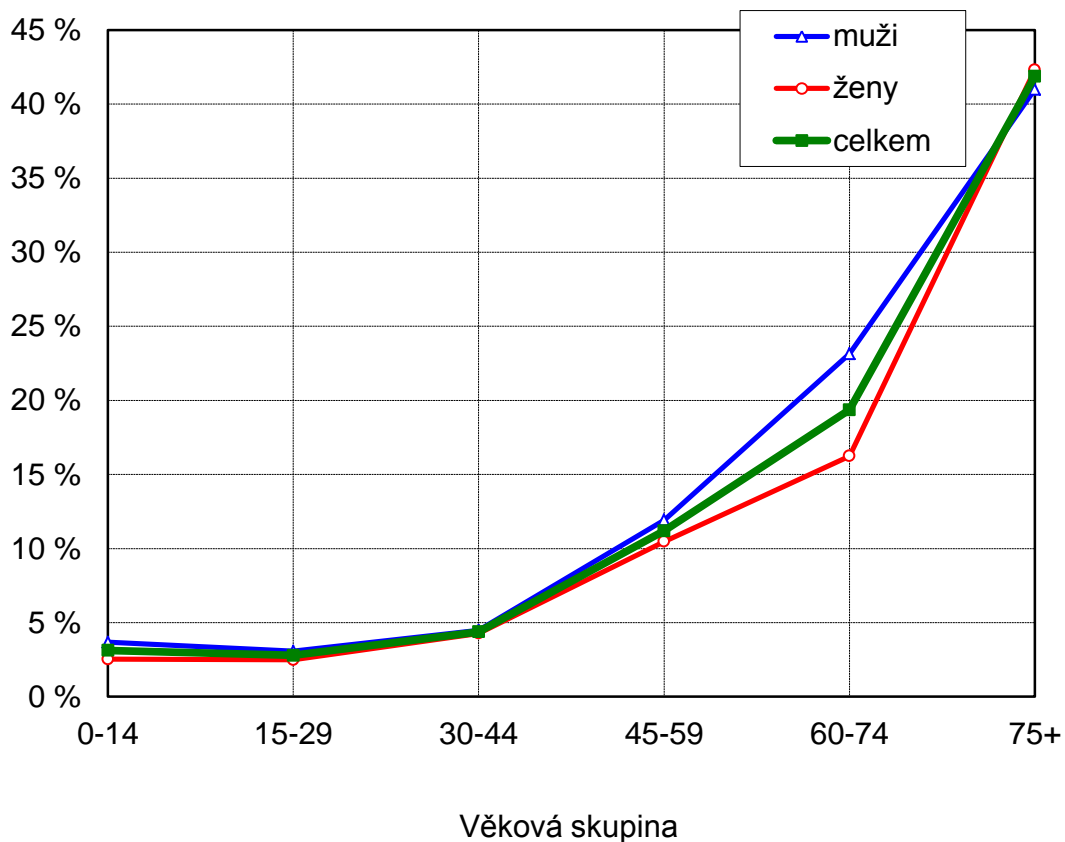


Graf č. 1 - Prevalence disability (Leonardi, 2007)

V projektu *Measuring health and disability: supporting policy development (MHADIE)* je ČR v grafu (viz. graf č1) uvedena jako země s nejvyšším procentem osob s disabilitou (viz. Graf č.1.) (Leonardi et al., 2006; Švestková, 2007). Tento fakt byl způsoben skutečností, že WHO, která se účastnila projektu MHADIE, se obrátila na premiéra ČR s dotazem, kolik procent lidí s disabilitou žije v ČR. Vzhledem k tomu, že v ČR jsme neměli do dubna 2014 statistické údaje o procentu obyvatel ČR s disabilitou, vedoucí úřadu premiéra se obrátil na Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) s dotazem, kolik občanů pobírá výhody s odůvodněním, že jde o občany s disabilitou. Výsledkem bylo zastoupení 21 % občanů s disabilitou – viz Graf č 1. Toto číslo označovalo množství občanů v ČR, kteří pobírali benefity, dávky nebo služby získané z důvodů přiznání disability. Závěrečné číslo – 21 % – vzniklo sumací těchto dávek a služeb. Někteří občané pobírali však více dávek najednou, takže sumace všech dávek a služeb dělala více než 20 %. U zemí, které ve své legislativě používají MKF, jako jsou např. Irsko a Německo, je procento těchto lidí s disabilitou 11 – 12 %. Toto číslo uvádí i Eurostat jako relevantní statistický údaj pro počet občanů s disabilitou v EU (Leonardi, 2007; Švestková, 2007)).

U příležitosti ukončení projektu MHADIE proběhlo v Miláně setkání členů Evropské komise, Rady Evropy, Světové zdravotnické organizace, Organizace spojených národů, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Na tomto odborném fóru se dohodli členové Evropské Unie na používání MKF v Evropě. (Švestková, 2007).

1 015 548 tisíc osob s disabilitou Jejich podíl 9,87% populace ČR



Graf č. 2 - Procentuální zastoupení občanů s disabilitou (Švestková, 2013)

Jak uvádí Švestková, procentuální zastoupení občanů s disabilitou bylo uveřejněno v ČR poprvé Českým statistickým úřadem v dubnu 2014 (viz graf č. 7) a činí 9,87 % naší populace (Švestková, 2013). Domníváme se však, že pravděpodobně toto číslo bude větší, protože zatím se MKF ke statistickým účelům v ČR nepoužívá.

MKF může přispět k zavedení jednotného systému pro hodnocení funkčního zdraví a disability, tedy zdravotní kondice, srovnatelné na národní i mezinárodní úrovni. (Eldar et al., 2008).

MKF je využitelná v celé řadě zemí s různými kulturami. Tento fakt potvrzuje i studie, která se zaměřila na praktickou aplikaci MKF v zemi, která je mezi prvními na žebříčku s atakou viru HIV (Borgnolo et al. 2009).

Biopsychosociální model nevnímá osobu s disabilitou jako izolovaného jedince s určitou konkrétní diagnózou, ale jako někoho, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí mezi ním a prostředím. MKF klade důraz na aktivní participaci osob

s disabilitou. Úkolem všech států je umožnit a posílit tvorbu facilitačních prostředků prostředí pro všechny disability na národní úrovni a tím umožnit optimální inkluzi každého jednotlivce s disabilitou a využít jeho optimální funkční zdraví.

30. 3. 2007 byla přijata Valným shromážděním Úmluva Organizace spojených národů (OSN) o právech osob s disabilitou. Tato úmluva v České republice vstoupila v platnost 28. října 2009. Podle této úmluvy a doporučení Rady Evropy Organizace spojených národů, Světová zdravotnická organizace, Evropská komise a Rada Evropy deklarují, že rehabilitace je prioritou každé společnosti. Článek 26 definuje pojmy habilitace a rehabilitace takto:

1. *„Státy, smluvní strany Úmluvy, přijmou účinná a vhodná opatření umožňující osobám se zdravotním postižením získat a udržet si maximální možnou míru nezávislosti, maximální fyzické, duševní, sociální a pracovní schopnosti a plně se začlenit a participovat ve všech oblastech života společnosti. Za tímto účelem budou státy, smluvní strany Úmluvy, organizovat, posilovat a rozšiřovat komplexní habilitační a rehabilitační služby zejména v oblasti zdravotní péče, zaměstnávání, vzdělávání a sociálních služeb, a to takovým způsobem, aby tyto služby a programy:*
 - a) *začínaly co nejdříve a byly založeny na multidisciplinárním hodnocení individuálních potřeb a stavu;*
 - b) *podporovaly participaci a začleňování do společnosti a do všech oblastí života společnosti, byly dobrovolné a dostupné pro osoby se zdravotním postižením co nejbližší jejich bydlišti, a to včetně venkovských oblastí.*
2. *Státy, smluvní strany Úmluvy, budou podporovat rozvoj počátečního a dalšího vzdělávání odborníků a personálu, který pracuje v habilitačních a rehabilitačních službách.“*
3. *Státy, smluvní strany Úmluvy, budou podporovat dostupnost, informovanost a užívání kompenzačních pomůcek a technologií určených pro osoby se zdravotním postižením, neboť souvisejí s habilitací a rehabilitací (Úmluva OSN, 2011).*

Dalším důležitým dokumentem je Doporučení Rady Evropy, které se zaměřuje na Akční plán na podporu práv a plné zapojení osob se zdravotním postižením

(s disabilitami) do společnosti v EU. Doporučení Rady Evropy ke zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015, byla schválena v roce 2006. Tato pravidla byla zpracovávána současně s Úmluvou OSN, jsou daleko podrobnější, protože se jedná o Evropské státy v EU, kdežto Úmluva OSN zohledňuje pravidla i pro rozvojové státy světa. Z těchto dokumentů (OSN a Rady Evropy) zpracovala Národní rada zdravotně postižených Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením pro období 2010 – 2014. Tento plán byl schválen Usnesením vlády ČR 29. 3. 2010 č. 253, Kapitola 11, Rehabilitace (Úmluva OSN, 2011; Švestková, 2014).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je specifická svými cíli. Snaží se o zavedení jednotného, standardizovaného, společného jazyka. Tímto jazykem by měly být jednotlivé kódy, kdy daný kód charakterizuje určitý momentální funkční stav pacienta. Pokud tedy odborník v zdravotně sociální sféře zakóduje pacienta, jiný odborník z oblasti zaměstnanosti či vzdělávání, který nebude znát odborné výrazy, podle vybraných kódů dokáže určit funkční stav tohoto pacienta. Jde také o společný jazyk mezi jednotlivými národy (různé národní jazyky), rozličnými kulturami apod.

MKF umožňuje plánování sociálních kompenzací a sociálního zabezpečení klientům a osobám funkčně znevýhodněným, osobám s disabilitou. Může pomáhat v posudkovém lékařství, v posuzování efektivnosti intervencí jednotlivých odborníků interprofesionálního rehabilitačního týmu. V neposlední řadě MKF může sloužit jako pomůcka pro vedení statistik funkčního stavu obyvatel, nejen jejich zdravotního stavu a vedení diagnózy, ale efektivity ve zdravotnictví a v sociálních službách. MKF se používá ke statistice během vědeckých studií, ale i v případě, že by bylo její povinné používání zařazeno do legislativy ČR, bylo by ji možné použít i ke statistice. V případě, že by byla v ČR používána MKF k statistickým účelům, byly by statistické údaje srovnatelné s ostatními státy, které používají ke statistickým účelům MKF. V současné době je v České republice lékaři využívána hlavně Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize k statistice etiologické nemocnosti a úmrtí obyvatel (Švestková, 2013).

MKF je ve světě využívána v oblastech pracovní problematiky, pojišťovnictví, ekonomiky, v oblasti výchovy, sociálního zabezpečení, legislativy, kultury apod. MKF může pomoci k přesnému vedení statistiky občanů s disabilitou. Přesné vedení statistiky pomáhá k efektivnímu vytváření legislativních záměrů v sociálních oblastech

dlouhodobé podpory a služby. Podle prognóz onemocnění je možné vyjádřit finanční náročnost a údaj, kolik obyvatel využívá zdravotnické i sociální služby a podpory.

Nejpřínosnější by bylo zhodnotit potřebnost MKF ve zdravotně sociální oblasti, zejména efekt rehabilitace a rehabilitační intervence jednotlivých odborníků interprofesního rehabilitačního týmu v návaznosti na dlouhodobé sociální služby a podpory. Tuto problematiku by měl řešit momentálně se připravující zákon na MPSV „Koordinovaná rehabilitace“. Další důležitou komponentou by bylo efektivně zhodnotit funkční stav obyvatelstva podle MKF a zavést efektivní systém přidělu sociálních dávek a podpor v České republice. Propojení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a zavedení efektivního systému přidělu sociálních dávek a podpor by ovšem znamenalo povinné využívání MKF ve zdravotnictví a následně v posudkovém lékařství a v sociální problematice. Jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, v České republice již bylo zavedeno povinné používání MKF ve zdravotnictví, a to tím způsobem, že každý lékař, který měl ve své evidenci pacienta s disabilitou, měl by povinnost u tohoto pacienta použít MKF. Tato povinnost však byla zrušena a v současné době používání MKF povinné není (ČSÚ, 2013).

V případě praktického používání MKF by to znamenalo povinnou součást klasifikace disability podle MKF ve zdravotnické dokumentaci a v propouštěcí zprávě z nemocnic, která by se následně využila pro indikaci dlouhodobých sociálních služeb a podpor.

Konkrétně by se tedy do příslušných dokumentů uváděly jednotlivé kódy komponent MKF, které korespondují s konkrétní disabilitou pacienta/klienta a určují stupeň jeho disability v konkrétních doménách. Z pohledu nelékaře např. ergoterapeuta je zásadní použít jednotlivé relevantní domény z komponent aktivit, participací a faktorů prostředí. Tělesné struktury a funkce hodnotí hlavně lékař.

Klasifikaci je možné využívat na několika úrovních. Existuje jednostupňová klasifikace, která odpovídá názvu jednotlivých kapitol, tedy domén, například b1 Mentální funkce, b2 Smyslové funkce a podobně.

Dvoustupňová klasifikace odpovídá názvu kapitol, ale více specifikuje a upřesňuje jednotlivé vybrané domény. Zeman dodává, že jde o podrobnější specifikaci konkrétního základního kódu. Dvoustupňová klasifikace je ještě podrobnější a uvádí jednotlivé definice, které přesně určují obsah jednotlivých domén a zároveň vylučují, co

do nich nepatří. Zeman konkretizuje, že je možné využívat ještě podrobnější třístupňovou a čtyřstupňovou klasifikaci (Zeman, 2010).

MKF kódování se dá využít k určení stupně disability, tedy k získání informace o funkčním stavu člověka. Ideálním stavem je kombinace MKF kódování a dalších objektivních standardních funkčních metodik. Tím se minimalizují chyby v kódování a v měření a kvantifikaci funkčního stavu pacienta a objektivizují se tím detekce změn stavu pacienta v rehabilitaci (Jette et al., 2008).

Součástí kódu je kvalifikátor, který určuje úroveň schopnosti, tedy stupeň disability jedince v dané aktivitě (v oblasti aktivit jde o limitace aktivit a v oblasti participací jde o restrikcí), nebo jak definuje Švestková, stupeň funkčního zdraví a případné disability v oblasti kapacity a výkonu. Výkon je úzce propojen s facilitacemi nebo bariérami prostředí. Kvalifikátor, který hodnotí stupeň disability, je totožný s kvalifikátorem hodnotícím faktory prostředí, tedy facilitátory a bariéry (Švestková, 2007).

MKF hodnotí stupně postižení podle pětistupňové škály kvalifikátorů (viz graf č.3- Likertova škála).

MKF nehodnotí člověka, ale jeho disabilní situaci. Jakmile se tato situace vyřeší, může jedinec plně využívat svoje funkční zdraví. MKF se zaměřuje na funkční zdraví, posuzuje schopnosti jedince s disabilitou. Principem je tedy funkční diagnostika disabilních situací. Disabilitu lze identifikovat a následně odstranit pomocí zjištěných facilitátorů, které by měl jedinec v podobě služeb i dávek v sociální sféře dostat. Tím zajistíme efektivní využití funkčního zdraví (Stucki G. et al., 2002). U některých občanů s disabilitou se nám nepodaří ani částečná inkluze do společnosti. Jedná se o jedince velmi těžce nebo úplně disabilní, u kterých musíme zajistit důstojný život.

V rehabilitaci podle filozofie MKF se posuzují základní komponenty:

1. **Struktury a funkce orgánů.** Jde o onemocnění, úraz, vrozenou vadu, které se diagnostikují etiologicky, tedy na úrovni orgánů, což je tradiční medicínský pohled. Každá z komponent má své označení malým písmenem, tělesné funkce se označují malým písmenem b, z anglického překladu Body function. Tělesné struktury se označují malým písmenem s, z anglického Body structure. Jde například o anatomické části těla. Jejich poruchou může být odlišnost v tělesných strukturách,

jako je jejich deformita, ztráta, poškození. Jde vlastně o zjednodušenou formu etiologické diagnózy.

2. **Aktivity** denního života. Jedná se o funkci celého lidského těla, jak „funguje“ v situacích všedního dne, bez jakékoliv pomoci (například vozíku), jde o kapacitu člověka s disabilitou.
3. **Participace** je začleňování do společnosti. Participace je úzce spojena s faktory prostředí, hodnotíme jeho **výkon** v souvislosti s facilitátory nebo bariérami prostředí. Ve spojení s facilitátory se výkon člověka zlepšuje, naopak ve spojení s bariérami se snižuje (WHO, 2001).

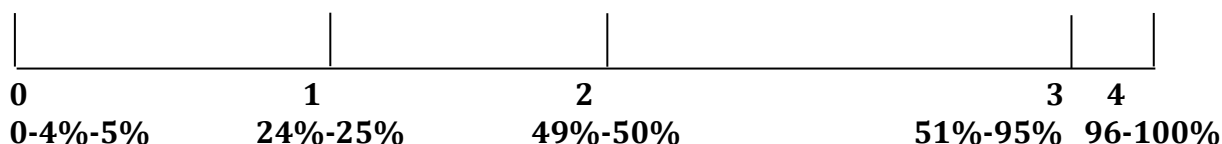
Dva občané se stejnou disabilitou často potřebují různé facilitační prostředky. Tento fakt závisí nejen stupni disability, ale na jejich věku, vzdělání, na tom kde žije – město/ venkov, zda žijí v rodině nebo sami apod.). Naopak někdy dva lidé s disabilitou, která má různý stupeň, přičemž se liší i v základních doménách, potřebují stejné facilitační prostředky.

Aktivity a participace se hodnotí kvalifikátorem MKF a označují se malým písmenem a. Jde o schopnost provádět individuální aktivity jedince v rozsahu od běžných denních aktivit po schopnosti složitější, jako jsou komunikace nebo mezilidská jednání. Označení aktivity jako takové znamená schopnost provést aktivitu, označení participace znamená schopnost tuto aktivitu provést v konkrétní životní situaci v úzkém kontaktu s faktory prostředí. Pro konkretizaci uveďme příklad, kdy máme jedince, který nemůže chodit, nemůže se dostat ven z bytu a tím pádem ani do společnosti. Pokud však získá správný facilitátor, v tomto případě vozík, může se plně začlenit do svého života, do pracovního procesu i do volnočasových aktivit.

Aktivity a participace používají tyto kvalifikátory MKF:

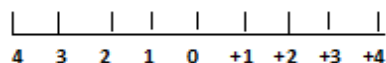
- 0 – žádný problém
- 1 – lehký (malý, nepatrný, nízký) problém
- 2 – střední (mírný, snesitelný) problém
- 3 – těžký (vysoký, extrémní) problém
- 4 – totální úplný problém (WHO, 2001).

Škála pro stanovení stupně disability se dá vyjádřit pomocí Likertovy škály, která vznikla v roce 1932 (Rod, 2012).



Graf č. 3 - Likertova škála (Švestková, 2013)

4. **Faktory prostředí**, které se individuálně diagnostikují v konkrétním prostředí v kterém člověk s disability žije (byt, dům, rezidenční zařízení), v jeho okolí (mobilita, doprava, bezbariérový přístup v exteriéru i interiéru), v prostředí jeho vzdělávání, zaměstnávání, volnočasových aktivit. Chceme dosáhnout, pokud je to možné, stejné příležitosti (Equal opportunities), jako mají „zdraví“ lidé. Kvalifikátory, facilitátory prostředí, mají před číslem (stupněm disability) značku +, bariéry nejsou označené znaménkem (stupněm disability) a uprostřed těchto čísel je 0, takže je možné tuto škálu připodobnit k teploměru (viz graf. č. 4).



Graf č. 4 - Stupně kvalifikátorů faktoru prostředí

U člověka s velmi těžkou disability, který není schopen bariéru překonat, hodnotíme 4, u facilitátoru jde o stejnou klasifikaci ale pozitivní, tedy hodnotí se konkrétním číslem se znaménkem +1 až +4.

Když klasifikujeme člověka s disability, otevíráme jen kódy, u kterých dochází k limitaci aktivit a participací. Neotevíráme kódy, u kterých jsou funkce fyziologické. V případě limitované participace výkon zlepšujeme doporučením facilitačních prostředků.

WHO zmiňuje i oblast osobních faktorů, které působí na funkční schopnosti člověka s disability. WHO tuto oblast neklasifikuje pro její velké množství odlišností

na úrovni osobnosti, ale i na úrovni společenské, kulturní, sociální. Zeman uvádí i další osobnostní faktory: věk, pohlaví, etnická příslušnost, výchova, vzdělání, životní styl (Zeman, 2010).

Ideálním stavem je, když každý člen rehabilitačního týmu hodnotí a kóduje domény, které odpovídají jeho odbornosti. Praktickou aplikací MKF a jejích nástrojů se může zlepšit hodnocení rehabilitačních intervencí v rámci interprofesního týmu a tedy celkový přínos rehabilitace. MKF pomáhá vytvářet efektivní komunikaci v multidisciplinárním týmu (Tempest, Mc Intyre, 2006).

Klasická klinická medicína je cílena na etiologii, patofyziologii, zabývá se určením možných příčin nemoci na úrovni orgánu a jejich následným léčením. Na rozdíl od rehabilitace se tedy zaměřuje na sekundární prevenci, kdy dochází, vzhledem k rehabilitační intervenci, k zlepšení funkcí, tedy k pokusu o návrat k fyziologickým normám. (Švestková et al., 2010).

1.4 Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro děti a mládež (International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth version)

V roce 2006 byla WHO přijata Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro děti a mládež (International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth – ICF-CY) (Dutch-ACD, 2013).

ICF-CY byla vyvinuta hlavně speciálními pedagogy a rodinnými příslušníky ze Švédska a Švýcarska. Tato verze je prozatím využívána v hlavně v severských zemích, Švýcarsku a v německy mluvících zemích.

MKF verze pro děti a mládež představuje jediný klasifikační systém pro hodnocení funkčního zdraví pro děti a mládež do 17 let. Byla vydána v roce 2007. Obsahuje celkem 1600 kódů (ICF-CY, 2013).

Verze pro děti a mládež byla vytvořena z toho důvodu, že povaha a forma fungování u dětí je odlišná od dospělých. U dětí a mládeže platí, že se stále vyvíjejí a nejde tudíž o návrat do původního stavu, ale o nabývání dalších schopností, tedy

habilitace. Děti a mládež se přirovnávají k průměru zdravých dětí ve stejné věkové kategorii. V oblasti aktivit a participací u dětí a dorostu je velice podstatná rodina, speciální pedagogové a předškolní a školní zařízení, např. přechod od dítěte k dospělému usnadňuje komunikaci mezi odborníky a rodiči (Donald, 2013). Tato klasifikace zatím nebyla přeložena do českého jazyka.

DISABKIDS je jedním z nástrojů, které byly vyvinuty pro hodnocení kvality života u dětí a může také usnadňovat komunikaci, ovšem hlavně mezi odborníky. Jedná se o dotazník, který byl vyvinut pro hodnocení kvality života dětí s chronickým onemocněním a kvality života jejich rodin (Fava et al., 2009).

Děti jsou v neustálém procesu změny a rozvoje. Jejich účast v životních situacích je velmi často omezována jejich prostředím, v mnoha aktivitách se liší od aktivit dospělých. Proto vznikl požadavek na vytvoření pracovní skupiny, která se účastnila zadaného úkolu v letech 2002 a 2004. Zkušební pokusy praktické aplikace MKF verze pro děti a mládež byly prováděny v letech 2005 a 2006. Aplikovatelnost této verze byla zkoumána pomocí dotazníků pro různé věkové dětské skupiny: kojenecké období (0 – 2 roky) v raném dětství (3 – 6 let), střední dětství (7 – 12 let) a adolescence (13 – 18 let). v roce 2007 (CRPG, 2007). Aktivity a participace u dětí a mládeže mohou být tak, stejně jako u dospělých, klasifikovány kvalifikátory 0 (žádný problém) až 4 (totální problém), a to pro výkon i kapacitu.

Kvalifikátor pro kapacitu je aplikován u aktivit a popisuje schopnost dítěte k vykonání úkolu, činnosti. Klasifikuje nejvyšší možnou míru fungování v dané situaci a v daném čase. Tato informace může být podložena některým z funkčních standardizovaných testů pro děti. Kvalifikátor pro výkon popisuje, co děti a dorost dělají ve svém přirozeném prostředí, kde tráví čas, což může poukazovat na společenské podmínky a může být chápáno jako zapojení do životní situace nebo životní zkušenost. V MKF (v originále International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version - ICF CY) verzi pro děti a mládež je možné výkon v oblasti aktivit a participací chápat pouze jako ukazatel účasti (Adolfsson, 2011).

Využívání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – verze pro děti a dospělé – je důležité pro inkluzi dětí se zvláštními potřebami (Švestková, 2013).

1.5 Nástroje pro praktické využití Mezinárodní klasifikace funkčního zdraví, disability a zdraví v klinické praxi

Pro praktickou aplikaci MKF můžeme použít některé nástroje, jako jsou např. ICF Checklisty, ICF Core sety.

Současný výzkum ohledně MKF v rehabilitaci a jeho implementaci směřuje k identifikaci a validaci jednoduchých klasifikačních nástrojů, které mohou být aplikovány v klinické praxi (Maini, 2008).

Jedním z klinických nástrojů je **ICF Check list**. Popisuje zobecněné problémy, pro nejčastější domény u všech klinických diagnóz. Je nutné však otevřít kódy pro každou individuální funkční diagnostiku, tedy otevřít další domény k obecnému ICF Checklistu. (MKF Checklist, 2011). Jde o klinický nástroj, který slouží k zaznamenávání informací o disabilitě jedince se všemi diagnózami. Vědecko-výzkumná skupina Maxmilian University v Mnichově ICF Research Branch vyvinula MKF Check list pro potřeby hodnocení zdravotně sociálních i funkčních stavů pacientů, aby usnadnila práci s MKF v zdravotně sociální oblasti. Check list obsahuje celkem 125 kategorií vybraných z 1400 kategorií z celé MKF (Stucki et al., 2002).

ICF Core sets – v současnosti se přechází na jednotlivé ICF Core sety, jde vlastně o vytvoření případové studie jednotlivých diagnóz. Core sety jsou v delší formě využitelné v klinických oborech ve zdravotnictví a v kratší formě jsou využitelné při hodnocení člověka z pohledu indikace sociálních služeb a podpor, v zaměstnanosti lidí se znevýhodněním na trhu práce a v problematice vzdělávání lidí s disabilitou. (Bickenbach et al., 2012).

Maini ve své studii uvádí, že MKF může být zdrojem efektivního a inovativního nástroje pro reprezentaci zdravotní kondice člověka a jeho funkčního stavu. Může být průvodcem a ukazatelem změny u pacienta v diagnosticko-terapeutickém procesu a rehabilitačním programu u pacienta, v přístupech politiky zdravotně sociální péče a inovativním nástrojem pro vedení statistiky dat o zdravotních a funkčních údajích o pacientovi. Pro praktickou aplikaci ve své studii využívá nástroje Core setu pro dané diagnózy (Maini, 2008).

Core sety byly vyvinuty z toho důvodu, že celý komplex kategorií MKF je poměrně složitý na využití v praxi, a tak bylo potřeba vyvinout jednodušší nástroje, aby bylo MKF možno aplikovat na klinickém poli (ICF Research Branch, 2013 b).

Core sety jsou klinické formuláře, které jsou specifické pro vybranou diagnózu pacienta. V těchto formulářích jsou vybraná kritéria a vybrané otevřené domény, které nejvíce postihuje konkrétní diagnosa. Jak uvádí Doc. Švestková, Core sety jsou stále aplikovány formou studií na mezinárodní i národní úrovni (Švestková et al., 2010 b).

Práce s Core sety může být považována za krok vpřed pro práci v rehabilitaci založené na důkazech. Naopak nebezpečí tkví v návratu ke klasifikacím typickým pro určité onemocnění. Je zde určité nebezpečí zkreslení v klasifikování pro určité diagnózy (MC Intyre, Tempest, 2007).

Core sety mohou být používány v ucelené verzi anebo ve zkrácené verzi, která obsahuje co nejmenší počet kategorií a domén, které jsou otevřeny pro konkrétní onemocnění. Jak uvádí Cieza, u zkrácené verze se jedná o minimální základní počet kategorií. Proto je třeba, aby byl dodán potřebný popis onemocnění a jeho příznaků, které studie provází (Cieza et al, 2004). Zásadní však je také fakt, že u každého Core setu se dají otevřít další domény, individuálně zaměřené na funkční diagnostiku jednotlivých klientů, která se týká základní diagnózy, ale i komorbidit.

Nejpoužívanější veze Core setů:

- **Zkrácená verze Core setu (Brief Core set)**

Tento Core set obsahuje kategorie ze všech komponent MKF, které jsou vybrané tak, aby odpovídaly detailní verzi Core setu (comprehensive core set). Pokud je v praxi využívána Obecná verze Core setu, měl by být využíván zároveň tento zkrácený Core set. Kategorie, které jsou v tomto Core setu, jsou brány pouze z dvoustupňové nebo jednostupňové klasifikace, takže funkční schopnosti jsou popisovány v širším kontextu a detailněji. Využití Zkrácené verze Core setu je nejvhodnější pro určování perspektivy poskytování intervence zdravotnického odborníka v rámci jednoho zdravotnického zařízení a pro oblast plánování a určování rehabilitačního plánu pacienta. Ale je vhodný také pro práci v interprofesním týmu. Použití tohoto Core setu může pomoci také v informování ostatních profesionálů nebo zdravotní pojišťovny o funkčním stavu klienta (Bickenbach et al., 2012).

- **Rozšířená zkrácená verze core setu z detailní verze Core setu (Enlarged Brief coreset)**

Je možné zkrácenou verzi rozšířit o některé kategorie z Detailního Core setu a využít tak 3 a 4 stupňovou klasifikaci, která je nutná k tomu, aby bylo možné adekvátně popsat schopnosti člověka (Bickenbach et al., 2012).

- **Detailní verze Core setu (comprehensive core set)**

Tento Core set by měl být využíván pro kompletní a detailní popis schopností klienta. Autoři manuálu opět doporučují, aby zde byly zastoupeny i kategorie z Obecné verze Core setu. V některých případech Detailní Core set obsahuje i více než 100 kategorií. Z toho vyplývá, že klasifikování pomocí tohoto Core setu může být časově náročné, a proto je nejvíce vhodný pro interdisciplinární konference, kde je nezbytné mít podrobný popis schopností a funkcí pacienta. Detailní verze může být také využita k referování a jako průvodce pro popis schopností pacienta, vedle využitých standardizovaných testů. Autoři manuálu uvádějí příklad, kdy je nutné pro osobu po traumatickém poranění mozku v chronickém stavu, aby interprofesní tým identifikoval pacientovy potřeby v oblasti rehabilitace pro kompletní poskytnutí a plánování služeb. A v tomto případě je výběr tohoto typu Core setu naprosto vhodný (Bickenbach et al., 2012). Další je dělení Core setů, které existuje podle etiologických diagnóz. Každý Core set pro konkrétní diagnózu má různý počet kódů např. Core set pro cévní mozkovou příhodu obsahuje 166 kategorií (Ewert et al., 2010).

Příklady Core setů pro různé diagnózy, které jsou zpracovány:

1. Roztroušená skleróza
2. Traumatické poranění mozku
3. Poranění míchy
4. Chronická obstrukční plicní nemoc
5. Obezita
6. Diabetes Mellitus
7. Cévní mozková příhoda
8. Ischemická choroba srdeční

9. Carcinom prsu
10. Nádory hlavy a krku
11. Deprese
12. Bipolární porucha
13. Morbus Bechtěrev
14. Osteoporosa
15. Osteoartrosa
16. Chronická difúzní muskuloskeletální bolest (fibromyalgie)
17. Revmatoidní artritida
18. Bolest v kříži
19. Zánětlivé onemocnění střev
20. Poruchy spánku
21. Poruchy horních končetin HK

(ICF Research Branch, 2013).

V současné době existuje webové rozhraní, které pracuje v 5 jazycích (angličtina, italština, němčina, finština, čínština) a pomáhá zájemcům o praktickou aplikaci MKF do své dokumentace. Tento portál nabízí individuální zpracování, kdy si daný uživatel vybere požadované vlastnosti a oblasti a pokračuje v jednotlivých krocích až ke konečnému výběru vhodných otevřených domén MKF, které může implementovat do celé dokumentace. Zmíněné rozhraní se nachází na www.icf-core-set.org, přičemž doména je podporovaná WHO, která vydala i manuál pro aplikaci ICF Core setů do klinické praxe. Tento manuál obsahuje úvod do konceptů disability a zdraví, popis Core setů a jejich vývoj, použití Core setů v klinické praxi a použití v dokumentaci na základě MKF (Bickenbach et al., 2012). Veškeré zmíněné klinické i výzkumné nástroje mají za cíl pomáhat k praktické aplikaci MKF.

1.6 Praktické využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v zahraničí

V mnoha zemích Evropské unie je aplikace MKF zařazena do zdravotnické dokumentace, do legislativy jednotlivých rozvinutých států ve zdravotně sociální oblasti, ale i v oblasti zaměstnání a vzdělání.

Nejdůležitější je implementace MKF ve zdravotně sociálním systému, která již je částečně i v ČR. V některých zemích, přestože toto není požadováno legislativně, se MKF běžně užívá, a přispívá k propojení zdravotně sociálního systému.

WHO zajistila síť výzkumů na národních i mezinárodních úrovních, které byly prováděny hlavně v letech 2000 – 2001. V roce 2002 – 2003 proběhl World Health Survey Program (Světový zdravotnický průzkumný program) pro zjišťování a měření zdravotního stavu populace v 71 zemích. Z těchto údajů WHO vybrané členské státy v současné době generují populační normy pro vybrané MKF domény a prevalence míry disability. WHO provedla sérii workshopů pro Afriku, Střední východ a asijské země, zaměřených na zlepšení zdravotního a funkčního zdraví za pomoci MKF modelu. V současné době se MKF používá v mnoha zemích včetně Austrálie, Mexika, Zimbabwe a Malawi. Některé země začaly využívat model MKF v sociálních systémech a legislativě. MKF indikátory slouží v mnoha zemích pro podávání zpráv v oblasti rehabilitace, domácí péče, sociálních služeb a podpor. Klasifikování podle MKF probíhají v Austrálii, Kanadě, Itálii, Indii, Japonsku a v Mexiku. Mnoho států také MKF využívá v klinické praxi pro hodnocení funkčního stavu svých pacientů pro stanovování cílů, plánování léčby a sledování změn v léčebném procesu. Zeměmi, které již používají MKF v různých zdravotnických zařízeních, jsou například Austrálie, Itálie a Nizozemsko. WHO zkoumá využití MKF na mezinárodní úrovni (WHO, 2013).

Z evropských zemí jsou to severské země (Norsko, Švédsko a Finsko), které jsou nejdále ve využívání MKF. Začaly používat IC IDH International classification of impairments, disability and handicap (Švestková, 2013) po roce 1980 a postupně zpracovaly legislativu hlavně zdravotně sociální oblasti.

Praktická aplikace MKF znamená, že lékaři a nelékařské zdravotnické profese, kteří léčí člověka s disabilitou, běžně používají současně MKN 10 i MKF, kdy konkrétní kódy zanesou do zdravotnické dokumentace a hlavně do propouštěcí zprávy.

MKF může být spojovacím prvkem mezi intervencemi terapeutů a výstupním hodnocením. MKF tak může facilitovat k výběru vhodných funkčních testů pro podložení efektivity rehabilitace (Cieza et al. 2005).

Mezi další státy, které prakticky používají MKF, patří Irsko, které při nově vytvářeném zdravotně sociálním systému na národní úrovni v legislativě využily filosofii a kvalifikátory MKF.

Německo má kompletně implementovanou MKF do sociálního systému, do dlouhodobých sociálních podpor a služeb. Lékaři, kteří v Německu odpovídají za zhodnocení výše a druhu sociálních služeb a podpor, musí absolvovat kurzy MKF, jinak nejsou propláceny sociálními pojišťovnami (Schuntermann, 1996).

V Itálii byla MKF nejprve zařazena do legislativy ve zdravotním systému. Členové interprofesního rehabilitačního týmu, kteří pracují s pacienty – klienty s disabilitami, musí povinně absolvovat kurzy „Praktické aplikace MKF“, jinak nemají proplacené zdravotnické výkony zdravotními pojišťovnami.

Itálie byla první v Evropě, která zavedla tyto kurzy, a stala se tak metodickým centrem pro výuku MKF v Evropě. Jejich kurzy se na základě toho staly podkladem pro výuku a edukaci MKF v Evropě. Za Českou republiku se stala metodickým centrem pro výuku Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Švestková, 2013). Tento kurz je koncipován tak, že je rozdělen na 3 části. První, dvoudenní část obsahuje výuku obecné filozofie MKF a základní klasifikace, praktické kódování základní klasifikace. Poté následuje e-learningová část, kdy účastníci mají za úkol kódovat kasuistiky. Závěrečná dvoudenní část už je převážně praktické kódování a rady, jak kódovat a řešit problematické situace. Po ukončení absolventi kurzu získají diplom, který je kreditovaný pro ČR. Znění o absolvování kurzu je ve dvojím provedení, v angličtině a češtině a je platné pro všechny státy Evropské Unie. (viz. Příloha č. 1)

V Německu je vědecko-výzkumné centrum na Maximilian-Univerzitě v Mnichově. Přesný název tohoto vědecko-výzkumného centra je Institute for Health and Rehabilitation Sciences ICF Research Branch, institut úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací – WHO (Almansa et al., 2008).

Tým se skládá z 30 profesionálů různých odborností – psychologů, lékařů, fyzioterapeutů, logopedů a speciálních pedagogů. Vedoucím týmu byl prof. Dr. Gerold Stucki, který je renomovaným a světově uznávaným revmatologem. Za vlastní vědecko-výzkumnou práci zodpovídala klinická psycholožka Dr. Alarcos Cieza.

Klinické zázemí má Maximilian-Universität na univerzitní klinice Grosshadern, a to zejména na revmatologické klinice. Institut se věnuje tvorbě ICF Core Setů u akutních, subakutních i chronických stavů (viz tabulka výše Core setů). V rámci již zmíněného projektu MHADIE vzniklo 12 základních ICF Core Setů.

Počet Core Setů se každý rok zvyšuje a v současné době se používají 2 základní verze, a to stručná verze (brief) a rozšířená verze (comprehensive). Celkový počet Core Setů se pohybuje kolem 50 a lze je nalézt v anglickém jazyce na speciálních webových stránkách (ICF Research Branch, 2013).

Německý vědecko-výzkumný institut se zabývá nejen tvorbou Core Setů, jejich následným testováním a validizací, ale i jejich statistickým zpracováním, a to nejen v Německu, ale i v zahraničí. Univerzitní klinika Grosshadern používá při klinické aplikaci MKF detailně propracovaný formulář, který je součástí chorobopisu každého pacienta, a provádí se vždy při přijetí pacienta, následně při kontrole s týdenním odstupem, a při propuštění z nemocnice.

Vyšetřovací formulář má 2 základní části: prostor pro vyjádření pacienta – klienta, aby sdělil týmu, v čem on vidí hlavní problémy a na co se chce zaměřit, ve druhé části prostor pro vyjádření týmu, který pacienta vyšetřil (viz. obrázek č. 6). (Stucki et al., 2002).

Při vlastním diagnostickém procesu se postupuje podle následujících základních bodů. Identifikace problémů a potřeb pacienta, odebrání anamnézy a klinické hodnocení:

- Určení klíčových problémů
- Určení toho, co podmiňuje klíčové problémy
- Určení cílů terapie

Vlastní formulář podle principů MKF obsahuje základní položky, a to: Tělesné struktury a funkce, Aktivity a participace, Faktory prostředí. Formulář obsahuje i

osobnostní faktory (např. věk, stav, pohlaví, zaměstnání, vzdělání, počet dětí atd.), které dosud nejsou součástí MKF klasifikace (Stucki et al., 2002).

Formulář dále obsahuje základní diagnózu podle MKN-10 a cíle rehabilitační intervence, krátkodobý i dlouhodobý cíl, kde se přihlíží i k názorům, přáním a aktuálním potřebám pacienta. Každý pacient je posuzován jako individualita tak, aby se usnadnilo začlenění, inkluze pacienta – klienta, zpět do jeho prostředí, rodiny, zaměstnání, zálib (Stucki, Sigl, 2003).

Cílem celého diagnosticko-terapeutického rehabilitačního procesu je, v ideálním případě, návrat pacienta – klienta do původní kvality života, není-li to možné, pak alespoň dosáhnout co nejvyšší úrovně jeho funkčních schopností (Švestková, Pfeiffer, 2009).

Assessment with the ICF Sheet					
Reha-diagnosis ICD-10	Goals of rehabilitation Short-term: Long-term :				
Patient's perspective					
Rehabilitation team perspective	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Body-Structures/Functions</td> <td style="width: 50%;">Activities/Participation</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Environmental Factors</td> <td style="text-align: center;">Personal Factors</td> </tr> </table>	Body-Structures/Functions	Activities/Participation	Environmental Factors	Personal Factors
Body-Structures/Functions	Activities/Participation				
Environmental Factors	Personal Factors				

Obrázek č. 8 - MKF klinický formulář používaný na klinice Grosshadern

V USA byli odborníci z počátku k využívání MKF skeptičtí, nicméně v současnosti začínají používat MKF jako nástroj k hodnocení stupně disability a pro propojení rehabilitace ve zdravotnictví, sociální rehabilitace, pedagogicko-výchovné rehabilitace a pracovní rehabilitace. MKF je povinností používat u válečných veteránů v NATO – včetně Českých válečných veteránů z mírových sborů. Toto hodnocení

provádějí lékaři Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Bez tohoto hodnocení nedostanou váleční veteráni benefity v oblasti zdravotně sociální (Švestková, 2013).

V současné době je MKF čím dál tím více aplikováno v klinických výzkumech a klinické praxi v rehabilitaci po celém světě. (Stucki, Ewert, Cieza, 2002).

1.6.1 6. rámcový projekt Evropské Unie „Measuring Health and Disability in Europe; supporting policy development - MHADIE“

První vědecko-výzkumné projekty k praktické aplikaci MKF vznikaly na jednotlivých pracovištích v Evropské Unii, Austrálii, Kanadě a v USA. Vůdčím pracovištěm v Evropské Unii je Institute for Health and Rehabilitation Sciences ICF Research Branch, institut v Mnichově. Evropská komise iniciovala v rámci 6. Rámcového programu Evropské Unie (EU) projekt „Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development“ - MHADIE. Šlo o tříletý projekt, který probíhal v letech 2005 – 2007. Do tohoto projektu bylo zařazeno 16 klinických pracovišť z 10 států Evropské unie a Švýcarska, reprezentanti World Health Organisation – Světové zdravotnické organizace, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (The Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), Evropské komise a Rady Evropy, evropské zastřešující odborné organizace, organizace zdravotně postižených, vzdělávací zařízení, zaměstnavatelské organizace a úřady práce. Hlavním koordinátorem projektu byla doktorka Mathilde Leonardi z Istituto de Besta, Milano. Cílem projektu bylo prokázat užitečnost a praktickou aplikovatelnost biopsychosociálního modelu MKF při měření různých typů a prevalence disability a omezení aktivit a restrikcí participace v souvislosti s faktory prostředí. Základní otázka zněla, zda lze prakticky používat MKF na klinických pracovištích i ve zdravotně sociálním systému v zemích Evropské Unie. Mezi klinickými pracovišti, která se účastnila MHADIE, bylo i pracoviště z České republiky.

Instituce, které se projektu účastnily:

1. Istituto Nazionale Neurologico “Carlo Besta” Miláno (Itálie)
2. World Health Organisation, Ženeva (Švýcarsko)
3. European Federation of Neurological Associations, (registrovaná

v Belgii)

4. Mälardalen University, Eskilstuna (Švédsko)
5. Zurich University of Applied Sciences, School of Education (Švýcarsko)
6. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Agenzia Reg. Sanità (Itálie)
7. Institut Municipal d'Investigacio Medica, Barcelona (Španělsko)
8. Regione Lombardia (Itálie)
9. National Authority for the Persons with Handicap, Bukurešť (Rumunsko)
10. National Disability Authority, Dublin (Irsko)
11. Universidad Autonoma de Madrid (Španělsko)
12. Ludwig-Maximilians-University Munich, Mnichov (Německo)
- 13. Charles University in Prague, Department of Rehabilitation Medicine, The First Medical Faculty (Česká republika)**
14. University Hospital of Hamburg (Německo)
15. Institute for Rehabilitation, Republic of Slovenia (Slovinsko)
16. ICF consulting Finanziamenti Unione Europea, Milano (Itálie)

(CDC MHADIE, 2012)

Cíle projektu MHADIE :

1. Využití MKF k hodnocení občanů s disabilitou v Evropské Unii a smysluplné využívání zdrojů v oblasti služeb a dávek lidí s disabilitou.
2. Vedení průzkumů a uchování statistických dat o zdravotním stavu populace.
3. Prokázání, praktické aplikace MKF modelu i v oblasti popisu vzorců disability v klinických podmínkách, použitelnost pro sběr a analýzu dat v klinických, sociálních a vzdělávacích a pracovních odvětvích.
4. Použití facilitujících a bariérových faktorů prostředí jako ukazatele disability, disabilních situací, facilitátorů a bariér pro možnost získání zdravotně sociální služeb a podpor s cílem plného začlenění (inkluze) do společnosti.

5. Vytvoření politických doporučení a zásad pro používání MKF, týkajících se efektivního a koherentního využití v oblasti zdravotní, sociální, pedagogické, výchovné a pracovní rehabilitace, tedy praktické použití v národní legislativě a v politice

(CDC MHADIE, 2012)

Expertní skupina Evropské Unie během jednání, které bylo zaměřeno na občany s disabilitou v Evropské Unii, projednávala definici pojmu disability. Toto jednání probíhalo v Praze v červnu 2006 a účastnili se ho též reprezentanti WHO, Evropské komise, Evropské rady, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Organizace spojených národů a představitelé organizací občanů s disabilitami v Evropě. Výstupem jednání bylo přijetí návrhu definice disability, která byla definována jako snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí (Švestková, 2007).

Jak uvádí Švestková, velký posun je v tom, že MKF neklasifikuje člověka, ale popisuje a klasifikuje danou situaci každého člověka, která se vztahuje ke zdraví. MKF netvoří méněcenné názvy pro lidi, kteří mají znevýhodněnou pozici v životní situaci proti ostatním. MKF se snaží naopak vytvářet pozitivní terminologii a povzbuzovat pozitivní myšlení lidí (Švestková, 2007).

1.6.2 Studie Brunellovy Univerzity

Z dalších mezinárodních studií je významná studie Brunellovy Univerzity „Hodnocení disability v Evropě: podobnosti a rozdíly“. Rada Evropy požádala univerzitu o zpracování této studie s cílem zhodnotit u 15 států Evropské Unie posuzování stupně disability.

Mezi hlavní úkoly studie spadalo:

- popis disability jednotlivých států (včetně omezení v běžném životě),
- zjistit metody používaných hodnocení v jednotlivých státech,
- zjistit nástroje pro hodnocení disability v jednotlivých státech.

Výsledkem této studie je zjištění, že existuje široké spektrum definic disability a různé hodnocení disability, a že existují výrazné rozdíly v politických cílech, a proto odlišné vytváření hodnotících systémů. Z toho se dále odvíjí problémy, kdy v některém ze států může být člověk s disability hodnocen jako disabilní a v jiném nikoliv. Dalším výstupem studie bylo zjištění častého používání lékařského, tedy etiologického pohledu na problematiku, bez ohledu na kvalitu života při hodnocení disability. V hodnocení disability v některých zemích byl brán v úvahu hlavně medicínský model a jednotlivé státy hodnotily disability odlišně, nesrovnatelně (Švestková, 2007).

1.7 Stávající využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v sociální legislativě České republiky

Využití MKF má velký potenciál v oblasti změn v sociálním systému. MKF jde mimo tradiční medicínský model. Důležitým faktorem je identifikace a následné odstranění bariér indikací konkrétních facilitátorů. Neodstranění bariér může být velkou limitací k participaci osob s disability na komunitní úrovni (Howard et al., 2008).

V současné době jsou právní úpravy, které se týkají sociální problematiky lidí s disability v oblasti přidělování různých příspěvků a přidělení sociálních služeb, obsaženy hlavně v zákonech:

- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, který upravuje poskytování pomoci fyzickým osobám v nepříznivé životní situaci, kdy je možné získat příspěvek na péči a potřebné sociální služby,
- Zákon č. 435/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterým se mění zákon o zaměstnanosti (zrušení OZZ),
- Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením,
- Vyhláška č. 505/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Výše uvedená legislativa ohledně stanovení výše některých příspěvků a dávek je koncipována podle filozofie modelu MKF. Jde o invalidní důchod a stanovování příspěvku na péči (Zákon č. 108//2006 Sb., zákon č. 206/2009 Sb.).

Poskytnutí příspěvku má za cíl umožnit lidem s disabilitou zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí, měl by být lidmi s disabilitou používán pro úhradu sociálních služeb v případě, kdy člověk s disabilitou není schopen sám provést některý ze základních úkonů sebeobsluhy včetně technických pomůcek (Vyhláška č. 391/2011 Sb.)

1.7.1 Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování příspěvku na péči

Pro každého zdravého a plně funkčně schopného člověka je samozřejmostí provádět aktivity denního života a být soběstačný a samostatný. Pokud je člověk s disabilitou limitován v některých aktivitách a participacích, existují různé prostředky, jak najít řešení k samostatnosti a soběstačnosti:

1. **Zlepšení funkčních schopností** na podkladě rehabilitace.
2. **Kompenzace pomůckou nebo úpravou prostředí.**
3. **Asistence druhé osoby**, kdy v tomto případě vzniká závislost a člověk je odkázán na pomoc druhých.

Je potřeba efektivně stanovit funkční hodnocení jedince a z výsledků pak stanovit vhodné sociální služby a podpory. Tento proces by měl nastat jako zhodnocení (evaluation) po ukončení procesu rehabilitace ve zdravotnictví, kdy se člověk již funkčně nezlepšuje.

Závěr rehabilitace (viz. obrázek č.3): rehabilitační lékař indikuje potřebné sociální služby a podporu s cílem inkluze člověka s disabilitou do domácího prostředí. Cílem by mělo být aby, pokud je to možné, klienti nebyli závislí na další osobě. Některé druhy závislosti na druhém člověku je možné řešit kompenzačními pomůckami. I nejdražší kompenzační pomůcka v praktickém životě vyjde levněji, než fyzická dopomoc druhé osoby. Díky Zákonům č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů a

č. 329/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů může osoba získat potřebné sociální služby nebo potřebné kompenzační pomůcky (Švestková,2013).

Definice výše tohoto příspěvku na péči je součástí Zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Výše příspěvku na péči je posuzovaná v 10 základních oblastech, podle schopnosti člověka zvládat níže uvedené aktivity a je zpracovaná podle MKF:

- **Mobilita**, kdy se posuzuje, zda je člověk schopen vstávat a sedat si, stát, měnit různé polohy, ujít alespoň 200 m (i po nerovnostech), chůze po schodech (min. 1 patro) a používat dopravní prostředky.
- **Orientace**, kdy se posuzuje, zda člověk je schopen poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, orientovat se v čase i místě, orientace osobou, orientovat se v pro něj obvyklém prostředí a situacích.
- **Komunikace**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen se dorozumět a rozumět, komunikovat mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, zda je člověk schopen porozumět obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům a používat běžné komunikační prostředky.
- **Stravování**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen si vybrat ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, včetně obsluhy u potravin v dosahu (nalít nápoj, nakrájet a naporcovat stravu, naservírovat, najíst se a napít se).
- **Oblékání a obouvání**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen si vybrat a obléci oblečení a nazout obuv.
- **Tělesná hygiena**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen použít hygienické zařízení, umýt se a osušit se, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.
- **Výkon fyziologické potřeby**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen použít toaletu, vyprázdnit se a provést očistu, používat hygienické pomůcky.
- **Péče o zdraví**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen dodržovat určený léčebný režim, používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

- **Osobní aktivity**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen vstupovat do vztahů s jinými osobami, provádět denní program a aktivity obvyklé jeho věku a prostředí.
- **Péče o domácnost**, kdy se hodnotí, zda je člověk s disabilitou schopen hospodařit s penězi, manipulovat s předměty denní potřeby, vykonávat domácí práce apod.

(Zákon č. 108/2006 Sb, Vyhláška č. 391/2011 Sb)

Podle MKF se hodnotí tedy výše uvedené stupně závislosti. Předpis hodnotí základních 10 oblastí, ze stávajících 36 úkonů. Tento nový systém, který je nastaven podle modelu MKF, umožňuje zajistit efektivnější posouzení funkčního stavu člověka s disabilitou a pomáhá zajistit posuzování stupně závislosti a poskytování sociálních dávek a služeb. U stanovení závislosti osoby s disabilitou a přiznání příspěvku na péči zůstalo nastaveno na původní 4 stupně závislosti (MPSV, 2013).

Tyto 4 stupně odpovídají filozofii pětistupňového modelu MKF (kdy občan bez disabilit se rovná stupeň 0) a je tedy možné toto vnímat stejným měřítkem:

1 – lehký problém

2 – střední problém

3 – těžký problém

4 – totální problém

Člověk s disabilitou se tedy považuje za závislého ve 4 stupních:

Stupeň I – 800,- Kč, lehká závislost – vzniká, pokud člověk s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat 3 – 4 denní životní aktivity.

Stupeň II – 4000,- Kč, středně těžká závislost – vzniká, pokud člověk s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat 5 – 6 denních životních aktivit.

Stupeň III – 8000,- Kč, těžká závislost – vzniká, pokud člověk s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat 7 – 8 denních životních aktivit.

Stupeň IV – 12 000,- Kč, úplná závislost – vzniká, pokud člověk s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat 9 – 10 denních životních aktivit a je potřeba u této osoby mít stálý dohled nebo jí poskytovat dopomoc.

U **dětí a dorostu** do 18 let věku se hodnotí závislost také ve 4 stupních:

Stupeň I – 3000,- Kč, lehká závislost – vzniká, pokud dítě s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopno zvládat 3 denní životní aktivity.

Stupeň II – 6000,- Kč, středně těžká závislost – vzniká, pokud dítě s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopno zvládat 4 – 5 denních životních aktivit.

Stupeň III – 9000,- Kč, těžká závislost – vzniká, pokud dítě s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopno zvládat 6 – 7 denních životních aktivit.

Stupeň IV – 12 000,- Kč, úplná závislost – vzniká, pokud dítě s disabilitou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopno zvládat 8 – 9 denních životních aktivit a je potřeba u této osoby mít stálý dohled nebo mu poskytovat dopomoc další osobou (Seifert, Čeledová, 2012).

Při hodnocení funkčního stavu osoby s disabilitou se hodnotí tělesné struktury a tělesné funkce v souvislosti s poruchami funkčního stavu a většinou je dělá lékař (Seifert, Čeledová, 2012).

I v původním znění Zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění prováděli šetření ohledně příspěvku na péči sociální pracovníci. Od ledna 2013 podle nové Vyhlášky č. 391/2011 Sb. v platném znění je zhodnocování příspěvku na péči v kompetenci sociálních pracovníků na Úřadu práce. Sociální pracovník provádí toto šetření v domácím, přirozeném prostředí žadatele a má k dispozici hlavně rozhovor. Tento proces by měl být ukončením rehabilitační intervence, kdy interprofesní tým v závěrečné zprávě uvádí nezbytné údaje pro ošetřujícího lékaře, indikuje potřebné sociální služby a podpory. Na základě předpracovní rehabilitace jednotliví členové

interprofesionálního týmu spolupracují s úřadem práce v oblasti pracovní rehabilitace a v oblasti vzdělání indikují potřebné rekvalifikace nebo další vzdělávání.

Zdravotní stav pak posuzuje posudkový lékař, Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení na podkladě žádosti na úřadu práce (MPSV, 2013).

Sociální pracovníci využívají k hodnocení subjektivní dotazník kvality života The World Health Organization's Disability Assessment Scale (WHODAS II). Tento dotazník je nástroj, který hodnotí obecný funkční stav jedince. Poskytuje jednotlivé hodnocení z 6 domén a závěrečné celkové skóre (Mc Ardle et. al, 2005). Obsahuje celkem 36 položek, které se prolínají se zmíněnými doménami: porozumění a komunikace, pohyb po okolí, sebeobsluha, životní aktivity a participace, vycházení s lidmi, vztahy s lidmi. Tyto domény odpovídají biopsychosociálnímu modelu MKF. (Luciano et al., 2010). Do České republiky toto hodnocení kvality života uvedla Doc. MUDr. Olga Švestková v rámci projektu MHADIE, kterého se účastnil celý její interprofesní tým se 100 pacienty po traumatickém poškození mozku a 100 pacienty s roztroušenou sklerózou mozkomíšní (Švestková et al., 2009). Následně byl dotazník navržen jako hodnotící nástroj pro hodnocení příspěvku na péči pro klienty, kteří žádají sociální služby a podpory. Souběžné využívání MKF a nástrojů, které posuzují kvalitu života, mezi které subjektivní dotazník WHODAS II patří, může ukázat, na které kategorie je potřeba se více zaměřit během kódování MKF s ohledem na subjektivní postoj pacienta (Cieza, Stucki, 2005).

Nevýhodou hodnocení je, že funkční stav osoby s disabilitou v souvislosti s příspěvkem na péči neposuzuje profesionál, který je schopen funkčně diagnostikovat aktivity denního života a vhodnou intervencí dosáhnout maximální kvality života osoby, která je původně nesoběstačná.

U některých osob s disabilitou dochází ke komunikačním problémům nebo nedovedou objektivně posoudit své schopnosti vzhledem k psychiatrickému onemocnění nebo demenci.

Vzhledem ke komunikačním problémům, které mnoho lidí má, mohou tito lidé nesprávně přijímat informace. Chyby při zpracovávání informací vznikají často během zpětné vazby při komunikaci, která může být špatně vyjádřena, ale i špatně interpretována (Mojžíšová, 2013).

Klienti sociálních služeb tedy mají často problémy s komunikací, s reálným vyhodnocením jejich vlastní situace (např. klienti s diagnózou různého typu demence). Na druhé straně existují klienti, kteří chtějí dostat co nejvyšší stupeň závislosti a získat co nejvyšší finanční příspěvek od státu. Vzdělání sociálního pracovníka ho neopravňuje k hodnocení soběstačnosti klienta, indikaci pomůcek k indikaci facilitujících faktorů prostředí. Nemůže například zhodnotit ani vyzkoušet přesun klienta do vany a z vany, ani určit potřebnou míru asistence druhé osoby pro klienta a indikovat potřebné kompenzační pomůcky.

Sociální pracovník navrhuje klientovi vhodné sociální služby a podpory, sociální dávky, provádí sociální šetření i intervenci. Stává se case managerem a koordinátorem sociálních služeb a propojuje jednotlivé prostředky rehabilitace hlavně v zdravotně sociální oblasti, ale i v oblasti zaměstnanosti a vzdělání, je důležitým článkem koordinovaného systému.

Soběstačnost a její hodnocení je doménou profese ergoterapeuta. Ergoterapeuti jsou již během studia vzděláváni a vedeni k tomu, aby uměli objektivně zhodnotit aktivity denního života, znají nástroje k efektivnímu hodnocení funkčního stavu pacienta – klienta, dokáží indikovat vhodné kompenzační pomůcky a učí pacienty – klienty, jak je správně používat. Ergoterapeuti mají znalosti k hodnocení domácího prostředí a poskytování poradenství ohledně bezbariérovosti.

Proto se domníváme, že by bylo vhodné využívat k těmto účelům ergoterapeuty a zdravotně sociální pracovníky. Obor zdravotně sociální pracovník je v České republice studijním oborem a první z těchto absolventů budou končit své studium např. na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Doménou ergoterapie je hodnocení, diagnostika a trénink aktivit denního života. Ideálním stavem je, pokud ergoterapeut má možnost hodnotit tyto aktivity v prostředí člověka s disabilitou, proto jsou ergoterapeutické teorie a modely úzce propojeny s MKF (Stamm et al., 2006).

Ergoterapie je obor zaměřený na klienta, jehož cílem je soustředit se na zdraví a celkovou pohodu jedince pomocí funkční diagnostiky, tréninku, indikace pomůcek, evaluace bytu, eventuálně jeho výměny, následně indikace odpovídajících služeb a dávek. Hlavním cílem však je to, aby lidé byli schopni provádět své každodenní aktivity

(WFOT, 2012). Hagedorn ji spatřuje jako profesi, která spadá do lékařských i sociálních věd. (Hagedorn, 2001).

Ergoterapeut má k dispozici mnoho standardizovaných nástrojů, kterými může efektivně a objektivně zhodnotit soběstačnost u pacienta. Do položek soběstačnosti se řadí aktivity denního života, které dělíme na personální a instrumentální. Do personálních aktivit denního života patří oblékání a svlékání, omývání se, osobní hygiena, obsluha na toaletě, sebesycení a pití. Do instrumentálních denních aktivit se řadí např. domácí práce, nakupování, transport (Švestková, Svěčená in Kalvach, 2011).

Jedním z takových nástrojů je **Test Barthelové**, kdy jde pravděpodobně zdravotnickými odborníky o nejpoužívanější standardizovaný test v České republice. Test postihuje položky aktivit denního života. Původně byl vyvinut v nemocnici Maryland pro pacienty s neuromuskulárními a muskuloskeletárními chorobami, ale dokáže otestovat veškeré osoby s disabilitou. Tento test hodnotí funkční schopnosti na 3 možných stupních, proto se považuje za méně citlivý test. Jeho nevýhodou je, že nehodnotí kognitivní a fatické disability (Lippert-Grünnerová, 2005).

Proto vhodnější metodikou pro použití je **Funkční míra nezávislosti** (Functional Independent Measure), která oproti indexu Barthelové testuje i kognitivní a psychosociální oblasti. Tento test má sedmistupňovou škálu a určuje míru závislosti člověka s disabilitou a míru potřeby asistence další osoby v 18 položkách (Švestková, Svěčená In Kalvach, 2011; UDSMR 2009). Test, který dosud v České republice ergoterapeuti nevyužívají, je **Funkční míra hodnocení** (Functional Assessment Measure). Pochází z Anglie a obsahuje rozšíření o dalších 18 položek testu Funkční míry nezávislosti, proto se velmi často nazývá Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure, značeno FIM+FAM. Rozšířené položky obsahují oblast kognitivních funkcí a některé z instrumentálních aktivit denního života. Hodnotící škála je totožná se škálou Funkční míry nezávislosti (Turner-Stokes, 1994).

1.7.2 Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování a posuzování invalidity

Další oblastí, která zaujímá v sociálním systému význačné místo, je stanovování a posuzování invalidity. Invalidita je obsáhlou kategorií, která zahrnuje zdravotní, pracovní (funkční hodnocení k pracovním schopnostem), sociální, právní a ekonomické

skutečnosti. Příčinou invalidity je postižení zdravotního stavu člověka, které má charakter dlouhodobě nepříznivého stavu a může se projevit na snížení jeho funkčního stavu a tedy snížení schopnosti k práci.

Invalidita je sociální událostí v životě člověka. Bývá spojena s limitací v oblasti výdělečných činností člověka. Jak velká limitace v oblasti výdělku je, podmiňují různé okolnosti: zbytkový pracovní potenciál, druh zdravotního postižení a s tím související možnost a schopnost uplatnit se na pracovním trhu. Pokud daná osoba nemůže vůbec vydělávat nebo jen v menším rozsahu, je nutné hledat příjem z jiných zdrojů, v tomto případě ze systému sociálního pojištění (invalidní důchody) a ze systému státní sociální podpory (Kahoun et al., 2009).

Posuzování invalidity vychází z původního Zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášky č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Aktuální je Vyhláška č. 359/2011 Sb., která vychází právě z předpisů Vyhlášky č. 284/1995 Sb. (Vyhláška č. 359/2011 Sb.). Zákon č. 155/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů o důchodovém pojištění uvedl v praxi změny v oblasti invalidních důchodů od roku 2010, kdy nově vymezil tři stupně invalidity (Zvoníková et al. 2010; Vyhláška 284/1995 Sb.; Zákon 155/1995 Sb.).

Tento trojstupňový systém invalidity je také dělaný podle MKF, ve spolupráci s Klinikou rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, která je metodickým centrem právě pro MKF (Švestková, 2013).

Člověk se stává invalidním (v případě důchodového pojištění) tehdy, pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dojde k poklesu jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Invalidita I. stupně – pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu klesla jeho pracovní schopnost o 35 % – 49 %.

Invalidita II. stupně - pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu klesla jeho pracovní schopnost o 50 % – 69 %.

Invalidita III. stupně - pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu klesla jeho pracovní schopnost nejméně o 70 %.

Při stanovování stupně invalidity posudkoví lékaři vycházejí z výsledků funkčních testů (Zvoníková et al., 2010).

1.7.3 Možnost využití mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví pro stanovování příspěvku na mobilitu a zvláštní pomůcku

Následující zákony z oblasti sociální problematiky už nejsou připraveny podle MKF, ale domníváme se, že je možné zmíněné dávky podle MKF hodnotit a připravit tak efektivní hodnotící systém. Tyto zákony umožňují lidem s disabilitou získat příspěvek na zvláštní pomůcku (vlastně dle MKF facilitátor) a pomáhají jim tedy ke zvýšení soběstačnosti. Velké množství kompenzačních pomůcek hradí plně nebo zčásti zdravotní pojišťovny. Veškeré pomůcky, které hradí zdravotní pojišťovny, jsou uvedeny v Číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny – zdravotnických pomůcek. Pomůcky jsou rozděleny do těchto skupin:

Obvazový materiál, náplasti

Pomůcky pro inkontinentní

Pomůcky stomické

Ortopedicko protetické pomůcky sériově vyráběné

Ortopedicko protetické pomůcky individuálně zhotovené

Kompresní punčochy a návleky

Vozíky invalidní včetně příslušenství

Sluchadla včetně příslušenství

Brýle a optické pomůcky

Pomůcky respirační a inhalační

Pomůcky pro diabetiky

Kompenzační pomůcky pro tělesně postižené

Dále nespecifikované pomůcky

Kompenzační pomůcky pro zrakově

Kompenzační pomůcky pro sluchově postižené

Obuv ortopedická

Pomůcky pro laryngektomované

Jako příklad bychom uvedli pomůcky pro usnadnění mobility (hole, berle, vozíky), dále některé pomůcky v oblasti ADL, jako je sedačka na vanu, nástavec na WC (VZP, 2013).

Velkým problémem pro pacienty bývá získání pomůcek na soběstačnost, které nejsou plně nebo vůbec nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Někdy i drobná pomůcka může zásadním způsobem zvýšit kvalitu života člověka s disabilitou. Např. vezměme v úvahu neschopnost se nasytit z důvodu absence úchopu. Někdy v takovém případě stačí modifikovaný příbor, díky kterému bariéra v této aktivitě vymizí. Tento modifikovaný příbor se tak stává facilitátorem pro daného jedince. Na některé pomůcky, které nehradí zdravotní pojišťovny a které mohou být výrazným facilitátorem pro člověka s disabilitou, je možné žádat o příspěvek právě na podkladě Zákona č. 329/2011 Sb. v platném znění.

Poskytování dalších dávek osobám se zdravotním postižením upravuje Zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění, který upravuje podmínky, kdy je možné zmíněné dávky lidem s disabilitou poskytnout.

Mezi tyto dávky patří:

- Nárok na **příspěvek na mobilitu**, na který má nárok osoba, která je starší jednoho roku a která je držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P. Tento příspěvek na mobilitu se poskytuje ve výši 400,- Kč za 1 měsíc.
- **Příspěvek na zvláštní pomůcku**, může získat osoba s disabilitou, která má některé z těžkých postižení pohybového systému nebo některou ze smyslových vad. Zvláštní pomůckou je myšlena pomůcka, která usnadní osobě s disabilitou položky v soběstačnosti nebo v pracovní oblasti (včetně vzdělávání). Jedním z typů zvláštních pomůcek, na které je možné získat příspěvek, je příspěvek na **pořízení motorového vozidla**. Maximální výše jednoho příspěvku na zvláštní pomůcku nesmí přesáhnout 350 000 Kč a součet těchto příspěvků nesmí překročit 800 000 Kč. Kritéria omezení věkem jsou taková, že osoba s disabilitou musí být starší 3 let, pokud žádá o příspěvek na úpravu bytu nebo na pořízení motorového vozidla, na schodolez, stropní zvedací systém, schodišťovou plošinu a schodišťovou sedačku. Pokud je osoba s disabilitou starší 15 let, může žádat o příspěvek na vodícího psa, a pro ostatní pomůcky musí být starší 1 roku (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Vyhláška č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, upravuje hlavně seznam zvláštních pomůcek a dovednosti vodičího psa. Jsou zde rozděleny zvláštní pomůcky na několik kategorií:

- **Zvláštní pomůcky pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí**, kam spadají úpravy motorových vozidel, stavební úpravy bytu, speciální úpravy počítače, přenosná rampa, schodolez, nájezdové ližiny nebo schodišťová sedačka (včetně instalace).
- **Zvláštní pomůcky pro těžce zrakově postižené**, kam spadají speciální programy pro zrakově postižené, různé digitální přístroje pro čtení a zapisování, různé komunikační pomůcky, tiskárny, popisovače, diktafon, lupy apod.
- **Zvláštní pomůcky pro těžce sluchově postižené**, kam spadají různé typy signalizací, různých speciálních programů, elektronických komunikačních a orientačních pomůcek.

(Vyhláška č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů.)

- **Zvláštní pomůcky určené osobám se zdravotním postižením**, kam patří Motorové vozidlo a Speciální zádržní systémy

(Vyhláška č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů.)

Jak z výše uvedeného vyplývá, některé ze sociálních zákonů jsou často postaveny dle modelu MKF. Nicméně toto neplatí pro Vyhlášku č. 356/2012 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o sociálních dávkách osobám se zdravotním postižením, a pro Vyhlášku č. 409/2012 Sb. (Vyhláška č. 356/2012 Sb., Vyhláška č. 409/2012 Sb)

MKF má široké využití, Escorpizo tvrdí, že MKF je využitelné i v pracovní rehabilitaci (Escorpizo et al., 2011).

MKF poskytuje nový revoluční pohled na zdravotnické služby a sociální služby, kdy ukazuje možné propojení těchto služeb na podkladě biopsychosociálního modelu (Martuzzi et al., 2008).

Využití MKF v České republice se nově rýsuje i v oblasti odškodnění ztížení společenského uplatnění. Od 1. 1. 2014 neplatí Vyhláška č. 440/2001 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění ze dne 30. 11. 2001, ve které byly uvedeny sazby bodového hodnocení na ztížení

společenského uplatnění úrazů a nemocí z povolání. Tímto byl zrušen systém odškodňování náhrady za snížení společenského uplatnění. Nový Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., který je platný od 1. 1. 2014, nařizuje plné odčinění újmy, která se hodnotí podle soudcova nejlepšího vědomí a svědomí. Soudcovská unie České republiky a Česká advokátní komora připravují ve spolupráci s akademickou sférou nový návrh zákona k odškodnění ztížení společenského uplatnění podle MKF. Jeho zástupci vytvořili pracovní skupinu, která spolupracovala se zástupci Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kteří mají licenci k výuce MKF, na společné výuce právníků, pojistitelů a lékařů – soudních znalců. První kurz, kterého se zúčastnilo více, než 80 účastníků, proběhl na Klinice rehabilitačního lékařství ve dnech 7-8.4.2014 a 2-3.6.2014, v mezidobí frekventanti se edukovali systémem e-learning. (Vyhláška č. 440/2001 Sb., Zákon č. 89/2012 Sb.)

Právníci se shodli na faktu, že soudní znalci, kteří se budou k této problematice vyjadřovat, musí postupně absolvovat kurzy MKF (Zdravotnické noviny, 2014, Mach, 2014)

Inovativní myšlenka (viz teze naší dizertační práce z roku 2009) spočívá ve výzkumu využitelnosti MKF v sociálních službách. Konkrétně jde o facilitující prostředky: „Zvláštní pomůcky“ podle Zákonu č. 89/2012 Sb. a Vyhlášky č. 440/2001 Sb., které ve svých důsledcích zlepšují výkon člověka s disabilitou a umožňují jeho co nejvíce možnou soběstačnost a dosažení maximální možné kvality života. V případě, že dojde k povinnému využívání MKF jak ve zdravotnických službách, tak v sociálních službách, mohla by MKF být pomocným nástrojem ke koordinaci zdravotně sociálních služeb.

Grantová výzva Evropské Unie – Horizon 2020 vlastně vychází z naší původní myšlenky využití MKF. Konkrétně se jedná o program EU Horizon 2020, vytvoření sítě evropských pracovišť v oblasti Zdraví, demografické změny a wellbeing, grantová výzva Horizon 2020 Call: H2020-PHC-2014-single-stage Topic: PHC-26-2014 Type of action: RIA Proposal number: SEP-210135669 Proposal acronym: ESTER. Tento projekt již prošel předběžným schválením (European Commission, 2014). Za Českou republiku se této výzvy účastní 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, konkrétně Klinika rehabilitačního lékařství a Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze a jejich společné pracoviště na 1. lékařské fakultě

Univerzity Karlovy v Praze „Centrum aplikačních výstupů a spin-off firem“. Projekt EU je koncipován jako síť Evropských pracovišť, které budou vypracovávat databáze technických prostředků a pomůcek, které by měly být využitelné ve všech zemích Evropské unie (přeložený do národních jazyků). Databáze bude zpracována v souvislosti s facilitujícími faktory prostředí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Seznam pomůcek bude kategorizovat potřebné pomůcky podle konkrétních funkčních schopností klientů, například bude určovat konkrétní vhodné a potřebné pomůcky pro zlepšení soběstačnosti a samostatnosti pro občany s různým funkčním postižením, např. člověka s hemiparézou.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce a hypotézy

Výzkumem této práce chceme zjistit využitelnost MKF v sociálních službách, v oblasti Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhlášky č. 388/2011 Sb, ve znění pozdějších předpisů.

Cíle práce:

1. Potvrdit využitelnost MKF ve funkčním hodnocení aktivit a participací.
2. Potvrdit využitelnost MKF v oblasti faktorů prostředí s cílem dosáhnout maximální možné kvality života pacientů.
3. Potvrdit využitelnost MKF v oblasti návrhu zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, hlavně u klientů s fyzickým postižením

Výzkumná otázka:

„Je nový zákon o poskytování dávek kompatibilní s Mezinárodní klasifikací funkčních poruch, disability a zdraví?“

Jedná se především o Zákon č. 329/2011 ve znění pozdějších předpisů, který definuje přiznání nároku na zvláštní pomůcku. Zvláštními pomůckami jsou hlavně schodolez, stropní zvedací systém, schodišťová plošina a schodišťová sedačka, stavební úpravy bytu, speciální úpravy počítače, přenosná rampa, nájezdové, speciální zádržní systémy.

2.2 Metodika

Klinický výzkum probíhal u 30 pacientů – klientů po poškození mozku, kteří byli nebo jsou pacienti denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a zároveň byli nebo se nově stali klienty některé ze sociálních služeb. Denní rehabilitační stacionář kliniky je jediným zdravotnickým zařízením tohoto druhu v České republice, které zajišťuje intenzivní interprofesní rehabilitační program, individuálně zaměřený na pacienty po poškození mozku. Jde o rehabilitaci na komunitní úrovni, kdy pacient je doma, ve svém bydlišti. Po ukončení pracovní neschopnosti je nezbytné, aby využíval individuálně nastavené dlouhodobé sociální podpory a služby. Všichni pacienti denního stacionáře jsou doma nebo dočasně u svých příbuzných a docházejí na kliniku po dobu 4 týdnů. Program je nastaven po pracovní dny době od 8:30 do 15:30. V této době je klientům poskytována intervence od jednotlivých členů interprofesního týmu lékaře, psychologa, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda, speciálního pedagoga. Klienti docházejí i na skupinové terapie ergoterapeutické a fyzioterapeutické skupinové terapie, kombinované terapie, které vede ergoterapeut spolu s fyzioterapeutem, relaxační skupinu, muzikoterapii, taneční terapii, arteterapii i skupinové vaření, kde si pacienti – klienti sami vyzkoušejí, které pomůcky mohou využít pro přípravu jídla a následnou konzumaci.

Rehabilitační lékař indikuje vyšetření odborníků interprofesního rehabilitačního týmu a rozhodnutí o přijetí klienta do programu denního stacionáře kliniky společně hodnotí členové interprofesního týmu (ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, logoped, speciálního pedagog, sociální pracovník). V případě návrhu přijetí do denního stacionáře vypracují cíle a plán intervence. Každý klient musí projít sociálním šetřením. Sociální pracovnice je členem interprofesního rehabilitačního týmu a je nezbytným, důležitým a nepominutelným článkem koordinované rehabilitace. Na závěr denního stacionáře probíhá kasuistická konference, kdy jednotliví členové interprofesního týmu provedou zhodnocení funkčního stavu klienta a rozhodnou o dalších postupech a stanoví další cíle a plány klienta, případně o ukončení jeho rehabilitačního procesu. Navrhnou nezbytné sociální služby a podpory, vyjádří se k možnému dalšímu vzdělání a provedou ergodiagnostiku (předpracovní rehabilitaci), kdy se vyjádří obecně k dalšímu možnému zaměstnání.

U všech klientů studie proběhlo vstupní lékařské vyšetření s indikací dalších vyšetření ostatních členů interprofesního rehabilitačního týmu, včetně vyšetření ergoterapeuta, psychologa a sociálního pracovníka. Do studie byli zařazeni klienti s motorickými problémy, kteří neměli výraznější kognitivní deficit. Následně byla provedena domácí návštěva ergoterapeutem. Na jejím podkladě byla zpracována evaluace bytu vzhledem k bezbariérovosti a doporučeny facilitační prostředky. Ergoterapeut navrhl, pokud to bylo možné, bezbariérové řešení, poradenství a indikaci potřebných kompenzačních pomůcek. V případě, že bezbariérové řešení nebylo možné, doporučil výměnu bytu za byt bezbariérový. Při hodnocení domácí návštěvy se ergoterapeut zaměřil na konkrétní implementaci zákona o poskytování dávek na zvláštní pomůcku pro člověka s fyzickou disabilitou. Konkrétně jde o doporučení „zvláštních pomůcek“ (schodolez, stropní zvedací systém, schodišťovou plošinu a schodišťovou sedačku, stavební úpravy bytu, speciální úpravy počítače, přenosná rampa, nájezdové, speciální zádržní systémy). V naší studii ergoterapeut u každého klienta provedl dvakrát domácí návštěvu, poprvé v době pobytu klienta ve stacionáři a poté podruhé v intervalu jednoho roku po ukončení denního stacionáře (viz Obrázek č.10 – linka).

První hodnocení evaluace bytu ergoterapeutem bylo provedeno v průběhu 4 týdenního denního rehabilitačního stacionáře, kdy byla provedena první návštěva doma. Někteří klienti již měli část indikovaných pomůcek doma, někteří z nich neměli žádné. Druhá domácí návštěva a zhodnocení klienta ergoterapeutem proběhla po roce od ukončení denního stacionáře. V této době již měl klient veškeré potřebné informace ohledně facilitujících faktorů k bezbariérovosti. Po roce již někteří klienti měli uzpůsobené prostředí podle návrhu na bezbariérovost, event. vyměněný byt, v některých případech i získali potřebné technické prostředky a kompenzační pomůcky.

Ergoterapeut, ve spolupráci s ostatními členy týmu, během pobytu pacienta v denním stacionáři, provedl klasifikaci klienta v oblasti aktivit a participací a faktorů prostředí MKF. Tato klasifikace určila potřebné facilitující faktory a tím mohl ergoterapeut indikovat konkrétní facilitátory prostředí, tedy indikaci potřebných zvláštních pomůcek. Pacient byl hodnocen podle standardních metodik Functional Independent Measure + Functional Assessment Measure (FIM+FAM) a dotazníku kvality života World Health Organisation's Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO DAS II). Chtěli jsme zjistit, zda se participace pacienta po poskytnutí potřebného vybavení a kompenzačních pomůcek zlepšila z hlediska objektivního i subjektivního.

Mezi objektivní metody hodnocení patří měřitelné standardizované metodiky. Mají přesný popis činnosti, manuál, který se musí přesně dodržovat, u některých používaných metodik je nezbytné školení, kurzy. Oproti tomu subjektivní metodiky, do kterých patří i subjektivní dotazník kvality života, zohledňují subjektivní pohled, vnímání a pocity klienta. Důležité je srovnání objektivního a subjektivního pohledu. Profesionál měl vždy dbát a zohlednit i subjektivní náhled klienta.

2.2.1 Výběr výzkumného vzorku

Pro výběr základního souboru byl použit účelový výběr pacientů/klienti, kteří splňovali kritérium poškození hrubé motoriky, hlavně chůze a naopak neměli těžké poškození kognitivních funkcí. Lékaři indikovali pacienty/klienty do naší studie podle přesně daných kritérií. Tento výzkum se zaměřuje na praktické využití MKF v oblasti zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, který definuje poskytování dávek na poskytnutí motorového vozidla, speciálních zádržných systémů, schodolezů, ramp a schodišťových plošin, byli vybráni pacienti po poškození mozku, hlavně s poruchou mobility a podle tohoto faktu jsme vytvořili kritéria pro vstup do studie.

2.2.1.1 Kritéria pro vstup do studie

- získané poškození mozku,
- porucha motoriky,
- muži i ženy ve věku od 24 do 60 let,
- podepsaný informovaný souhlas schválený etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze,
- schopnost pochopení instrukcí a porozumění informovaného souhlasu (u všech klientů provedeno psychologické vyšetření za tímto účelem).

2.2.1.2 Kritéria vylučující účast na studii

- těžké smyslové poruchy,
- těžké fatické a kognitivní poruchy,
- těžké psychiatrické onemocnění,
- nespoupráce klienta,
- komorbidity, které podstatně ovlivňují funkční stav klienta.

2.2.2 Použité výzkumné nástroje

Data v naší výzkumné práci byla získána z několika zdrojů:

- z rozhovoru s klienty zaměřeného na eventuelní používání zvláštních pomůcek,
- z pozorování klientů
- z ergoterapeutického vyšetření v rámci domácí návštěvy klientů provedené ergoterapeutem
- z klasifikování klientů dle MKF, kdy z vybraných domén výkon u aktivit a participací byl přímo vázán na facilitující faktory prostředí (tedy zvláštní pomůcku),
- z použití standardizovaného objektivního funkčního testu FIM + FAM (Funkční míra nezávislosti a Funkční míra hodnocení), který byl použit striktně jen pro výzkumné účely,
- z použití dotazníku kvality života WHO DAS II.

2.2.2.1 Rozhovor, pozorování a ergoterapeutické vyšetření

Nejprve bylo provedeno první ergoterapeutické vyšetření v rámci pobytů klientů v denním stacionáři Kliniky rehabilitačního lékařství a následně hodnocení domácího prostředí, domácí návštěva.

Byla provedena ergoterapeutická diagnostika a hodnocení funkčního stavu klientů na podkladě informací získaných z prvního vstupního vyšetření a následně na podkladě zjištěných informací z pozorování a rozhovoru. Pro účely této práce bylo využito záznamu informací pomocí videozáznamu a písemného záznamu. Se závěrem funkčního vyšetření provedeného ergoterapeutem byly stanoveny cíle ergoterapie a terapeutická intervence jako součást krátkodobého a dlouhodobého ergoterapeutického plánu. Vyšetření mohlo být ovlivněno spoluprací a motivací pacienta, možnou přítomností rodinných příslušníků, typem postižení pacienta/klienta (např. mentální deficit, kognitivní deficit, náhled pacienta, smyslové postižení). Pro zpřesnění informací ergoterapeut zjišťoval informace i od rodinných příslušníků pacienta/klienta. Ergoterapeut v rámci vyšetření zjišťoval rodinnou anamnézu, osobní anamnézu a nynější onemocnění. Ergoterapeut doplnil školní anamnézu, dosažené vzdělání, případně kurzy, které klient/pacient absolvoval. U pracovní anamnézy ergoterapeuta zjišťoval dosavadní povolání klienta, jeho možnosti a očekávání, veškeré

pracovní pozice, které pacient/klient zastával a délku jejich provádění, vedlejší pracovní poměry, brigády a koníčky. Ergoterapeut zjišťoval zájmy klienta, které jsou nedílnou součástí ergoterapeutického vyšetření a mají souvislost s navazující ergoterapeutickou intervencí, aby terapeut mohl stavět na motivaci pacienta v následujících terapiích. Ergoterapeut zjišťoval nejen aktuální zájmy, ale i zájmy před atakou onemocnění v minulosti. Pro nutnost aktivizace, zjišťoval i denní režim klienta, zda má klient nějaké povinnosti apod.

Následně ergoterapeut zhodnotil aktivity denního života včetně event. používaných pomůcek. Mezi důležité položky, které ergoterapeut hodnotil, patří mobilita klienta, přesuny. Hodnotil úroveň soběstačnosti klienta, tedy položky aktivit denního života (ADL). Ergoterapeut vyšetřoval jak personální, tak instrumentální aktivity denního života. Do personálních ADL patří osobní hygiena, koupání, oblékání a svlékání, sebesycení, použití WC. Do instrumentálních ADL patří příprava jídla, domácí, nákup, transport po okolí a v komunitě, léky a jejich příprava.

Mezi dalšími položky, které ergoterapeut vyšetřoval, patřilo vyšetření funkční motoriky horních končetin, vyšetření smyslů a kognitivních funkcí. Rozdíl mezi psychologickým a ergoterapeutickým vyšetřením je ten, že ergoterapeut hodnotí hlavně vliv jejich poškození na ADL. Klienti denního stacionáře absolvovali i psychologické vyšetření, na jehož podkladě bylo stanoveno, zda jsou vhodní pro účast ve studii.

Hodnocení domácího prostředí ergoterapeut provedl nejprve anamnesticky, rozhovorem, kdy zjišťoval bytovou situaci, jaké je domácí prostředí pacienta/klienta, zda jde o dům či byt (panelový, rodinný dům), zda jsou v interiéru a v exteriéru schody - před domem, v domě (odpočívací plocha mezi patry, zábradlí), zda je v domě výtah a případně, pokud je potřeba, zda se do něj vejde vozík. Mezi důležité zjištěné informace patřilo, zda se pacient/klient zvládl dostat sám do/z bytu a případně jak velkou pomoc potřeboval a kdo mu pomáhal. Ergoterapeut dále zjišťoval, zda pacient/klient prováděl nějaké bezbariérové úpravy v bytě nebo zda je měl v plánu provést, případně zda by byl ochoten vyměnit byt za bezbariérový. Poté, co bylo provedeno ergoterapeutické vyšetření a byla také stanovena pro účely výzkumu indikace domácí návštěvy, ergoterapeut provedl hodnocení domácího prostředí. Při domácí návštěvě ergoterapeut zhodnotil bariérovost prostředí pro klienta, stanovil potřebné kompenzační pomůcky.

Jednou z nejdůležitějších oblastí pro účely této práce bylo sociální šetření sociálním pracovníkem včetně zjištění, zda klient má určité sociální dávky a podpory, např. výše příspěvku na péči, zda má pacient přiznaný invalidní důchod v případě, že

klient nemá všechny potřebné sociální dávky a podpory, sociální pracovník přistoupí k poradenství a doporučí mu sociální dávky a podpory, který klient individuálně potřebuje. Součástí sociální anamnézy je i sdílení domácnosti, s kým pacient žije, zda se stýká s rodinou, zda má děti a další rodinné příslušníky a příbuzenské vazby.

2.2.2.2 Hodnocení domácí návštěvy

Provedení evaluace bytu a zhodnocení domácího prostředí klienta a následně poradenství ergoterapeuta je nezbytné pro zajištění jejich maximálně možné kvality života.

Indikace domácí návštěvy ergoterapeutem je důležitá pro:

- Zjištění úrovně a způsobu provádění aktivit denního života v přirozeném prostředí pacienta, a případně zjištění nutnosti asistence druhé osoby.
- Návrh a pomoc rodinným příslušníkům připravit bezbariérové prostředí pro umožnění návratu pacienta do domácího prostředí z nemocničního prostředí, a to v dostatečném časovém předstihu

Jednou ze základních rolí ergoterapeuta je zjistit aktuální funkční stav klienta v oblasti aktivit a participací a na základě toho indikovat ergoterapeutickou intervenci. Jedná se často o doporučení vhodné kompenzační pomůcky. Pro účely této práce se jednalo o „zvláštní pomůcky“. Ergoterapeut následně provedl nácvik jejich používání, navrhl vhodné rozmístění nábytku i stavební úpravy bytu, tedy konkrétní návrh facilitujících prostředků, pro zajištění bezbariérového prostředí. Pokud nebylo možné navrhnout bezbariérové řešení, přicházel v úvahu návrh na výměnu bytu za bezbariérový. Tento konkrétní úkol řešila sociální pracovníce.

V ideálním případě domácí návštěvu prováděl tandem ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník a v jednom případě tandem ergoterapeut, fyzioterapeut. Záleželo na účelu a cíli domácí návštěvy. Pokud bylo potřeba nalézt vhodné řešení pro provedení aktivity z motorického hlediska, u velmi těžce motoricky disabilního klienta je ideální provedení domácí návštěvy v kombinaci ergoterapeut, fyzioterapeut, což se v naší práci prokázalo u jednoho našeho klienta. Pokud však je potřeba zároveň provést poradenství ohledně možnosti získání sociálních dávek a podpor, konkrétně např. příspěvků na úpravu bytu, sociální šetření k možnosti pomoci druhé osoby např. členů rodiny, přátel, sousedů, a další sociální pomoci je, v těchto případech, pro provedení domácí návštěvy ideální kombinací ergoterapeut a sociální pracovník. Sociální pracovník je

důležitý a nezbytný člen interprofesního týmu a odborník na sociální problematiku. Sociální pracovník řeší často právě dávky a služby, o které si klient může požádat, případně pomoc nadací, obecně prospěšných společností, spolků. Tento tandem takto fungoval v naší studii.

Provedením domácí návštěvy je možné odhalit mnoho informací o klientovi, které by jiným způsobem sběru dat zůstaly nepoznány. Například v případě, kdy je u klienta indikován nový elektrický nebo mechanický vozík, se někdy může stát, že klient nemá dostatečný přístup na vozíku do bytu, má u vchodu např. 3 schody a tak pro něj vzniká omezení v přístupnosti do bytu na vozíku, což se často v České republice stává, protože se běžně evaluace bytu neprovádí. Klient sám si většinou nedovede představit, že toto může být bariéra a proto tuto informaci není možné zjistit jinou formou, než pomocí domácí návštěvy. V tomto případě je nezbytné následně nejprve vyřešit tyto bariéry a až poté indikovat vhodný typ vozíku (facilitátoru). Pokud klient potřebuje vozík, je nutné a nezbytné vyřešit jakékoli bariéry, které by neměly bránit předepsání vhodného vozíku, protože to je pro klienta většinou jediná možnost pohybu.

Při provádění hodnocení bytu, pro účely studie a během domácí návštěvy u pacienta/klienta si ergoterapeut všiml terénu v okolí domu, přístupu do domu, zda tam byly schody (jejich výška, šířka, hloubka, zda bylo přítomno zábradlí, jak vysoké apod.) nebo rovný terén, zda byl v domě výtah, šířku jeho dveří, tedy jaký byl přístup do výtahu, v jakém patře pacient/klient bydlel apod. a zda se zvládal dostat do bytu sám nebo s asistencí.

Pokud byl v domě výtah, ergoterapeut hodnotil jeho velikost a šířku (např. pro otáčení vozíku), přístup k němu i přístup od výtahu do bytu, přístup ovládacích panelů výtahu. V domě pak ergoterapeut hodnotil šířku a prostor chodeb, terén chodby, přístup do bytu, nerovnosti terénu, přístup ovladačů světel, pojistek, měřidel. U bytu pak hodnotil ergoterapeut šířku dveří, přístupnost zámku ve dveřích pro klienta.

Uvnitř bytu pak ergoterapeut hodnotil jeho velikost, přístupnost všech místností pro klienta, zda byly uvnitř schody a pokud ano, zda je klient zvládal sám nebo s pomocí, zda byly pro klienta někde v bytě vzhledem k terénu a vybavení zvýšená rizika pádu, která byla nutno odstranit. Pokud se klient nebyl schopen dostat do pro něj důležitých prostor, bylo potřeba vymyslet alternativní řešení, případně i přestěhování klienta. U jednotlivých místností ergoterapeut hodnotil šířku dveří, směr jejich otevírání, přístupnost kliky u dveří, velikost prostoru v místnostech pro pohyb – rozmístění nábytku, záchytné body vzhledem k riziku pádu, existenci kobereců (případně jejich

podlepení vzhledem k riziku pádů), přístup k elektrickým zásuvkám, přístup k ovladačům světel (to je důležité hlavně pro lidi ve vyšším věku, protože v pohybu potmě se zvyšuje riziko pádu). Ergoterapeut hodnotil i konkrétní místnosti, kdy např. v obývacím pokoji hodnotil dosažitelnost nábytku, oporné body, vhodnost pohovky. V ložnici ergoterapeut hodnotil typ a výšku lůžka, prostor okolo lůžka a přístup ke světelným zdrojům (u vstávání v noci je zvýšené riziko pádu). U koupelny a WC zhodnotil velikost prostoru, opěrné body, rizika pádu, kluzkost povrchu.

Veškeré tyto položky hodnotil ergoterapeut individuálně vzhledem ke klientovi. Pro některého klienta byl vhodnější spíše užší prostor, pro jiného naopak více prostoru. Vše bylo nutno posuzovat komplexně v souvislostech. Bylo třeba brát v úvahu klientovy zvyklosti, životní styl, denní režim, jeho návyky a zájmy. Ergoterapeut hodnotil i sociální vazby, které klient měl ve svém domácím prostředí, s kým klient žije, jaké má sousedské vztahy, zda je v bytě nebo v okolí osoba, která mu může poskytnout určitou asistenci v případě potřeby. Pro bezpečnost klienta hraje nezastupitelnou roli i úroveň kognitivních funkcí. Ergoterapeut hodnotil, zda pro něj bylo bezpečné pobývat samostatně v domácím prostředí.

2.2.3 Praktické použití konkrétních domén Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví ve studii

Z mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byly vybrány některé z důležitých domén aktivit a participací tak, aby z ergoterapeutického pohledu odpovídaly hlavním oblastem soběstačnosti ve spojitosti s náplní zákona o poskytování zvláštních pomůcek. Vybrané domény neobsahují jen domény vztažené k oblastem, které definuje zákon o poskytování dávek, tedy nejen na mobilitu či soběstačnost v koupelně, na osobní automobil, přestavbu koupelny nebo rampu či plošinu. Domény obsahovaly i aktivity a participace ostatních aktivit běžného života, kdy jejich nezvládnutí klienta může deprimovat a tím výrazně ovlivnit jeho celkovou kvalitu života.

Poté co ergoterapeut vybral vhodné domény aktivit a participací, vytvořil záznamový list, kam bylo možné výsledky z vyšetření během domácí návštěvy zaznamenat. Záznamový list obsahoval domény aktivit a participací, faktory prostředí, anamnestické údaje klienta (viz příloha č. 7).

2.2.4 Praktické použití testu Funkční míra nezávislosti a Funkční míra hodnocení ve studii

Pro účely této studie bylo využito metodiky Funkční míry nezávislosti a funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure+ Functional Assessment Measure – označován jako FIM+FAM). Toto hodnocení, kterého bylo využito, obsahuje celkem 36 položek. 18 položek z tohoto složeného testu patří k Funkční míře nezávislosti, kdy používání hodnocení je podmíněno licenční smlouvou s Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Licence na 1 rok stojí 1 500 amerických dolarů. Zakoupením licence rehabilitační zařízení obdrží manuál, uživatelské příručky, softwarovou aplikaci FIMware software, oprávnění k používání testu. V praxi by se měla využívat pouze nejnovější verze testu, starší verze není povoleno používat (Floriano 2009). Klinika rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze zakoupila tuto licenci a tato verze testu byla využita pro účely této studie. Dalších 18 položek je součástí Funkční míry hodnocení. Tento test doplňuje Funkční míru nezávislosti o dalších 18 položek. Test není podmíněn licenci, ale zakoupením licence Funkční míry nezávislosti. Je k dispozici zdarma (Turner-Stokes 1994; Kings College London 2014). Jednotlivé položky byly hodnoceny pomocí 7 stupňové škály:

- 7 – Úroveň nezávislosti, klient je zcela soběstačný, nezávislý
- 6 – Modifikovaná závislost klienta, kdy potřebuje delší čas na provedení úkonu, případně kompenzační pomůcky
- 5 – Úroveň supervize
- 4 – Úroveň minimální asistence (klient provede 75 % aktivity)
- 3 – Úroveň mírné asistence, kdy klient vykoná samostatně až 50 % úkonu
- 2 – Úroveň maximální asistence, kdy klient provede 25 – 49 % úkonu
- 1 – Úroveň totální asistence, kdy klient provede méně než 25 % činnosti

Touto škálou bylo hodnoceno u klientů celkem 36 položek: Jídlo, polykání, osobní hygiena, koupání, oblékání horní poloviny těla, oblékání dolní poloviny těla, použití WC, kontrola močení, kontrola vyprazdňování, přesuny na postel, židli, vozík, přesuny na WC, přesuny do vany – sprchy, přesuny do automobilu, chůze – jízda na vozíku, pohyb po schodech, pohyb v obci (komunitě), rozumění, exprese, čtení, psaní, srozumitelnost řeči, sociální interakce, emoční stav, překonávání bariér, aktivity

volného času, řešení problémů, paměť orientace, pozornost, bezpečnostní uvědomění (rizika), příprava jídla, praní, domácí práce, nakupování, domácí finance, práce – vzdělání. Každá z těchto položek má svůj podrobný manuál k vyhodnocení (manuál FIM+FAM) (Turner-Stokes 1994; Kings College London 2014). Pro účely studie byl využíván originál manuálu v anglickém jazyce.

2.2.5 *Praktické použití subjektivního dotazníku kvality života World Health Organization Disability Assessment Schedule II*

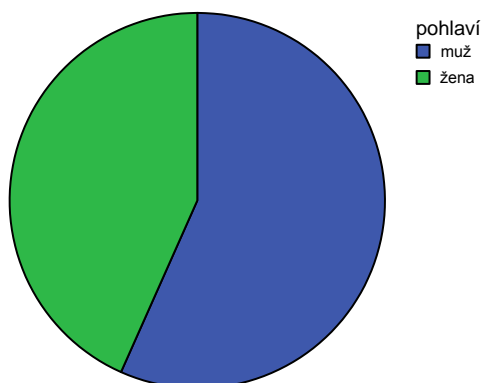
Test World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II) byl do této studie zařazen vzhledem k ohodnocení subjektivního pohledu pacienta. Jedná se o dotazník, který vyvinula Světová zdravotnická organizace, abychom lépe porozuměli problémům, které mohou vznikat u lidí s disabilitou. V naší práci jsme použily verze s 36 otázkami (typ II). V rámci dotazníku jsme použili škálu 1 – 5, kdy 1 znamená, že klient nemá žádné potíže a 5, že má extrémní problémy nebo aktivitu nebo nemůže provést. Dotazník WHODAS II v této studii hodnotil domény komunikace a porozumění, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity a účast ve společnosti. Pracovali jsme podle podrobně vypracovaného manuálu, který obsahoval přesné dotazy na klienta. Tento dotazník je kompatibilní s MKF, protože má také pětistupňovou hodnotící škálu, kterou jsme v naší práci použili (WHO WHODAS II, 2014).

2.3 *Výsledky*

2.3.1 *Základní demografické údaje vybraného souboru*

Vybraný soubor obsahuje celkem 30 klientů po poškození mozku, kteří byli vybráni účelově tak, aby měli poškození hrubé motoriky a naopak neměli těžké poškození kognitivních funkcí viz kapitola 2.2. Výběr výzkumného vzorku)

Pohlaví probandů



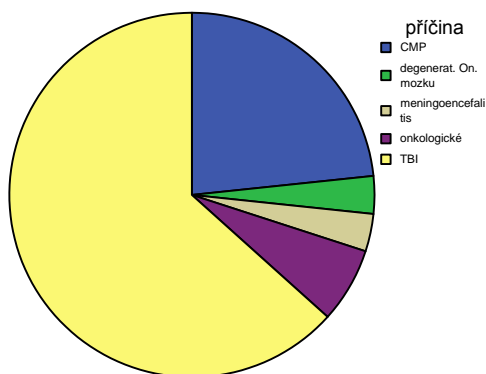
Graf č. 5 - Pohlaví probandů

Jednalo se o 17 mužů (56,7 %) a 13 žen (43,3 %). Nejmladšímu klientovi bylo 24 a nejstaršímu 60, průměrný věk 43 let, medián 42 let. Ve velké míře zde byli zastoupeni mladí muži, kdy příčinou jejich disability bylo polytrauma v důsledku autonehody. Mezi nejčastější příčiny smrti a invalidizace mladých mužů ve věku 18 – 35 let je traumatické poranění mozku. Příčiny traumatického poranění mozku jsou nejčastěji autohavárie, havárie motorek a rizikové sporty.

Rozdělení probandů studie podle etiologie onemocnění

Příčina	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
CMP	7	23,3	23,3
Degenerat. On.mozku	1	3,3	26,7
Meningoencefalitis	1	3,3	30,0
Onkologické	2	6,7	36,7
Traumatické poškození moz.	19	63,3	100,0
Celkem	30	100,0	

Tabulka č. 2 – Rozdělení podle etiologie onemocnění probandů



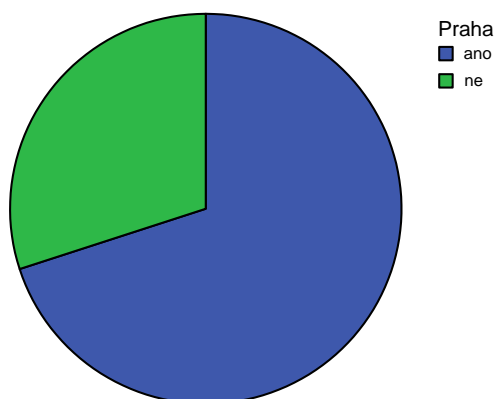
Graf č. 6 - Příčiny poruch funkčního zdraví

Jednalo se hlavně o mladé muže po traumatickém poškození mozku, kdy tato diagnóza zaujímala v celém vzorku 63,3 %, důvodem je, jak bylo zmíněno výše, autohavárie mladých mužů. Havárie mladých mužů na motorkách a rizikové sporty jsou nejčastějšími příčinami traumatického poranění mozku.

Druhou nejčastější příčinou poškození mozku je v naší práci cévní mozková příhoda s 23,3 %. Česká republika zaujímá počtem pacientů s cévní mozkovou příhodou jedno z prvních míst v Evropě. V roce 2010 bylo přijato k hospitalizaci 46 000 obyvatel (ÚZIS, 2011)

Nejkratší doba od onemocnění či traumatu po přijetí do denního stacionáře u našeho souboru byl 1 rok, nejdelší doba byla 6 let, což činí průměr 2,6 roku, medián je mezi 3 a 4 lety.

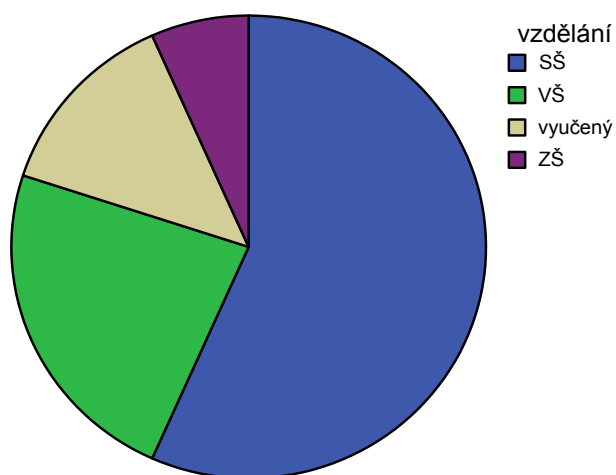
Geografické rozmístění respondentů



Graf. č. 7 - Geografické rozmístění respondentů

21 klientů (70 %) bylo z Prahy, zbylých 9 klientů (30%) ze Středočeského kraje. Důvodem toho, že většina klientů pocházela z Prahy, je spádovost Kliniky rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze právě pro Prahu. Klienti, kteří pocházejí ze Středočeského kraje, v době pobytu v denním stacionáři buď dojížděli každý den do Prahy, např. z Lysé nad Labem nebo po dobu denního stacionáře bydleli u příbuzných v Praze, případně si pronajímali lůžko na některé z klinik Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Rozdělení respondentů podle vzdělání



Graf č. 8 – Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
SŠ	17	56,7	56,7
VŠ	7	23,3	80,0
Vyučený	4	13,3	93,3
ZŠ	2	6,7	100,0
Celkem	30	100,0	

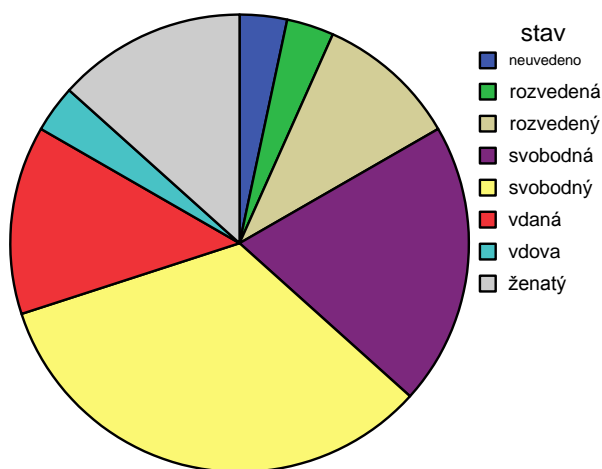
Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentů

Klienti měli nejčastěji středoškolské vzdělání, protože se často jednalo o mladé muže s nedokončeným vysokoškolským vzděláním po autohavárii. U starších respondentů převládaly mozkové cévní příhody, tedy muži a ženy často v předdůchodovém věku, kteří pracovali v administrativě nebo i manuálně. Do středoškolského vzdělání řadíme i výuční obor s maturitou. Vysokoškolské vzdělání se týkalo nejčastěji mladých mužů po traumatickém poranění mozku i klientů po cévní mozkové příhodě.

Rodinný stav respondentů

Stav	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
Neuvedeno	1	3,3	3,3
Rozvedený	4	13,3	16,7
Svobodný	16	53,4	70,0
Vdaná/ženatý	8	26,7	96,7
Vdova	1	3,3	100,0
Celkem	30	100,0	

Tabulka č. 4 – Rodinný stav respondentů



Graf č. 9 – Rodinný stav respondentů v zastoupení žen a mužů

Vzhledem k tomu, že se často jednalo o mladé muže po traumatickém poškození mozku, tento fakt se projevil i ukazateli rodinného stavu klientů, jejich procentuální zastoupení „svobodný + svobodná“ bylo nejčastější, druhé nejčastější zastoupení bylo „vdaná + ženatý“.

Pro názornost uvádíme i fakta o typu bydlení, kdy klienti bydleli nejčastěji v činžovním domě v přízemí. Často však bylo nutné řešit přístup do bytu právě i v přízemí, kde do domu bylo nejméně 1 – 10 schodů. Proto bylo potřeba zohlednit, zvláště u klientů, kteří přístup do domu nezvládali, zda bydlí sami nebo mají blízko druhou osobu, která jim může poskytnout asistenci. Velmi častým počtem byly 3 lidé obývající byt či dům. U mladých lidí se jednalo o rodiče, ke kterým se po úraze přestěhovali nebo naopak mladé rodiny s jedním dítětem.

Typ bydlení

Typ bydlení	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
Činžovní dům	17	56,7	56,7
Panelový dům	4	13,3	70,0
Rodinný dům	9	30,0	100,0
Celkem	30	100,0	

Tabulka č. 5 – Typ bydlení, ve kterém respondenti bydleli

Podlaží, ve kterém probandi bydleli

Patro	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
0	13	43,3	43,3
1	6	20,0	63,3
2	6	20,0	83,3
3	1	3,3	86,7
4	4	13,3	100,0
Celkem	30	100,0	

Tabulka č. 6 – Podlaží, ve kterém respondenti bydleli

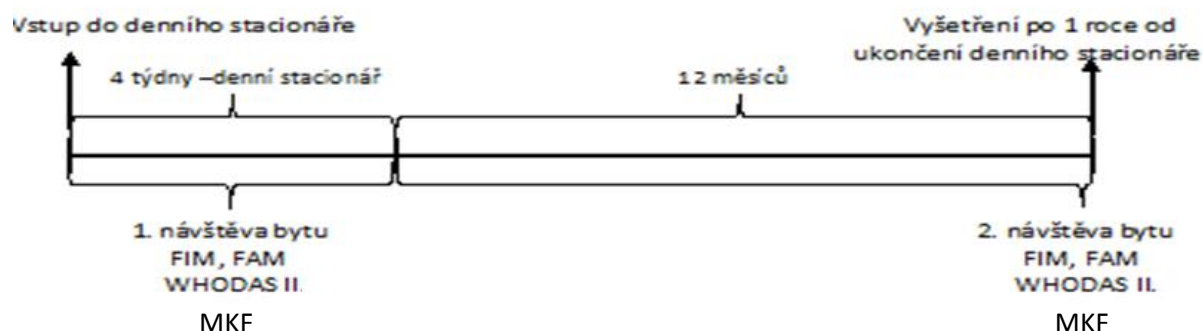
Počet členů v domácnosti

Počet členů v domácnosti	Počet	Procenta	Kumulovaná procenta
1	4	13,3	13,3
2	9	30,0	43,3
3	16	53,3	96,7
4	1	3,3	100,0
Celkem	30	100,0	

Tabulka č. 7 – Počet členů v domácnosti (nejde o trvalé bydliště, ale o aktuální stav kdo s klientem v domácnosti bydlel)

2.3.2 Analýza dat, statistické zpracování

Grafické znázornění vstupních a výstupních vyšetření na časové ose našeho klinického výzkumu



Graf č. 10 – Časové zobrazení provedených vyšetření a testů

Data byla zpracována od 30 klientů s poškozením mozku. Soubor pacientů byl sledován a vyhodnocen během vstupního vyšetření v denním stacionáři a následně po uplynutí doby jednoho roku od pobytu v denním stacionáři Viz. graf č. 10 .

Během této doby klienti měli možnost zažádat podle indikace o příspěvek na zvláštní pomůcku, případně získat potřebné kompenzační pomůcky a provést úpravy prostředí podle navržených úprav ergoterapeutem po provedení evaluace bytu

Všechna data z vstupního a závěrečného vyšetření byla následně statisticky zpracována v programu SPSS pomocí neparametrického Wilcoxonova testu pro 2 závislé výběry. Neparametrické testy se využívají bez ohledu na rozdělení,

z kterého výběr pochází. Wilcoxonův test se využívá v případech, kdy výzkumný soubor nepřesahuje počet 30 probandů (Šebestová, 2014).

2.3.3 Statisticky zpracované výsledky: Porovnávání výkonu (V1) a kapacity (K1) u vybraných domén u jednotlivých klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi výkonem (V1) a kapacitou (K1) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05 u klientů v době, kdy klienti nastoupili do denního stacionáře, tedy v čase 1.

Výkon 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Kapacita 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

Parametry	Průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 V1 Řešení problémů d 175	1,27	30	1,258	0,024
K1 Řešení problémů d 175	1,80	30	1,495	
Pár 2 V1 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,63	30	1,098	1,000
K1 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,63	30	1,098	
Pár 3 V1 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,57	30	1,073	0,564
K1 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,60	30	1,102	
Pár 4 V1 Komunikace psaní zpráv d 325	1,63	30	1,217	0,564
K1 Komunikace psaní zpráv d 325	1,67	30	1,295	
Pár 5 V1 Mluvení d 330	1,27	30	1,437	0,083
K1 Mluvení d 330	1,37	30	1,520	
Pár 6 V1 Konverzace d 350	1,23	30	1,357	0,414
K1 Konverzace d 350	1,30	30	1,343	
Pár 7 V1 Měnění základní pozice těla d 410	1,83	30	1,206	0,003
K1 Měnění základní pozice těla d 410	2,33	30	1,155	
Pár 8 V1 Udržení pozice těla d 415	1,00	30	1,203	0,157

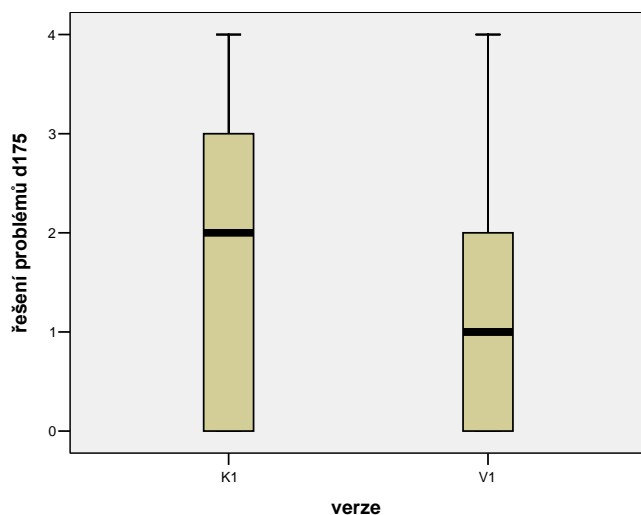
	K1 Udržení pozice těla d 415	1,13	30	1,306	
Pár 9	V1 Přemísťování d 420	1,62	29	1,178	0,013
	K1 Přemísťování d 420	1,97	29	1,322	
Pár 10	V1 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,87	30	1,106	0,705
	K1 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,83	30	1,085	
Pár 11	V1 Chůze d 450	2,20	30	1,186	0,001
	K1 Chůze d 450	3,17	30	,913	
Pár 12	V1 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	1,90	30	1,155	0,001
	K1 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	3,17	30	1,020	
Pár 13	V1 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	2,20	30	1,270	0,001
	K1 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	3,50	30	,974	
Pár 14	V1 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	2,45	20	1,276	0,001
	K1 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	3,45	20	,826	
Pár 15	V1 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,28	18	1,274	0,014
	K1 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,83	18	1,339	
Pár 16	V1 Používání dopravy d 470	1,92	25	1,320	0,001
	K1 Používání dopravy d 470	3,20	25	1,258	
Pár 17	V1 Sám se umýt d 510	1,57	30	,935	0,001
	K1 Sám se umýt d 510	2,73	30	1,112	
Pár 18	V1 Péče o části těla d 520	1,20	30	,805	0,001
	K1 Péče o části těla d 520	2,27	30	1,172	
Pár 19	V1 použití WC d 530	1,50	30	1,009	0,003
	K1 použití WC d 530	2,13	30	1,279	
Pár 20	V1 Oblékání d 540	1,23	30	,728	0,001
	K1 Oblékání d 540	1,93	30	,980	
Pár 21	V1 Jídlo d 550	1,10	30	,803	0,002
	K1 Jídlo d 550	1,67	30	1,124	
Pár 22	V1 Pití d 560	,73	30	,740	0,007
	K1 Pití d 560	1,37	30	1,450	
Pár 23	V1 Získání nezbytných věcí d 620	1,52	29	1,122	0,001

	K1 Získání nezbytných věcí d 620	2,83	29	1,256	
Pár 24	V1 Příprava jídla d 630	1,76	29	1,300	0,002
	K1 Příprava jídla d 630	2,66	29	1,261	
Pár 25	V1 Vykonávání domácích prací d 640	2,07	27	1,439	0,008
	K1 Vykonávání domácích prací d 640	2,93	27	1,141	
Pár 26	V1 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	2,40	10	1,578	0,206
	K1 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	3,20	10	1,033	
Pár 27	V1 Jednání s cizími lidmi d 730	1,45	29	1,454	0,317
	K1 Jednání s cizími lidmi d 730	1,52	29	1,430	
Pár 28	V1 Rodinné vztahy d 760	1,07	29	1,387	0,564
	K1 Rodinné vztahy d 760	1,10	29	1,345	
Pár 29	K1 Placené zaměstnání d 850	3,71	24	,624	0,655
	V2 Placené zaměstnání d 850	3,58	24	,974	
Pár 30	V1 Základní ekonomické operace d 860	1,50	30	1,456	0,003
	K1 Základní ekonomické operace d 860	2,17	30	1,555	
Pár 31	V1 Ekonomická soběstačnost d 870	1,59	22	1,436	0,004
	K1 Ekonomická soběstačnost d 870	2,36	22	1,432	
Pár 32	V1 Rekreační a volný čas d 920	2,21	29	1,521	0,061
	K1 Rekreační a volný čas d 920	2,72	29	1,306	

Tabulka č. 8 - Výkon 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Kapacita 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0.05

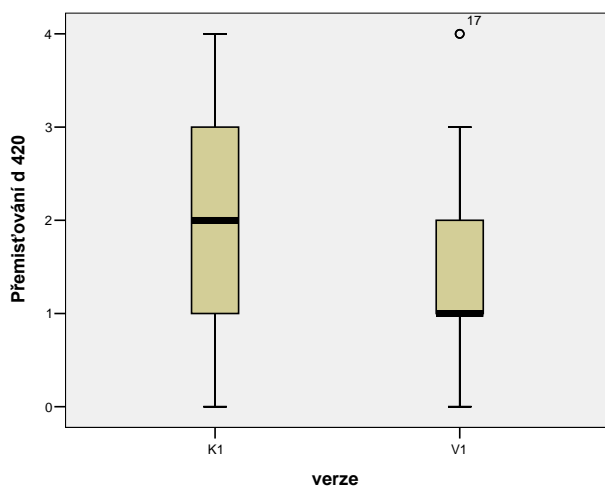
Pro názornost jsou u domén se statisticky významných rozdílů uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantil. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián.

V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních domén (0 žádný problém – 4 totální problém) pro kapacitu (K1) a výkon (V1) v čase 1. V grafu je vidět rozdíl mediánů.



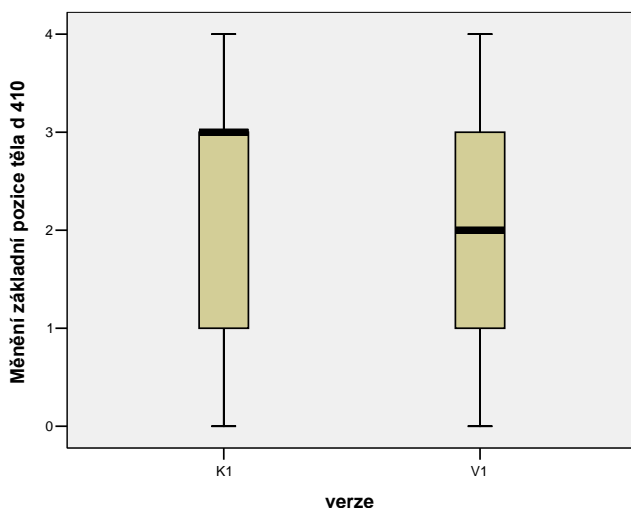
Graf č. 11 - V1 versus K1 u domény Řešení problémů d 175, $p = 0,05$

Graf č. 11 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Řešení problémů. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



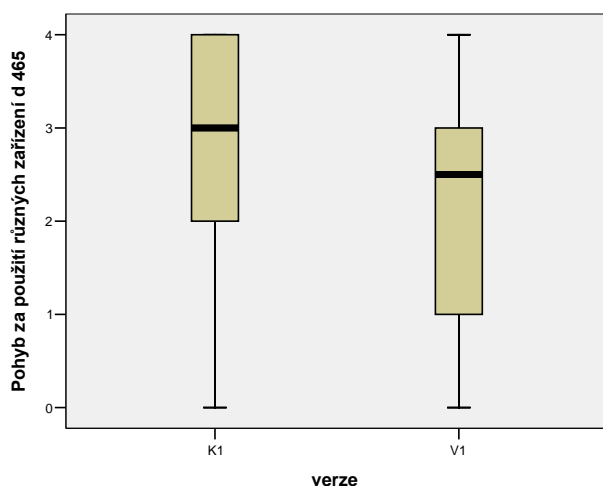
Graf č. 12 - V1 versus K1 u domény Přemístování d 420, $p = 0,05$

Graf č. 12 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Přemístování. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



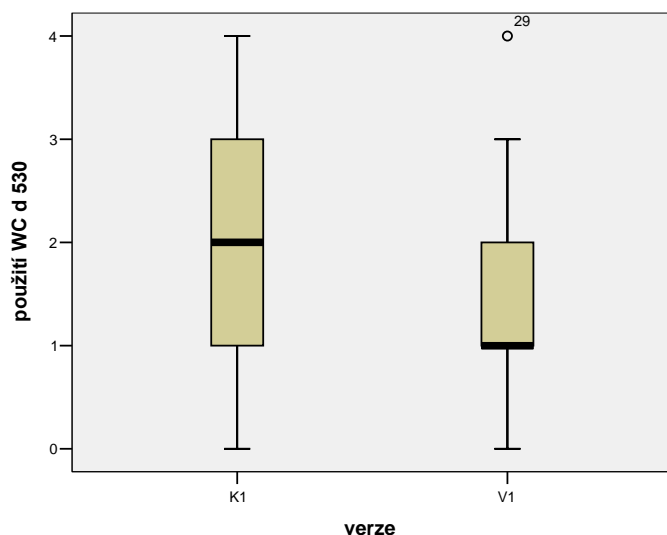
Graf č. 13 - V1 versus K1 u domény Měnění základní pozice těla d 410, $p = 0,01$

Graf č. 13 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Měnění základní pozice těla. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



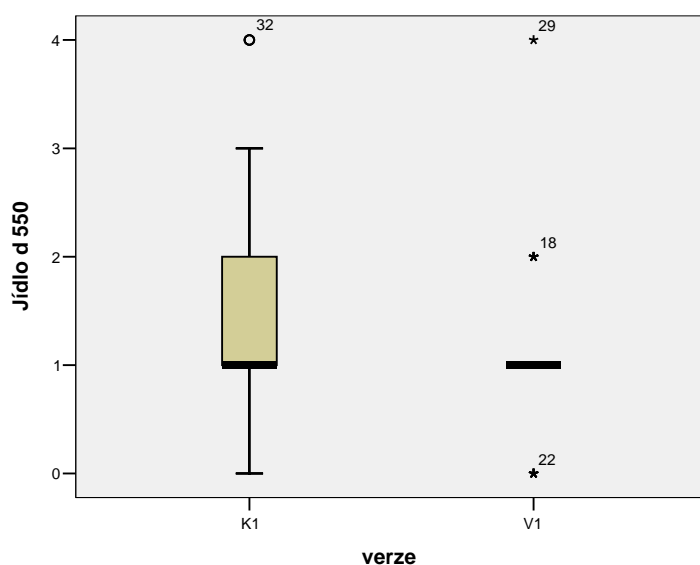
Graf č. 14 - V1 versus K1 u domény Pohyb za použití různých zařízení d 465, $p = 0,05$

Graf č. 14 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb za použití různých zařízení. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 2,5 (střední až vážný problém pro klienta).



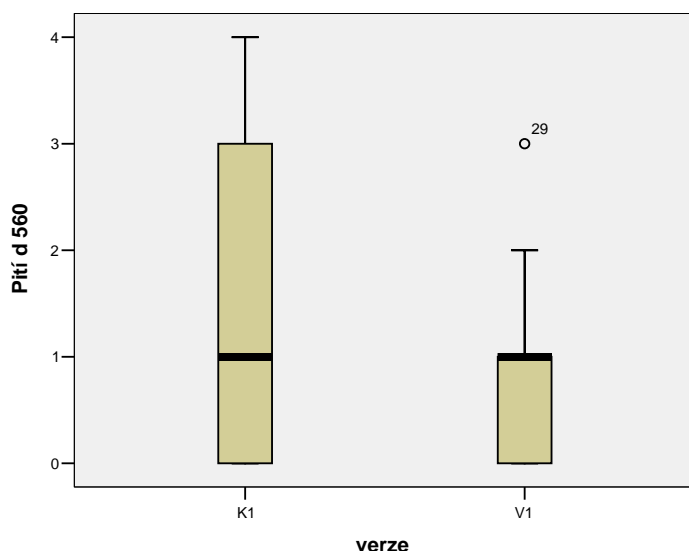
Graf č. 15 – V1 versus K1 u domény Použití WC d 530, $p = 0,01$

Graf č. 15 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Použití WC. U kapacity je medián 2 (střední pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



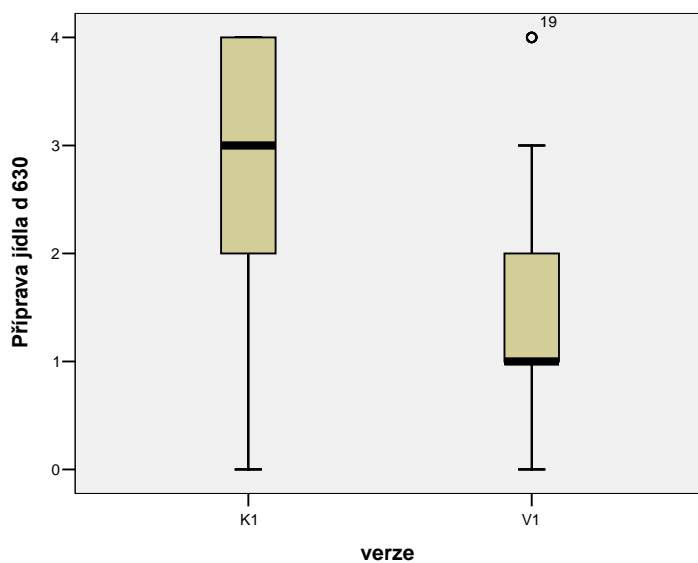
Graf č. 16 - V1 versus K1 u domény Jídlo d 550, $p = 0,01$

Graf č. 16 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Jídlo. U kapacity je medián 1 (lehký problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



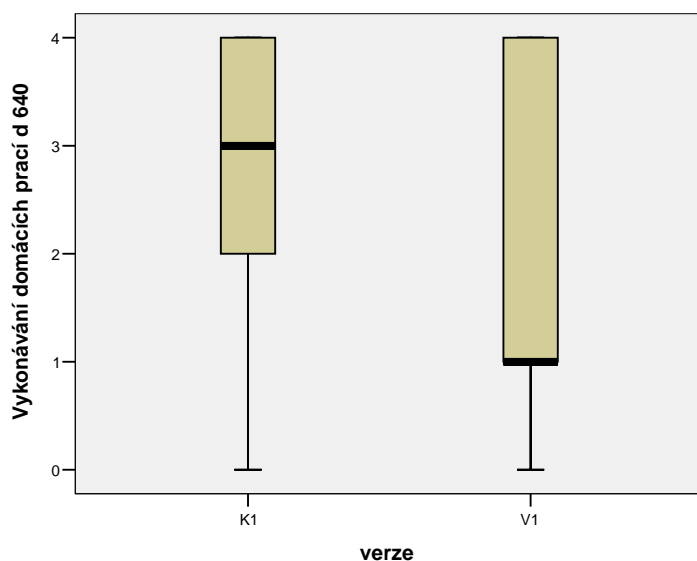
Graf č. 17 - V1 versus K1 u domény Pití d 560, $p = 0,01$

Graf č. 17 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pití. U kapacity je medián 1 (lehký problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém).



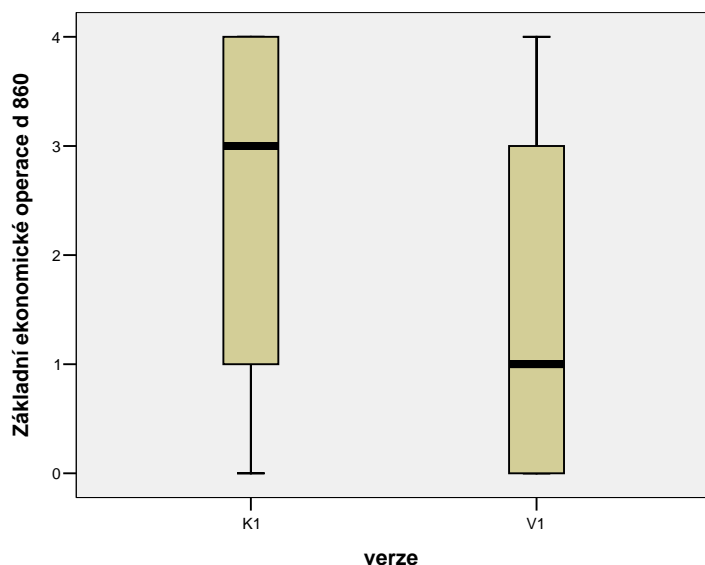
Graf č. 18 - V1 versus K1 u domény Příprava jídla d 630, $p = 0,01$

Graf č. 18 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Příprava jídla. U kapacity je medián 3 (vážený problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



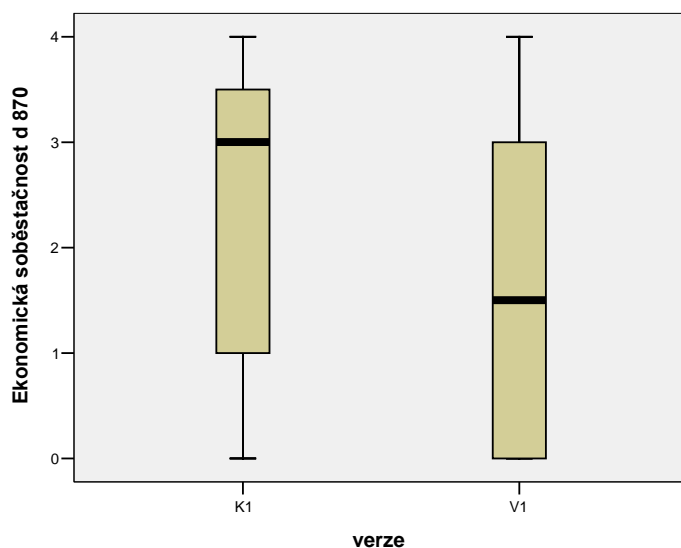
Graf č. 19 – V1 versus K1 u domény Vykonávání domácích prací d 640, $p = 0,01$

Graf č. 19 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Vykonávání domácích prací. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



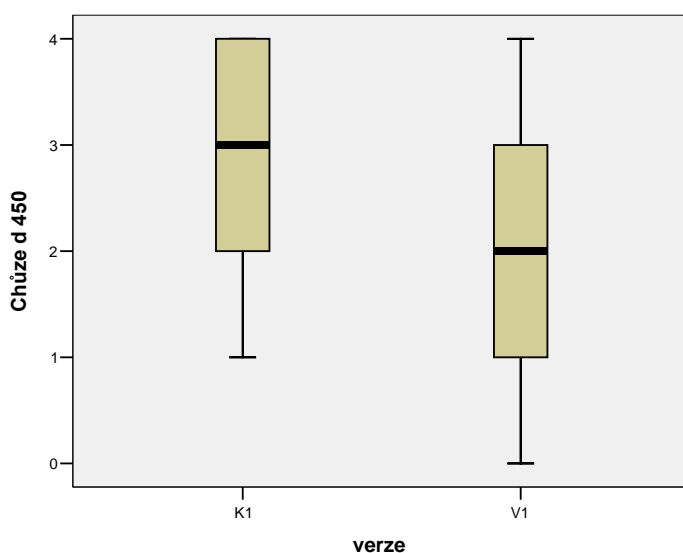
Graf č. 20 - V1 versus K1 u domény Základní ekonomické operace d 860, $p = 0,01$

Graf č. 20 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Základní ekonomické operace. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



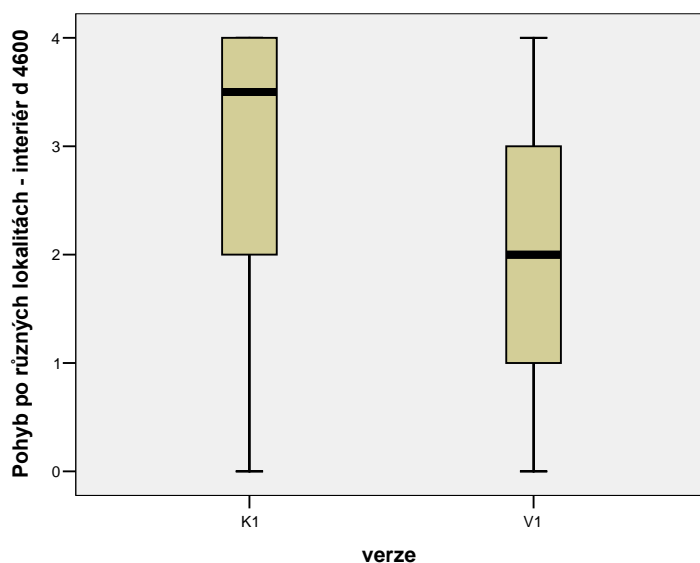
Graf č. 21 - V1 versus K1 u domény Ekonomická soběstačnost d 870, $p = 0,01$

Graf č. 21 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Ekonomická soběstačnost. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 1,5 (lehký až střední problém pro klienta).



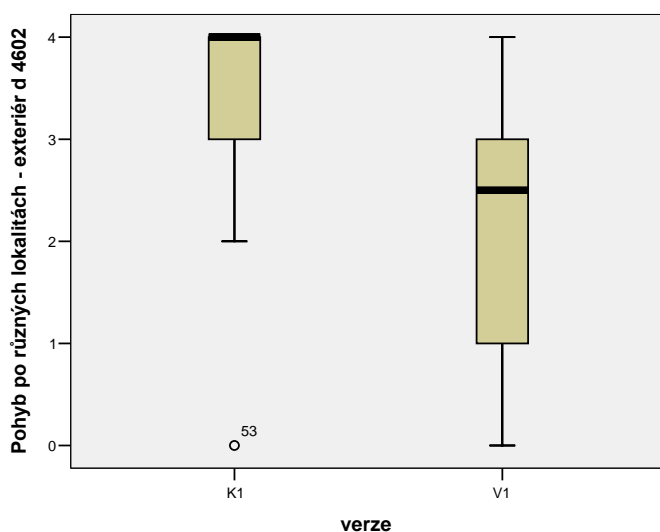
Graf č. 22 - V1 versus K1 u domény Chůze d 450, $p = 0,001$

Graf č. 22 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Chůze. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém pro klienta).



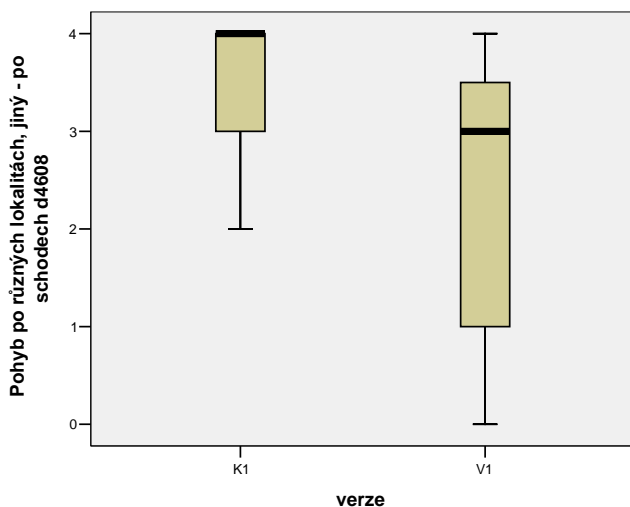
Graf č. 23 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600, $p = 0,001$

Graf č. 23 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér. U kapacity je medián 3,5 (vážný až totální problém pro klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém pro klienta).



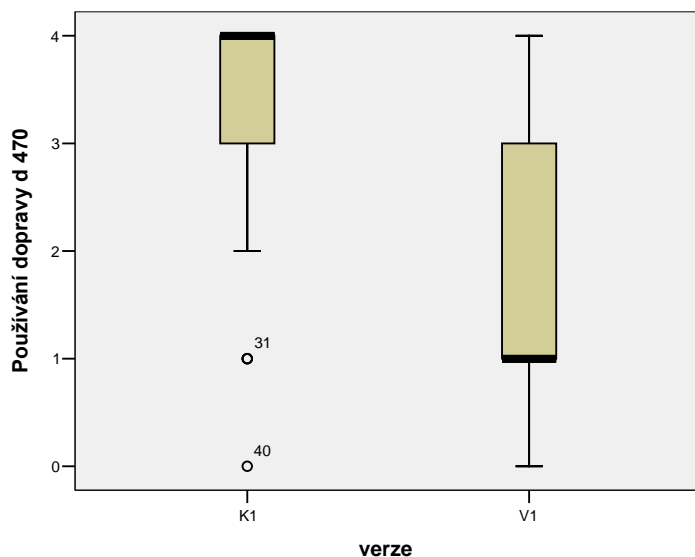
Graf č. 24 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602, $p = 0,001$

Graf č. 24 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér. U kapacity je medián 4 (totální problém pro klienta) a u výkonu je medián 2,5 (střední až vážný problém pro klienta).



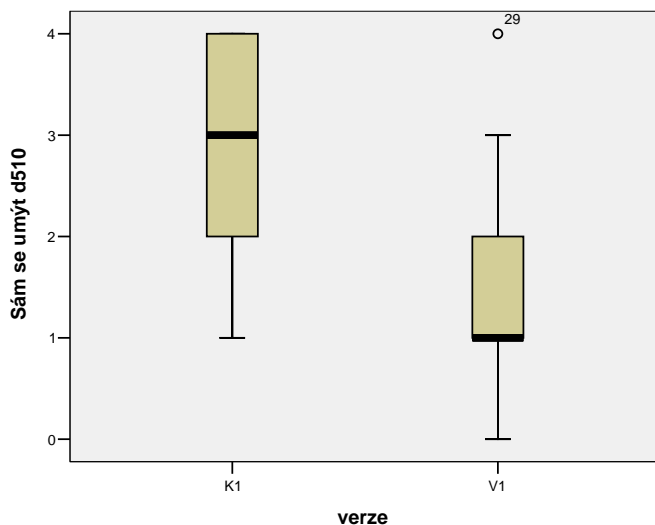
Graf č. 25 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech d 4608, $p = 0,001$

Graf č. 25 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech. U kapacity je medián 4 (totální problém pro klienta) a u výkonu je medián 3 (vážný problém pro klienta). U kapacity byla naměřena nejnižší možná hodnota 2, zatímco u výkonu byla naměřena nejnižší možná hodnota 0 (žádný problém pro klienta).



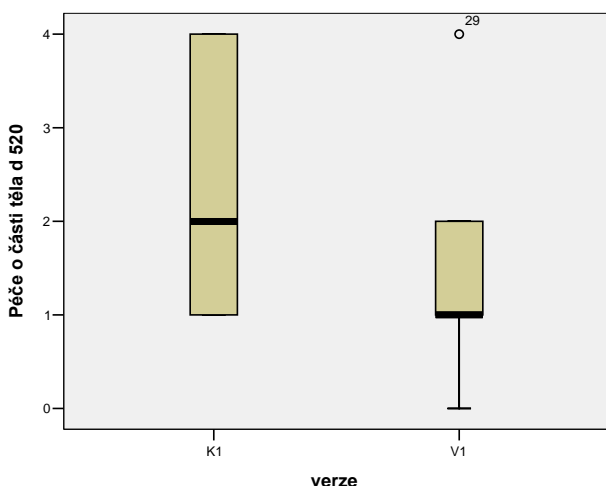
Graf č. 26 - V1 versus K1 u domény Používání dopravy d 470, $p = 0,001$

Graf č. 26 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Používání dopravy. U kapacity je medián 4 (totální problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



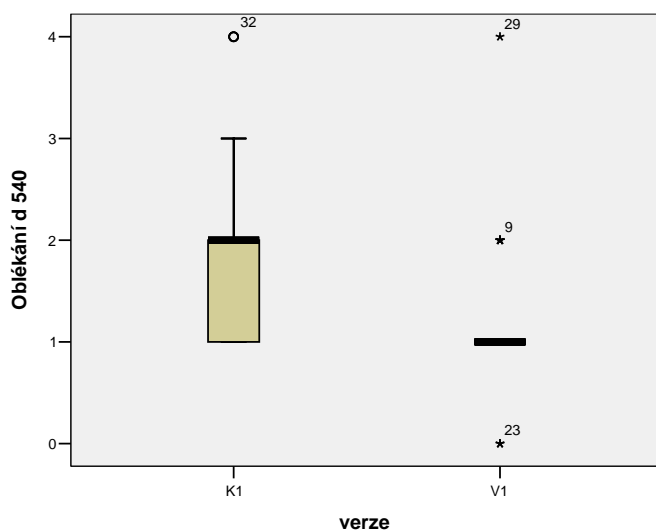
Graf č. 27 - V1 versus K1 u domény Sám se umýt d 510, $p = 0,001$

Graf č. 27 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Sám se umýt. U kapacity je medián 3 (vážný problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta). U kapacity byla naměřena nejnižší možná hodnota 1 (lehký problém pro klienta), zatímco u výkonu byla naměřena nejnižší hodnota 0 (žádný problém pro klienta).



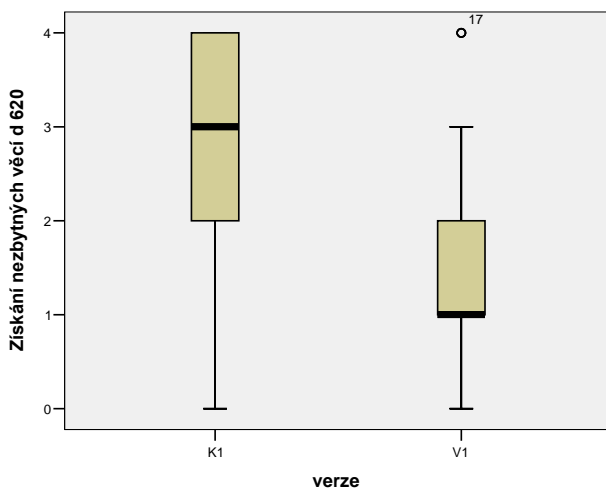
Graf č. 28 - V1 versus K1 u domény Péče o části těla d 520, $p = 0,001$

Graf č. 28 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Péče o části těla. U kapacity je medián 2 (střední problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



Graf č. 29 - V1 versus K1 u domény Oblékání d 540, $p = 0,001$

Graf č. 29 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Oblékání. U kapacity je medián 2 (střední problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).



Graf č. 30 - V1 versus K1 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,001$

Graf č. 30 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě v době pobytu klientů v denním stacionáři u domény Získání nezbytných věcí. U kapacity je medián 3 (vážený problém pro klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém pro klienta).

Závěrem je možné shrnout, že se nám v naší studii podařilo prokázat, že hodnoty u sledovaných parametrů v čase 1 u kapacity a výkonu se statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Řešení problémů, Přemístování, Měnění základní pozice těla, Pohyb za použití různých zařízení, Použití WC, Jídlo, Pití, Příprava jídla, Vykonávání domácích prací, Základní ekonomické operace, Ekonomická soběstačnost, Chůze, Pohyb po různých lokalitách v interiéru i exteriéru, Pohyb po různých lokalitách – po schodech, Používání dopravy, Sám se umýt, Péče o části těla, Oblékání, Získání nezbytných věcí. Celkově se podařilo prokázat statisticky významné rozdíly u výkonu (V1) a kapacity (K1) v době pobytu klientů v denním stacionáři u 63 % domén.

Podle posunu mediánu z hodnoty vyššího kvalifikátoru u kapacity na nižší hodnotu u výkonu u většiny položek je možné tvrdit, že u většiny domén u klientů došlo ke zlepšení v oblasti výkonu, tedy k provedení aktivity s určitým facilitátorem (pomocí druhé osoby a pomocí kompenzační pomůcky), oproti kapacitě, tedy provedení aktivity bez facilitátorů.

Klienti měli k dispozici nejčastěji jako facilitátor nejbližší rodinu a případně některé z kompenzačních pomůcek, nejčastěji hůl, vozík, madla, pomůcky do koupelny. V čase 1, tedy v době, kdy pobývali v denním rehabilitačním stacionáři, klienti ještě neměli k dispozici tzv. „zvláštní pomůcky“.

Mezi domény, u kterých se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich kvalifikátorů u kapacity a výkonu v čase 1 (během pobytu v denním stacionáři) statisticky významně na zvolené hladině významnosti 0,05 lišily, jsou z oblasti komunikace a konverzace, doména Udržení polohy těla a doména Využití ruky k jemným pohybům, Jednání s cizími lidmi a oblast Zaměstnání. U klientů v těchto doménách nedošlo ke statisticky významným rozdílům vzhledem k tomu, že k provedení aktivity nepoužívali žádné z pomůcek.

2.3.4 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich kapacity (K2) v čase 2, tedy jeden rok poté

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi kapacitou 1 v čase 1 (K1 – v době průběhu denního stacionáře u klientů) a kapacitou 2 v čase 2 (K2 – v době 1

roku po uplynutí doby od denního stacionáře) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

**Kapacita 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus
Kapacita 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři)**

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

Parametry	Průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 K1 Řešení problémů d 175	1,80	30	1,495	0,046
K2 Řešení problémů d 175	1,67	30	1,422	
Pár 2 K1 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,63	30	1,098	0,655
K2 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,67	30	1,184	
Pár 3 K1 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,60	30	1,102	0,157
K2 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,53	30	1,074	
Pár 4 K1 Komunikace psaní zpráv d 325	1,67	30	1,295	0,157
K2 Komunikace psaní zpráv d 325	1,60	30	1,248	
Pár 5 K1 Mluvení d 330	1,37(a)	30	1,520	1,000
K2 Mluvení d 330	1,37(a)	30	1,520	
Pár 6 K1 Konverzace d 350	1,30	30	1,343	0,317
K2 Konverzace d 350	1,27	30	1,285	
Pár 7 K1 Měnění základní pozice těla d 410	2,33	30	1,155	0,083
K2 Měnění základní pozice těla d 410	2,23	30	1,165	
Pár 8 K1 Udržení pozice těla d 415	1,13	30	1,306	0,317
K2 Udržení pozice těla d 415	1,27	30	1,388	
Pár 9 K1 Přemísťování d 420	1,97	29	1,322	0,059
K2 Přemísťování d 420	1,79	29	1,236	
Pár 10 K1 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,83(a)	30	1,085	1,000
K2 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,83(a)	30	1,085	
Pár 11 K1 Chůze d 450	3,17	30	,913	0,025
K2 Chůze d 450	3,00	30	1,083	
Pár 12 K1 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	3,17	30	1,020	0,102
K2 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	3,03	30	1,129	
Pár 13 K1 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	3,50	30	,974	0,180

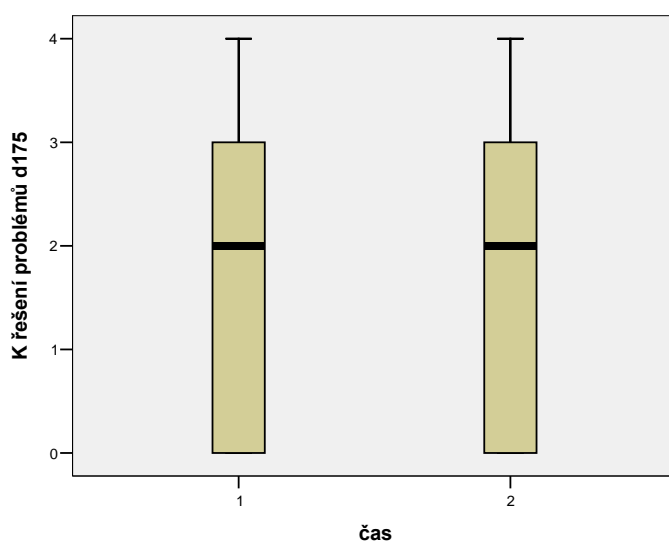
	K2 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	3,33	30	1,155	
Pár 14	K1 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	3,45	20	,826	0,180
	K2 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	3,30	20	1,031	
Pár 15	K1 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,83	18	1,339	0,157
	K2 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,72	18	1,320	
Pár 16	K1 Používání dopravy d 470	3,20	25	1,258	0,180
	K2 Používání dopravy d 470	3,08	25	1,352	
Pár 17	K1 Sám se umýt d 510	2,73	30	1,112	0,257
	K2 Sám se umýt d 510	2,63	30	1,217	
Pár 18	K1 Péče o části těla d 520	2,27	30	1,172	0,020
	K2 Péče o části těla d 520	2,03	30	1,217	
Pár 19	K1 Použití WC d 530	2,13	30	1,279	0,046
	K2 Použití WC d 530	2,00	30	1,313	
Pár 20	K1 Oblékání d 540	1,93	30	,980	0,317
	K2 Oblékání d 540	1,87	30	,973	
Pár 21	K1 Jídlo d 550	1,67	30	1,124	0,317
	K1 Jídlo d 550	1,63	30	1,159	
Pár 22	K1 Pití d 560	1,37	30	1,450	0,157
	K2 Pití d 560	1,30	30	1,418	
Pár 23	K1 Získání nezbytných věcí d 620	2,83	29	1,256	0,007
	K2 Získání nezbytných věcí d 620	2,28	29	1,334	
Pár 24	K1 Příprava jídla d 630	2,66	29	1,261	0,084
	K2 Příprava jídla d 630	2,38	29	1,321	
Pár 25	K1 Vykonávání domácích prací d 640	2,89	28	1,133	0,066
	K2 Vykonávání domácích prací d 640	2,64	28	1,162	
Pár 26	K1 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	3,20	10	1,033	0,317
	K2 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	3,00	10	1,054	
Pár 27	K1 Jednání s cizími lidmi d 730	1,52	29	1,430	0,317
	K2 Jednání s cizími lidmi d 730	1,45	29	1,404	
Pár 28	K1 Rodinné vztahy d 760	1,10	29	1,345	0,317
	K2 Rodinné vztahy d 760	1,03	29	1,295	

Pár 29	K1 Placené zaměstnání d 850	3,71	24	,624	0,317
	K2 Placené zaměstnání d 850	3,63	24	,824	
Pár 30	K1 Základní ekonomické operace d 860	2,17	30	1,555	0,317
	K2 Základní ekonomické operace d 860	2,10	30	1,561	
Pár 31	K1 Ekonomická soběstačnost d 870	2,26	23	1,484	0,317
	K2 Ekonomická soběstačnost d 870	2,17	23	1,497	
Pár 32	K1 Rekreace a volný čas d 920	2,72	29	1,306	0,059
	K2 Rekreace a volný čas d 920	2,52	29	1,299	

Tabulka č. 9 - Kapacita 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Kapacita 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0,05.

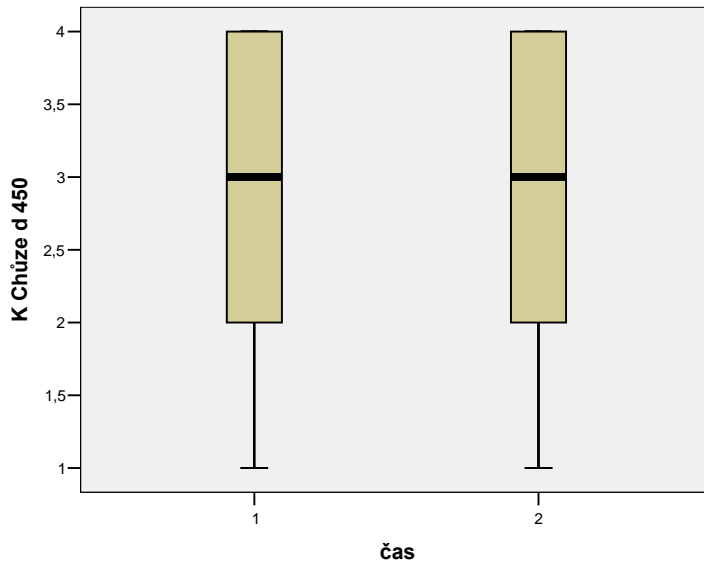
Pro názornost jsou uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantil. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián.

V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních domén (0 žádný problém – 4 totální problém) pro kapacitu 1 (K1) v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a kapacitu 2 (K2) v čase 2 (v době 1 roku od ukončení denního stacionáře). V grafu je vidět rozdíl mediánů.



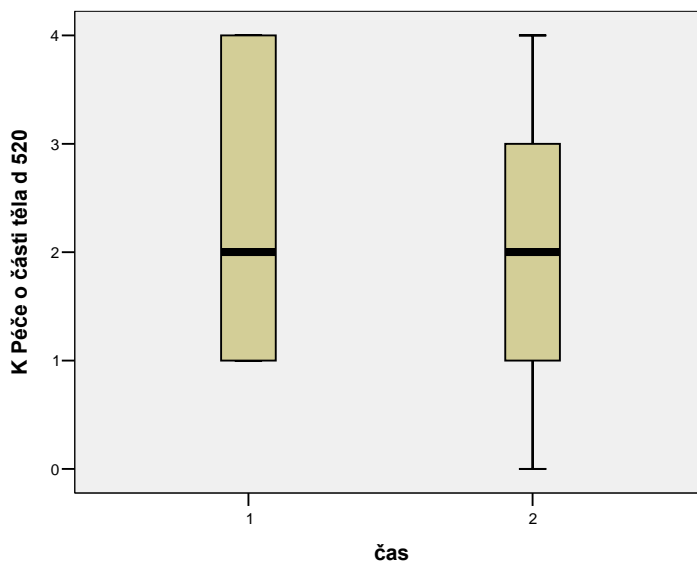
Graf č. 31 – K1 versus K2 u domény Řešení problémů d 175, $p = 0,05$

Graf č. 31 ukazuje hodnoty kvalifikátorů v kapacitě 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a v kapacitě 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Řešení problémů.



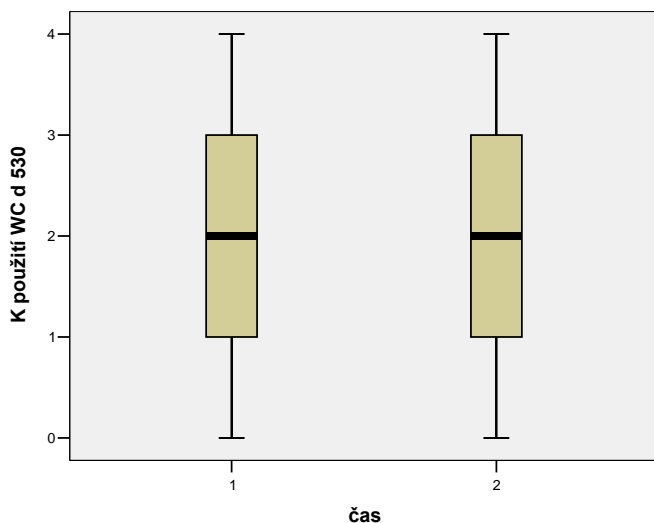
Graf č. 32 - K1 versus K2 u domény Chůze d 450, $p = 0$

Graf č. 32 ukazuje hodnoty kvalifikátorů v kapacitě 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a v kapacitě 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Chůze.



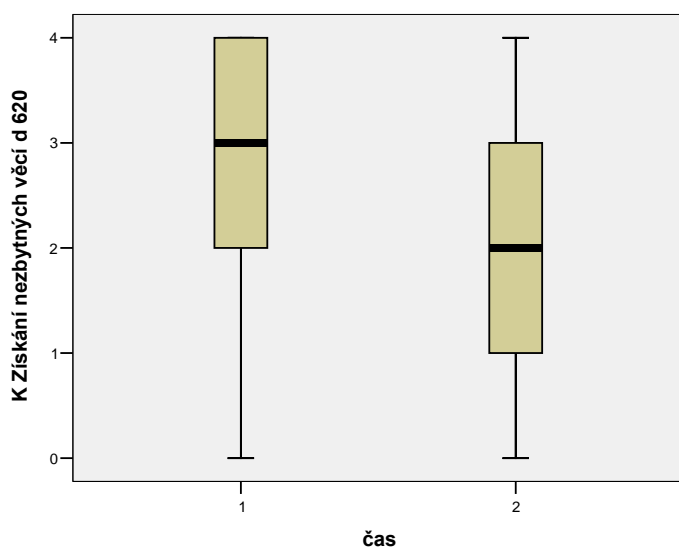
Graf č. 33 – K1 versus K2 u domény Péče o části těla d 520 $p = 0,05$

Graf č. 33 ukazuje hodnoty kvalifikátorů v kapacitě 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a v kapacitě 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Péče o části těla.



Graf č. 34 – K1 versus K2 u domény Použití WC d 530, $p = 0,05$

Graf č. 34 ukazuje hodnoty kvalifikátorů v kapacitě 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a v kapacitě 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Použití WC.



Graf č. 35 – K1 versus K2 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,01$

Graf č. 35 ukazuje hodnoty kvalifikátorů v kapacitě 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a v kapacitě 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Získání nezbytných věcí. U kapacity 1 je medián 3 (vážný problém pro klienta) u kapacity 2 je medián 2 (střední problém pro klienta).

Závěrem je možné shrnout, že se nám v naší studii podařilo prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů u kapacit 1 a 2 v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři), statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Řešení problémů, Chůze, Péče o části těla, Použití WC a Získání nezbytných věcí.

Grafy u kapacity 1 a kapacity 2 v čase 1 a čase 2 u domén Chůze, Řešení problémů a Použití WC vypadají vizuálně stejně. U 25, resp. 26 osob jsou hodnoty stejné, u zbylých 4, resp. 5 se liší a rozdíl je statisticky významný.

Celkově se podařilo prokázat statisticky významný rozdíl u 15 % domén z celkového počtu vybraných domén.

U ostatních domén se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich kvalifikátorů u kapacity 1 a 2 v čase 1 (během pobytu v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po ukončení denního stacionáře) statisticky významně na zvolené hladině významnosti lišily.

2.3.5 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K2) a výkonu (V2) u vybraných domén u klientů v čase 2, tedy jeden rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi kapacitou 2 v čase 2 (K2 – v době průběhu denního stacionáře u klientů) a výkonem 2 v čase 2 (V2 – v době 1 roku po uplynutí doby od denního stacionáře) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

Výkon 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) versus Kapacita 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři)

Výkon 2 versus Kapacita 2

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

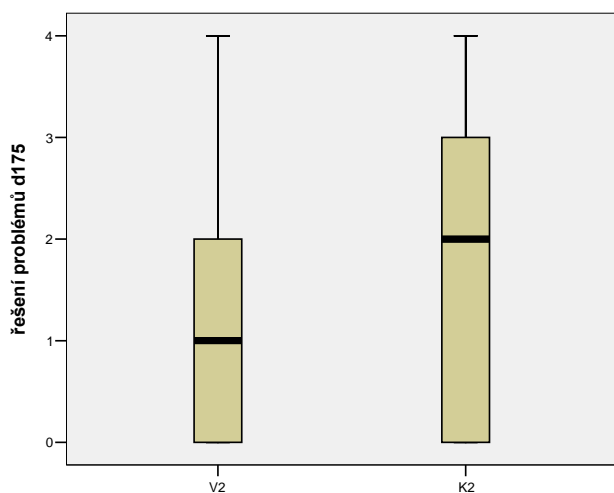
Parametry	Průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 V2 Řešení problémů d 175	1,20	30	1,243	0,026
K2 Řešení problémů d 175	1,67	30	1,422	

Pár 2	V2 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,57	30	1,104	0,414
	K2 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,67	30	1,184	
Pár 3	V2 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,50	30	1,075	0,317
	K2 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,53	30	1,074	
Pár 4	V2 Komunikace psaní zpráv d 325	1,50	30	1,075	0,257
	K2 Komunikace psaní zpráv d 325	1,60	30	1,248	
Pár 5	V2 Mluvení d 330	1,27	30	1,437	0,083
	K2 Mluvení d 330	1,37	30	1,520	
Pár 6	V2 Konverzace d 350	1,20	30	1,297	0,414
	K2 Konverzace d 350	1,27	30	1,285	
Pár 7	V2 Měnění základní pozice těla d 410	1,77	30	1,165	0,003
	K2 Měnění základní pozice těla d 410	2,23	30	1,165	
Pár 8	V2 Udržení pozice těla d 415	1,03	30	1,245	0,132
	K2 Udržení pozice těla d 415	1,27	30	1,388	
Pár 9	V2 Přemísťování d 420	1,55	29	1,121	0,035
	K2 Přemísťování d 420	1,79	29	1,236	
Pár 10	V2 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,87	30	1,106	0,705
	K2 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,83	30	1,085	
Pár 11	V2 Chůze d 450	2,00	30	1,050	0,001
	K2 Chůze d 450	3,00	30	1,083	
Pár 12	V2 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	1,70	30	,952	0,001
	K2 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	3,03	30	1,129	
Pár 13	V2 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	1,80	30	1,095	0,001
	K2 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	3,33	30	1,155	
Pár 14	V2 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	1,80	20	1,105	0,001
	K2 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	3,30	20	1,031	
Pár 15	V2 Pohyb za použití různých zařízení d 465	1,95	19	1,224	0,010
	K2 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,58	19	1,427	
Pár 16	V2 Používání dopravy d 470	1,84	25	1,344	0,001
	K2 Používání dopravy d 470	3,08	25	1,352	
Pár 17	V2 Sám se umýt d 510	1,20	30	,847	0,001
	K2 Sám se umýt d 510	2,63	30	1,217	
Pár 18	V2 Péče o části těla d 520	1,07	30	,828	0,001

	K2 Péče o části těla d 520	2,03	30	1,217	
Pár 19	V2 Použití WC d 530	1,23	30	,935	0,001
	K2 Použití WC d 530	2,00	30	1,313	
Pár 20	V2 Oblékání d 540	1,17	30	,699	0,001
	K2 Oblékání d 540	1,87	30	,973	
Pár 21	V2 Jídlo d 550	1,03	30	,765	0,001
	K1 Jídlo d 550	1,63	30	1,159	
Pár 22	V2 Pití d 560	,70	30	,750	0,007
	K2 Pití d 560	1,30	30	1,418	
Pár 23	V2 Získání nezbytných věcí d 620	1,45	29	1,121	0,001
	K2 Získání nezbytných věcí d 620	2,28	29	1,334	
Pár 24	V2 Příprava jídla d 630	1,62	29	1,237	0,004
	K2 Příprava jídla d 630	2,38	29	1,321	
Pár 25	V2 Vykonávání domácích prací d 640	1,86	28	1,325	0,008
	K2 Vykonávání domácích prací d 640	2,64	28	1,162	
Pár 26	V2 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	2,40	10	1,578	0,340
	K2 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	3,00	10	1,054	
Pár 27	V2 Jednání s cizími lidmi d 730	1,32	28	1,416	0,317
	K2 Jednání s cizími lidmi d 730	1,39	28	1,397	
Pár 28	V2 Rodinné vztahy d 760	1,00	29	1,336	0,564
	K2 Rodinné vztahy d 760	1,03	29	1,295	
Pár 29	V2 Placené zaměstnání d 850	3,58	24	,974	0,655
	K2 Placené zaměstnání d 850	3,63	24	,824	
Pár 30	V2 Základní ekonomické operace d 860	1,47	30	1,456	0,005
	K2 Základní ekonomické operace d 860	2,10	30	1,561	
Pár 31	V2 Ekonomická soběstačnost d 870	1,52	23	1,473	0,007
	K2 Ekonomická soběstačnost d 870	2,17	23	1,497	
Pár 32	V2 Rekreační a volný čas d 920	1,86	29	1,407	0,015
	K2 Rekreační a volný čas d 920	2,52	29	1,299	

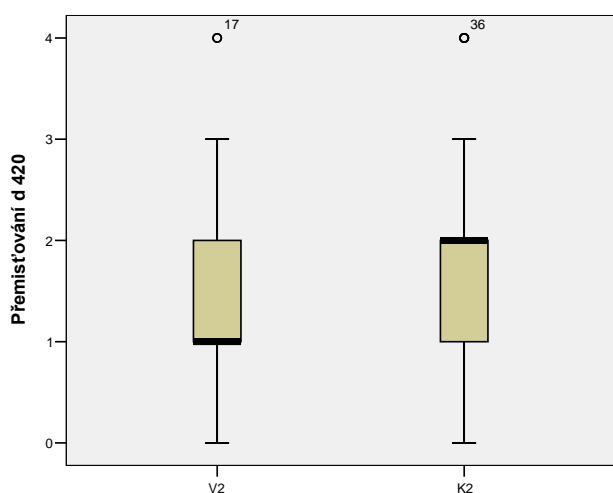
Tabulka č. 10 - Výkon 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) versus Kapacita 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0,05.

Pro názornost jsou uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantil. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián. V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních domén (0 žádný problém – 4 totální problém) pro kapacitu (K2) a výkon (V2) v čase 2, tedy 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři. V grafu je vidět rozdíl mediánů.



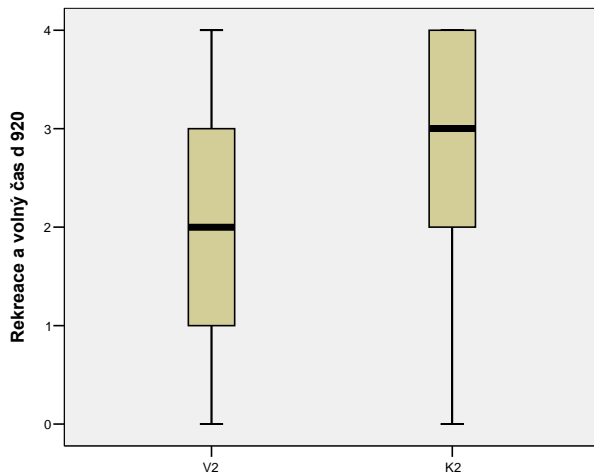
Graf č. 36 – V2 versus K2 u domény Řešení problémů d 175, $p = 0,05$

Graf č. 36 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě, 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Řešení problémů. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



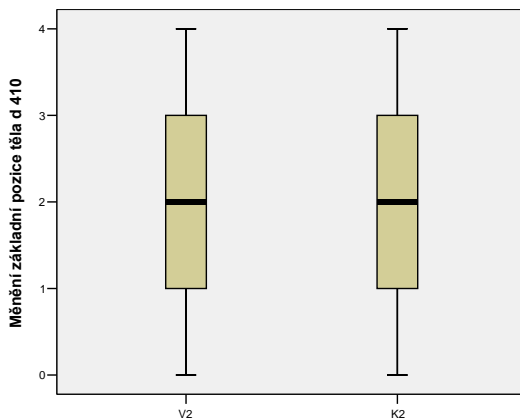
Graf č. 37 - V2 versus K2 u domény Přemístování d 420, $p = 0,05$

Graf č. 37 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Přemístování. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



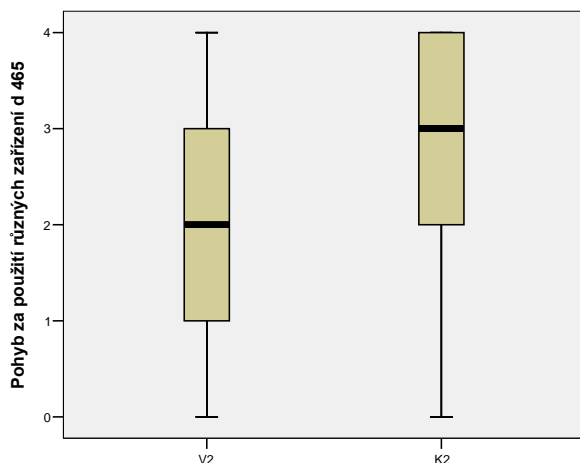
Graf č. 38 – V2 versus K2 u domény Rekreace a volný čas d 920, $p = 0,05$

Graf č. 38 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Rekreace a volný čas. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



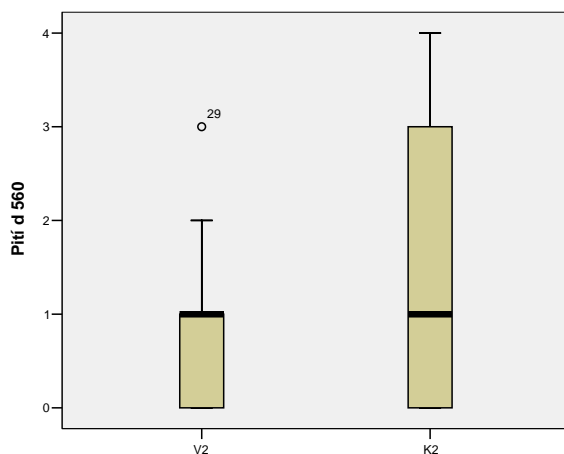
Graf č. 39 – V2 versus K2 u domény Měnění základní pozice těla d 410, $p = 0,01$

Graf č. 39 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Měnění základní pozice těla. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



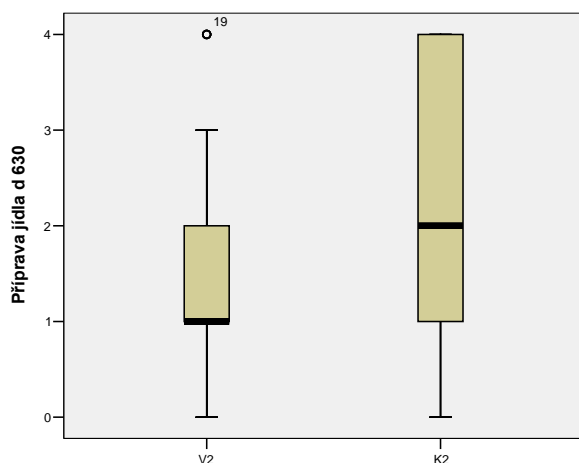
Graf č. 40 – V2 versus K2 u domény Pohyb za použití různých zařízení d 465, $p = 0,01$

Graf č. 40 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb za použití různých zařízení. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



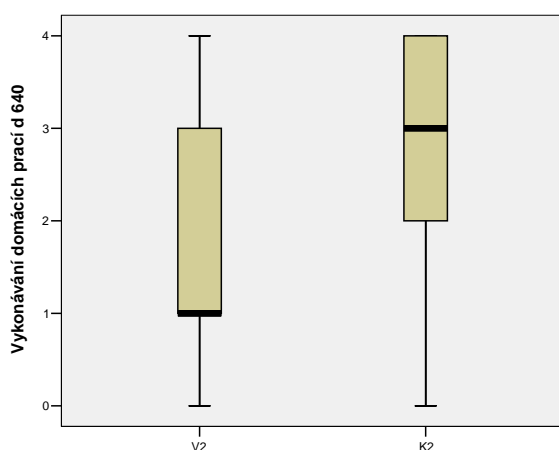
Graf č. 41 – V2 versus K2 u domény Pití d 560, $p = 0,001$

Graf č. 41 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pití. U kapacity je medián 1 (lehký problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



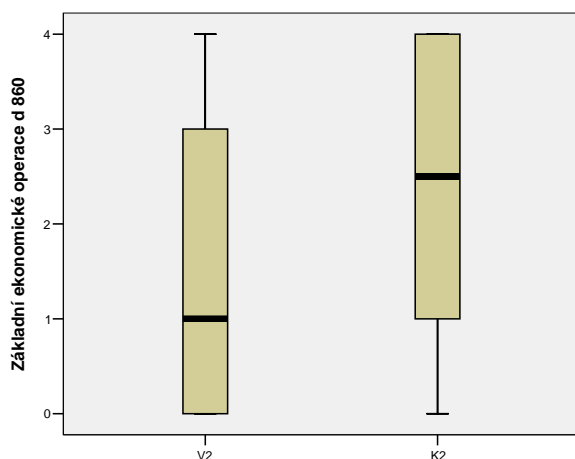
Graf č. 42 – V2 versus K2 u domény Příprava jídla d 630, $p = 0,01$

Graf č. 42 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Příprava jídla. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



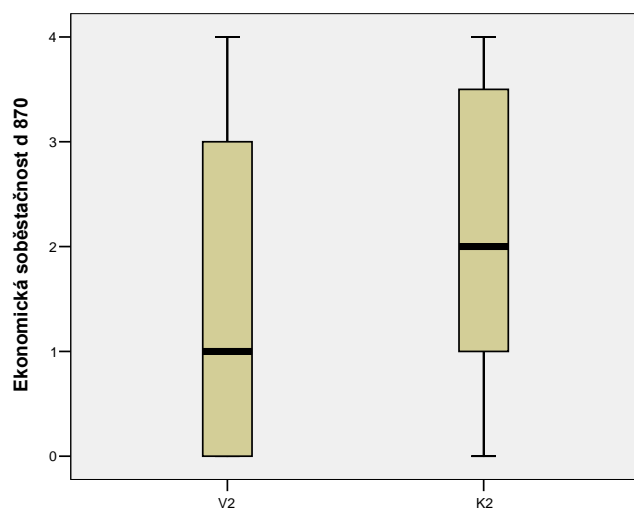
Graf č. 43 – V2 versus K2 u domény Vykonávání domácích prací d 640, $p = 0,01$

Graf č. 43 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Vykonávání domácích prací. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



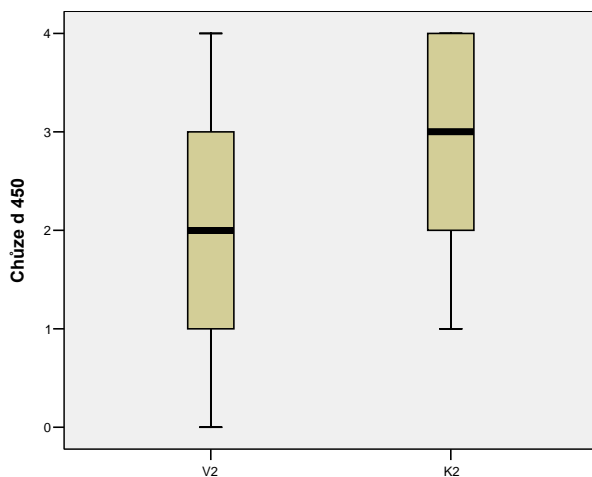
Graf č. 44 – V2 versus K2 u domény Základní ekonomické operace d 860, $p = 0,01$

Graf č. 44 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Základní ekonomické operace. U kapacity je medián 2,5 (střední až vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



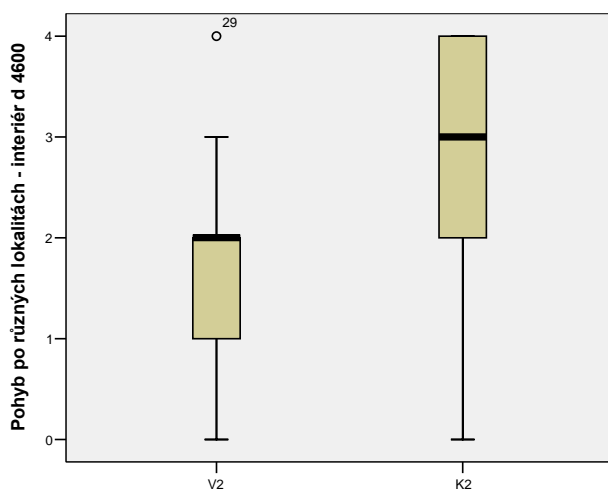
Graf č. 45 – V2 versus K2 u domény Ekonomická soběstačnost d 870, $p = 0,01$

Graf č. 45 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Ekonomická soběstačnost. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



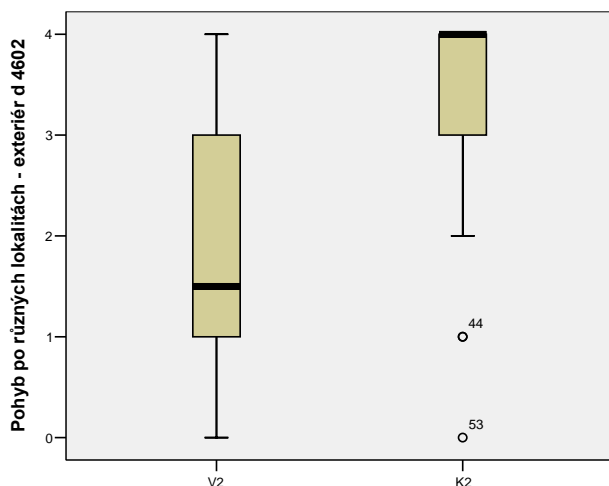
Graf č. 46 - V2 versus K2 u domény Chůze d 450, $p = 0,001$

Graf č. 46 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Chůze. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



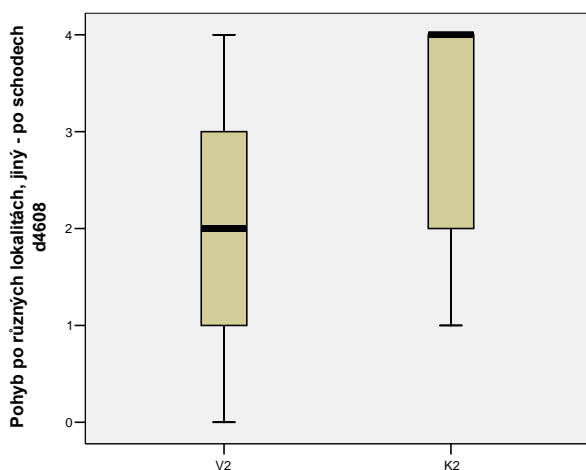
Graf č. 47 – V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér d 4600, $p = 0,001$

Graf č. 47 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér. U kapacity je medián 3 (vážný problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



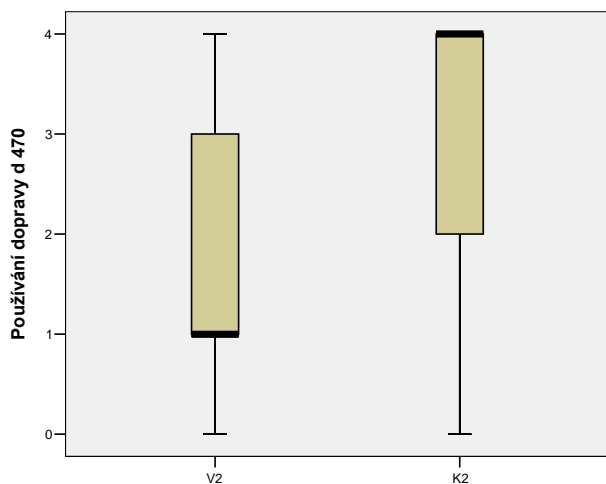
Graf č. 48 – V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér d 4602, $p = 0,001$

Graf č. 48 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér. U kapacity je medián 4 (totální problém u klienta) a u výkonu je medián mezi 1,5 (lehký až střední problém u klienta).



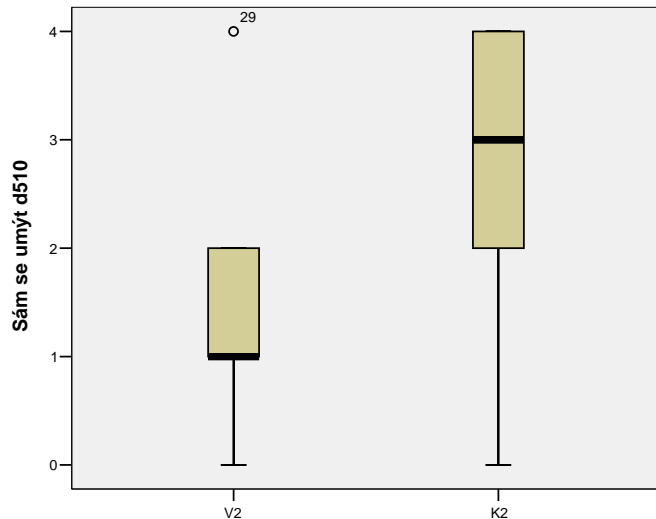
Graf č. 49 – V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách jiný – po schodech d 4608, $p = 0,001$

Graf č. 49 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech. U kapacity je medián 4 (totální problém u klienta) a u výkonu je medián 2 (střední problém u klienta).



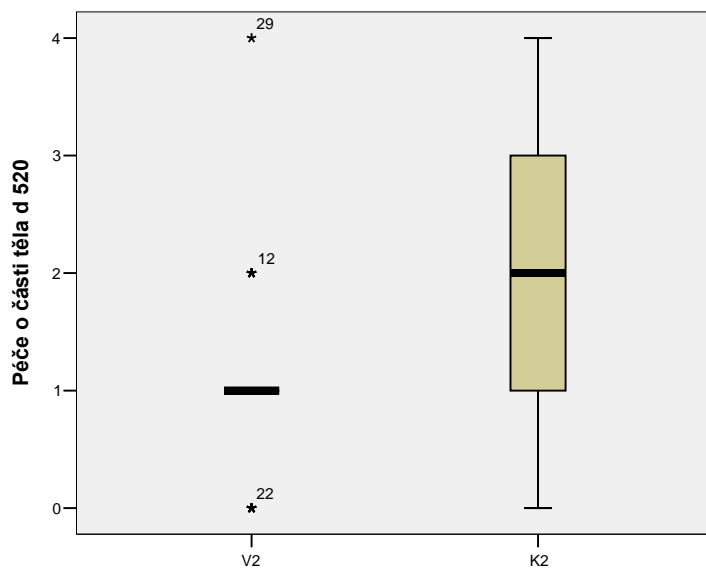
Graf č. 50 – V2 versus K2 u domény Používání dopravy d 470, $p = 0,001$

Graf č. 50 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Používání dopravy. U kapacity je medián 4 (totální problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



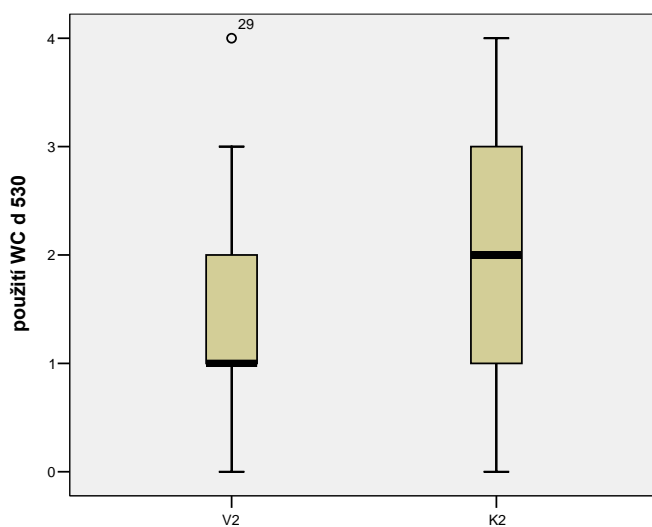
Graf č. 51 – V2 versus K2 u domény Sám se umýt d 510 $p = 0,001$

Graf č. 51 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Sám se umýt. U kapacity je medián 3 (vážený problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



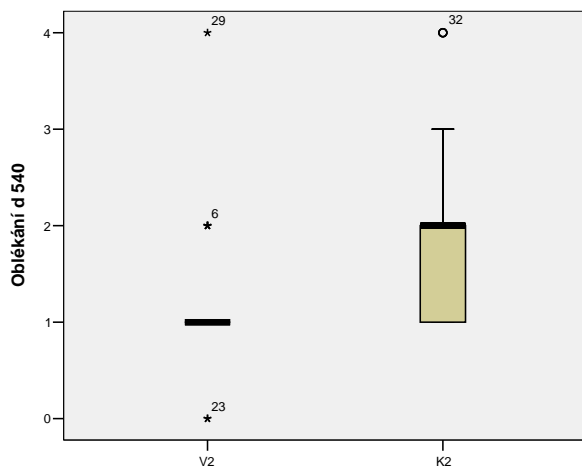
Graf č. 52 – V2 versus K2 u domény Péče o části těla d 520, $p = 0,001$

Graf č. 52 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Péče o části těla. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



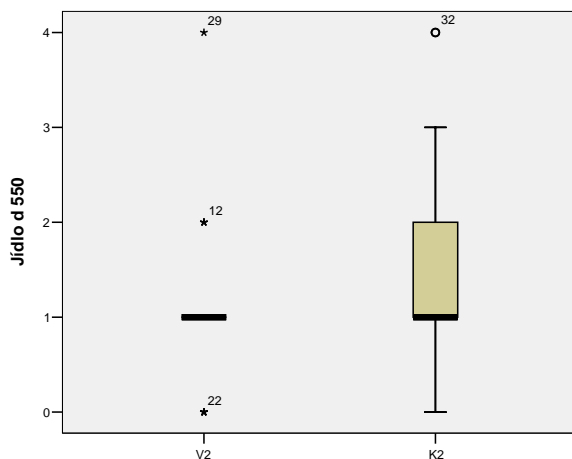
Graf č. 53 – V2 versus K2 u domény Použití WC d 530, $p = 0,001$

Graf č. 53 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Použití WC. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



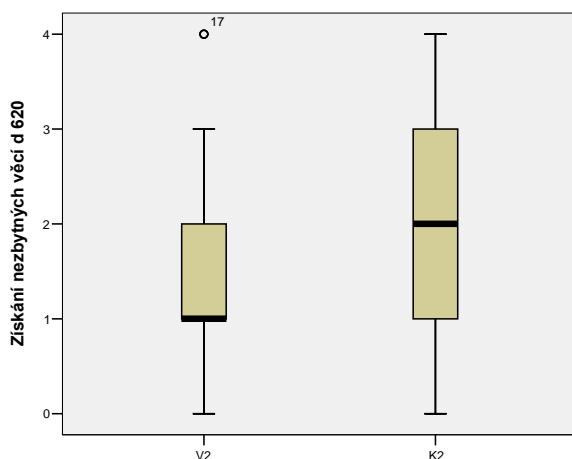
Graf č. 54 – V2 versus K2 u domény Oblékání d 540, $p = 0,001$

Graf č. 54 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Oblékání. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



Graf č. 55 – V2 versus K2 u domény Jídlo d 550, $p = 0,001$

Graf č. 55 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Jídlo. U kapacity je medián 1 (lehký problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).



Graf č. 56 – V2 versus K2 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,001$

Graf č. 56 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu a kapacitě 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři u domény Získání nezbytných věcí. U kapacity je medián 2 (střední problém u klienta) a u výkonu je medián 1 (lehký problém u klienta).

Závěrem je možné shrnout, že se nám ve studii podařilo prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů v čase 2 u kapacity a výkonu u sledovaných parametrů statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Řešení problémů, Přemísťování, Rekreační a volný čas, Měnění základní pozice těla, Pohyb za použití různých zařízení, Pití, Příprava jídla, Vykonávání domácích prací, Základní ekonomické operace, Ekonomická soběstačnost, Chůze, Pohyb v interiéru i exteriéru, Pohyb po schodech, Používání dopravy, Sám se umýt, Péče o části těla, Použití WC, Oblékání, Jídlo, Získání nezbytných věcí. Celkově jsou potvrzeny statisticky významné rozdíly u 66 %.

V tomto čase měli klienti k dispozici nejen facilitátory – kompenzační pomůcky a pomoc druhé osoby, ale měli k dispozici už i „zvláštní pomůcky“, tedy měli k dispozici ližiny, rampu nebo nájezdovou rampu. Měli už bezbariérově upravený byt a případně stavebně upravenou koupelnu. Jen 5 klientů neupravilo domácí prostředí dle instrukcí ergoterapeuta a zůstalo ve svém původním bariérovém prostředí.

U ostatních domén se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich kvalifikátorů u kapacity 2 a výkonu 2 v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) statisticky významně na zvolené hladině významnosti lišily.

2.3.6 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výkonu (V1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich výkonu (V2) v čase 2, tedy jeden rok poté

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi výkonem 1 v čase 1 (V1 – u klientů v době průběhu denního stacionáře) a výkonem 2 v čase 2 (V2 – 1 rok ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

**Výkon 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus
Výkon 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři)**

Výkon 1 versus Výkon 2

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

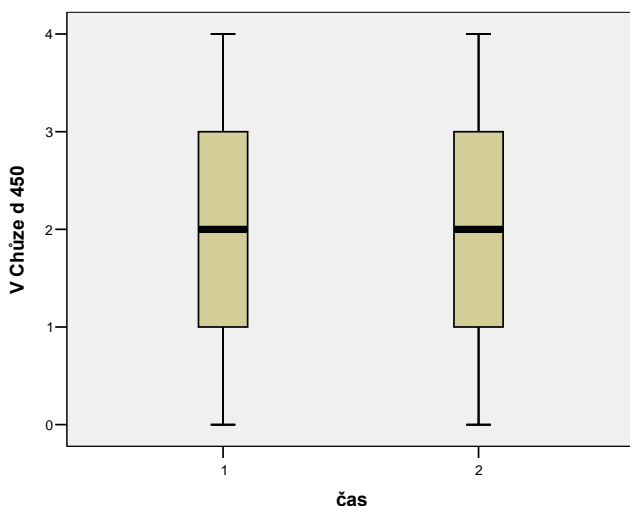
Parametry	průměr	N	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 V1 Řešení problémů d 175	1,27	30	1,258	0,157
V2 Řešení problémů d 175	1,20	30	1,243	
Pár 2 V1 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,63	30	1,098	0,157
V2 Komunikace příjem mluvených zpráv d 310	,57	30	1,104	
Pár 3 V1 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,57	30	1,073	0,157
V2 Komunikace příjem psaných zpráv d 325	,50	30	1,075	
Pár 4 V1 Komunikace psaní zpráv d 325	1,63	30	1,217	0,102
V2 Komunikace psaní zpráv d 325	1,50	30	1,075	
Pár 5 V1 Mluvení d 330	1,27(a)	30	1,437	1,000
V2 Mluvení d 330	1,27(a)	30	1,437	
Pár 6 V1 Konverzace d 350	1,23	30	1,357	0,317
V2 Konverzace d 350	1,20	30	1,297	
Pár 7 V1 Měnění základní pozice těla d 410	1,83	30	1,206	0,157
V2 Měnění základní pozice těla d 410	1,77	30	1,165	
Pár 8 V1 Udržení pozice těla d 415	1,00	30	1,203	0,317
V2 Udržení pozice těla d 415	1,03	30	1,245	

Pár 9	V1 Přemísťování d 420	1,62	29	1,178	0,157
	V2 Přemísťování d 420	1,55	29	1,121	
Pár 10	V1 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,87(a)	30	1,106	1,000
	V2 Využití ruky k jemným pohybům d 440	1,87(a)	30	1,106	
Pár 11	V1 Chůze d 450	2,20	30	1,186	0,014
	V2 Chůze d 450	2,00	30	1,050	
Pár 12	V1 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	1,90	30	1,155	0,034
	V2 Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600	1,70	30	,952	
Pár 13	V1 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	2,20	30	1,270	0,010
	V2 Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602	1,80	30	1,095	
Pár 14	V1 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	2,45	20	1,276	0,006
	V2 Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608	1,80	20	1,105	
Pár 15	V1 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,28	18	1,274	0,157
	V2 Pohyb za použití různých zařízení d 465	2,06	18	1,162	
Pár 16	V1 Používání dopravy d 470	1,92	25	1,320	0,157
	V2 Používání dopravy d 470	1,84	25	1,344	
Pár 17	V1 Sám se umýt d 510	1,57	30	,935	0,002
	V2 Sám se umýt d 510	1,20	30	,847	
Pár 18	V1 Péče o částí těla d 520	1,20	30	,805	0,046
	V2 Péče o částí těla d 520	1,07	30	,828	
Pár 19	V1 použití WC d 530	1,50	30	1,009	0,011
	V2 použití WC d 530	1,23	30	,935	
Pár 20	V1 Oblékání d 540	1,23	30	,728	0,157
	V2 Oblékání d 540	1,17	30	,699	
Pár 21	K1 Jídlo d 550	1,67	30	1,124	0,157
	V2 Jídlo d 550	1,03	30	,765	
Pár 22	V1 Pití d 560	,73	30	,740	0,317
	V2 Pití d 560	,70	30	,750	
Pár 23	V1 Získání nezbytných věcí d 620	1,52	29	1,122	0,157
	V2 Získání nezbytných věcí d 620	1,45	29	1,121	
Pár 24	V1 Příprava jídla d 630	1,76	29	1,300	0,180

	V2 Příprava jídla d 630	1,62	29	1,237	
Pár 25	V1 Vykonávání domácích prací d 640	2,07	27	1,439	0,102
	V2 Vykonávání domácích prací d 640	1,89	27	1,340	
Pár 26	V1 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	2,40(a)	10	1,578	1,000
	V2 Péče o předměty v domácnosti (pes) d 650	2,40(a)	10	1,578	
Pár 27	V1 Jednání s cizími lidmi d 730	1,39	28	1,449	0,317
	V2 Jednání s cizími lidmi d 730	1,32	28	1,416	
Pár 28	V1 Rodinné vztahy d 760	1,07	29	1,387	0,317
	V2 Rodinné vztahy d 760	1,00	29	1,336	
Pár 29	V1 Placené zaměstnání d 850	3,67	24	,816	0,317
	V2 Placené zaměstnání d 850	3,58	24	,974	
Pár 30	V1 Základní ekonomické operace d 860	1,50	30	1,456	0,317
	V2 Základní ekonomické operace d 860	1,47	30	1,456	
Pár 31	V1 Ekonomická soběstačnost d 870	1,59	22	1,436	1,000
	V2 Ekonomická soběstačnost d 870	1,59	22	1,469	
Pár 32	V1 Rekreační a volný čas d 920	2,21	29	1,521	0,007
	V2 Rekreační a volný čas d 920	1,86	29	1,407	

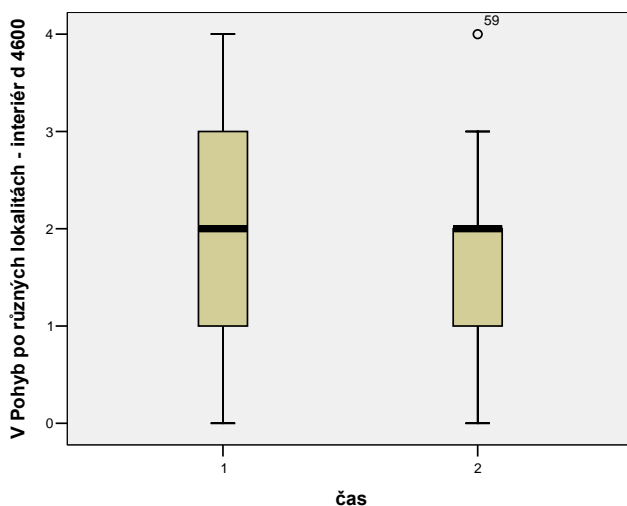
Tabulka č. 11 - Výkon 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Výkon 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0,05.

Pro názornost jsou uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantilů. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián. V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních domén (0 žádný problém – 4 totální problém) pro výkon 1 v čase 1 (V1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a výkon 2 v čase 2 (V2 – 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři). V grafu je vidět rozdíl mediánů.



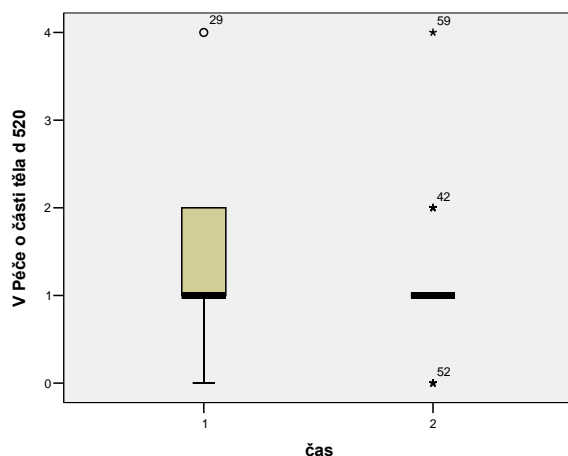
Graf č. 57 – V1 versus V2 u domény Chůze d 450, $p = 0,05$

Graf č. 57 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Chůze. U výkonu 1 je medián 2 (střední problém pro klienta) a u výkonu 2 je medián 2 (střední problém pro klienta).



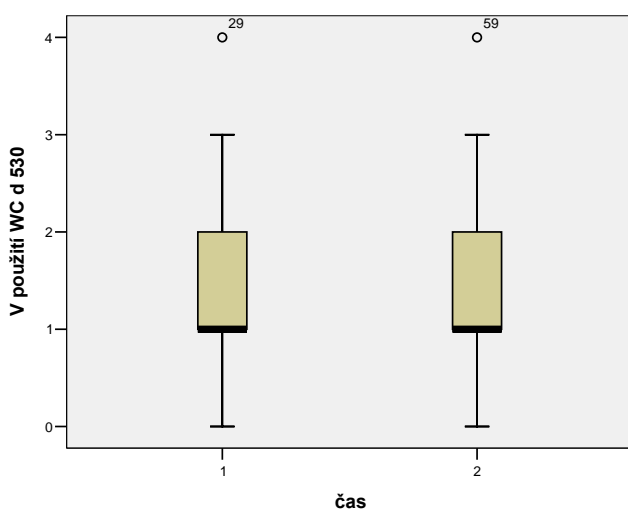
Graf č. 58 – V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér d 4600, $p = 0,05$

Graf č. 58 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér. U výkonu 1 je medián 2 (střední problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 2 (střední problém pro klienta).



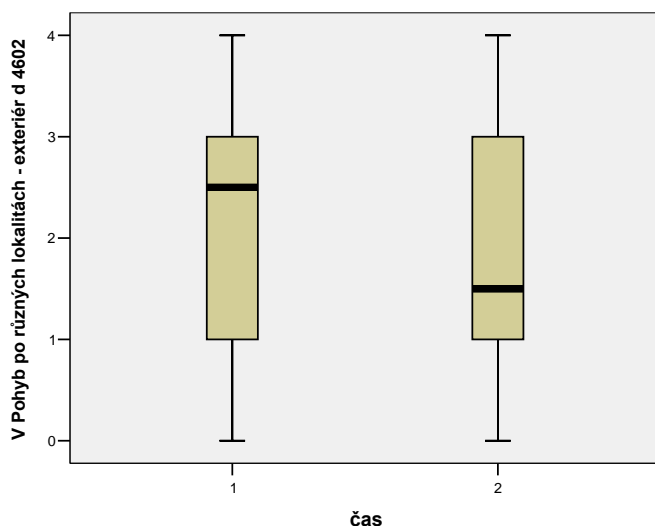
Graf č. 59 – V1 versus V2 u domény Péče o částí těla d520, $p = 0,05$

Graf č. 59 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Péče o částí těla. U výkonu 1 je medián 1 (lehký problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 1 (lehký problém pro klienta).



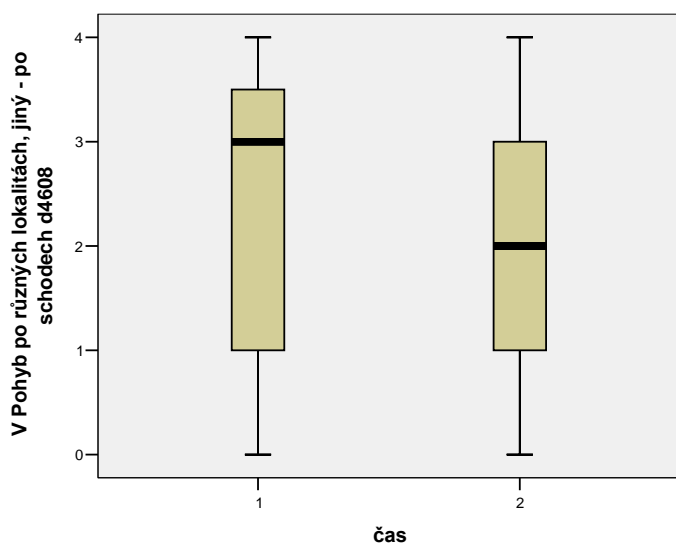
Graf č. 60 – V1 versus V2 u domény Použití WC d530, $p = 0,05$

Graf č. 60 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Použití WC. U výkonu 1 je medián 1 (lehký problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 1 (lehký problém pro klienta).



Graf č. 61 – V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér d 4602, $p = 0,01$

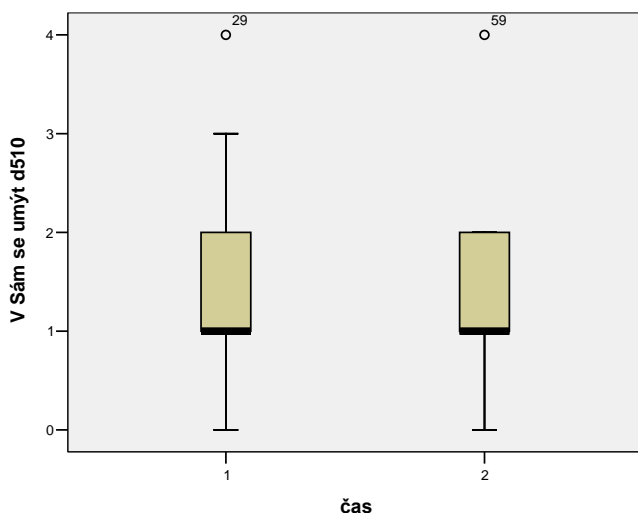
Graf č. 61 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér. U výkonu 1 je medián 2,5 (střední až vážný problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 1,5 (lehký až střední problém pro klienta).



Graf č. 62 – V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech d 4608, $p = 0,01$

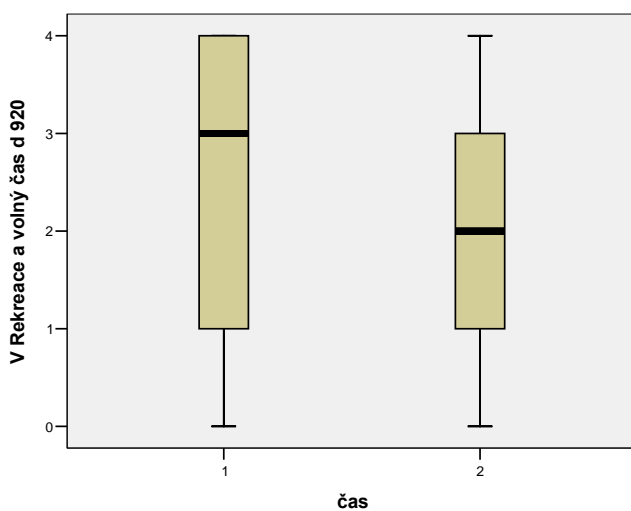
Graf č. 62 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – pohyb po schodech

U výkonu 1 je medián 3 (vážný problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 2 (střední problém pro klienta).



Graf č. 63 – V1 versus V2 u domény Sám se umýt d 510, $p = 0,01$

Graf č. 63 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Sám se umýt. U výkonu 1 je medián 1 (lehký problém pro klienta) a u výkonu 2 je medián 1 (lehký problém pro klienta).



Graf č. 64 – V1 versus V2 u domény **Rekreace a volný čas d920**, $p = 0,01$

Graf č. 64 ukazuje hodnoty kvalifikátorů ve výkonu 1 v čase 1 – doby pobytu klientů v denním stacionáři a ve výkonu 2 čase 2 – 1 rok uplynutí doby od pobytu v denním stacionáři u domény Rekrece a volný čas. U výkonu 1 je medián 3 (vážný problém pro klienta), a u výkonu 2 je medián 2 (střední problém pro klienta).

Závěrem je možné shrnout, že se nám v naší studii podařilo prokázat, že hodnoty u sledovaných parametrů u výkonu (V1) v čase 1 (v čase pobytu klientů v denním stacionáři) a hodnoty u sledovaných parametrů u výkonu 2 (V2) v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Chůze, Pohyb po různých lokalitách – v interiéru, Péče o části těla, Použití WC, Pohyb po různých lokalitách v interiéru, Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech, Sám se umýt, Rekreace a volný čas. Celkově se podařilo potvrdit statisticky významné výsledky u 25 % domén.

Je možné shrnout, že hodnoty kvalifikátorů u výkonu 2 se posunuly k menším hodnotám. Grafy u domény Chůze a Použití WC se zdají být vizuálně shodné, avšak přesto zde došlo ke statisticky významným rozdílům, kdy hodnoty byly stejné u 25, resp. 26 klientů, ale u zbylých 4, resp. 5 se hodnoty posunuly na menší hodnotu a rozdíl je statisticky významný.

U výkonu 2 měli klienti k dispozici nejen kompenzační pomůcky k používání, pomoc druhé osoby, ale byli vybaveni už i „zvláštními pomůckami“. Mezi zvláštní pomůcky patřila rampa, schodolez, nájezdová plošina, přestavba koupelny na bezbariérovou a další. Celkem 5 klientů odmítlo poradenství ergoterapeuta a ponechalo si původní bariérové prostředí.

U ostatních domén se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich kvalifikátorů u výkonu 1 a 2 v čase 1 (během pobytu v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po ukončení denního stacionáře) statisticky významně na zvolené hladině významnosti lišily.

2.3.7 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání facilitátorů v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři a porovnání bariér v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky facilitátorů a bariér v čase 1 (u klientů v době jejich pobytu v denním stacionáři) a facilitátory a bariérami čase 2 (v době 1

roku po uplynutí doby od jejich pobytu v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

**Facilitátor 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus
Facilitátor 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři)**

**Bariéry 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus
Bariéry 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři)**

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

Parametr	průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 Facilitátor 1 Produkty k osobnímu užívání (léky) e 110	2,93	27	1,035	0,038
Facilitátor 2 Produkty k osobnímu užívání (léky) e 110	2,67	27	1,209	
Pár 2 Facilitátor 1 Produkty k osobnímu užívání v den. životě e 115	,88	25	1,301	0,001
Facilitátor 2 Produkty k osobnímu užívání v den. životě e 115	2,60	25	1,041	
Pár 3 Facilitátor 1 Madla	,79	14	,975	0,017
Facilitátor 2 Madla	2,00	14	1,038	
Pár 4 Bariéry 1 Produkty k osobnímu užívání v den. životě e 115	2,75	12	,622	0,002
Bariéry 2 Produkty k osobnímu užívání v den. životě e 115	,08	12	,289	
Pár 5 Facilitátor 1 Produkty pro pohyblivost e 120	2,69	26	1,490	0,354
Facilitátor 2 Produkty pro pohyblivost e 120 hůl	2,88	26	1,423	
Pár 6 Bariéry 1 Produkty pro pohyblivost e 120	1,00	1	.	
Bariéry 2 Produkty pro pohyblivost e 120	,00	1	.	
Pár 7 Facilitátor 1 Produkty pro komunikaci e 125	,50	6	,837	0,066
Facilitátor 2 Produkty pro komunikaci e 125	2,50	6	1,049	
Pár 8 Bariéry 1 Produkty pro komunikaci e 125	3,00	3	1,000	0,180
Bariéry 2 Produkty pro komunikaci e 125	,67	3	1,155	
Pár 9 Facilitátor 1 Stavební produkty pro veřejné užití e 150	,36	11	,809	0,004
Facilitátor 2 Stavební produkty pro veřejné užití e 150	3,45	11	,688	
Pár 10 Bariéry 1 Stavební produkty pro veřejné užití e 150	3,55	11	,688	0,002
Bariéry 2 Stavební produkty pro veřejné užití e 150	,00	11	,000	
Pár 11 Facilitátor 1 Stavební produkty pro soukromé užití e 155	,00	10	,000	0,004
Facilitátor 2 Stavební produkty pro soukromé užití e 155	3,50	10	,527	
Pár 12 Bariéry 1 Stavební produkty pro soukromé užití e 155	3,45	11	,688	0,003
Bariéry 2 Stavební produkty pro soukromé užití e 155	,00	11	,000	
Pár 13 Facilitátor 1 Nejbližší rodina e 310	3,46	24	,833	0,063
Facilitátor 2 Nejbližší rodina e 310	3,21	24	1,021	
Pár 14 Bariéra 1 Nejbližší rodina e 310	2,00	2	1,414	1,000
Bariéra 2 Nejbližší rodina e 310	2,00	2	1,414	
Pár 15 Facilitátor 1 Přátelé e 320	1,90	10	,876	0,317
Facilitátor 2 Přátelé e 320	2,00	10	,816	

Pár 16	Bariéra 1 Přátelé e 320	4,00	1	.	
	Bariéra 2 Přátelé e 320	4,00	1	.	
Pár 17	Facilitátor 1 Známi, kamarádi, sousedé e 325	1,75	4	,957	1,000
	Facilitátor 2 Známi, kamarádi, sousedé e 325	1,75	4	,957	
Pár 18	Bariéra 1 Známi, kamarádi, sousedé e 325	.	0	.	
	Bariéra 1 Známi, kamarádi, sousedé e 325	.	0	.	
Pár 19	Facilitátor 1 Pečovatelé, osobní asistenti e 340	3,50	4	,577	1,000
	Facilitátor 2 Pečovatelé, osobní asistenti e 340	3,50	4	,577	
Pár 20	Bariéra 1 Pečovatelé, osobní asistenti e 340	.	0	.	
	Bariéra 2 Pečovatelé, osobní asistenti e 340	.	0	.	
Pár 21	Facilitátor 1 Zdravotničtí profesionálové e 335	2,93	27	1,035	0,038
	Facilitátor 2 Zdravotničtí profesionálové e 335	2,67	27	1,209	
Pár 22	Bariéra 1 Zdravotničtí profesionálové e 335	.	0	.	
	Bariéra 2 Zdravotničtí profesionálové e 335	.	0	.	
Pár 23	Facilitátor 1 Postoje členů rodiny e 410	3,46	24	,833	0,063
	Facilitátor 2 Postoje členů rodiny e 410	3,21	24	1,021	
Pár 24	Bariéra 1 Postoje členů rodiny e 410	2,00	2	1,414	1,000
	Bariéra 2 Postoje členů rodiny e 410	2,00	2	1,414	
Pár 25	Facilitátor 1 Postoje přátel e 420	1,90	10	,876	0,317
	Facilitátor 2 Postoje přátel e 420	2,00	10	,816	
Pár 26	Bariéra 1 Postoje přátel e 420	.	0	.	
	Bariéra 2 Postoje přátel e 420	.	0	.	
Pár 27	Facilitátor 1 Služby sociálního zabezpečení e 570	2,21	14	1,424	0,102
	Facilitátor 2 Služby sociálního zabezpečení e 570	2,79	14	,802	
Pár 28	Bariéra 1 Služby sociálního zabezpečení e 570	3,00	1	.	
	Bariéra 2 Služby sociálního zabezpečení e 570	,00	1	.	
Pár 29	Facilitátor 1 Zdravotnické systémy e 580	3,04	27	1,018	0,038
	Facilitátor 2 Zdravotnické systémy e 580	2,78	27	1,219	
Pár 30	Bariéra 1 Zdravotnické systémy e 580	1,00	1	.	
	Bariéra 2 Zdravotnické systémy e 580	1,00	1	.	

Tabulka č. 12 - Facilitátor 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Facilitátor 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři) a Bariéry 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Bariéry 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0,05.

V naší studii se nám podařilo prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů u facilitátorů a bariér 1 a u facilitátorů a bariér 2 v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u faktorů prostředí.

Z faktorů prostředí to jsou facilitátory Produkty k osobnímu užívání, Produkty k osobnímu užívání v denním životě – madla, Zdravotničtí profesionálové, Zdravotnické systémy, Stavební produkty pro veřejné užití, Stavební produkty pro soukromé užití, Produkty k osobnímu užívání v denním životě.

Z faktorů prostředí to jsou bariéry Produkty k osobnímu užívání v denním životě, Stavební produkty pro veřejné užití, Stavební produkty pro soukromé užití.

„Zvláštní pomůcky“ – rampu, plošinu, nájezdovou plošinu, bezbariérové úpravy koupelny a bytu je možné zařadit do domény Stavební produkty pro veřejné použití, Stavební produkty pro soukromé užití. Kompenzační pomůcky je pak možné zařadit do domény Produkty k osobnímu užívání v denním životě.

2.3.8 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výsledků testu Funkční míry nezávislosti a Funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure a Functional Assessment Measure – F1) u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři a tohoto hodnocení (F2) v čase 2, tedy po 1 roce od ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi testem FIM+FAM 1 v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a tímto testem v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

**Test FIM+FAM 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus**

Test FIM+FAM 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři)

FIM+FAM 1 versus FIM +FAM 2

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

Parametry	Průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 F 1 Jídlo	5,30	30	1,601	0,414
F 2 Jídlo	5,37	30	1,671	
Pár 2 F 1 Polykání	6,63(a)	30	1,066	1,000
F 2 Polykání	6,63(a)	30	1,066	
Pár 3 F 1 Osobní hygiena	4,97	30	1,752	0,046
F 2 Osobní hygiena	5,10	30	1,729	
Pár 4 F 1 Koupání	4,30	30	1,601	0,001
F 2 Koupání	4,97	30	1,650	

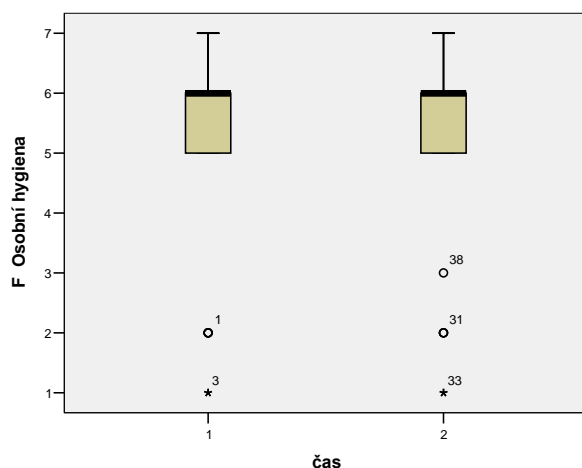
Pár 5	F 1 Oblékání horní polovina těla	5,00	30	1,554	0,035
	F 2 Oblékání horní polovina těla	5,23	30	1,478	
Pár 6	F 1 Oblékání dolní polovina těla	4,60	30	1,499	0,003
	F 2 Oblékání dolní polovina těla	5,00	30	1,509	
Pár 7	F 1 Použití WC	4,83	30	1,877	0,001
	F 2 Použití WC	5,53	30	1,613	
Pár 8	F 1 Kontrola močení	5,87	30	1,717	0,414
	F 2 Kontrola močení	5,93	30	1,721	
Pár 9	F 1 Kontrola vyprazdňování	6,37	30	1,497	0,180
	F 2 Kontrola vyprazdňování	6,47	30	1,432	
Pár 10	F 1 Postel, židle, vozík	4,97	30	1,450	0,005
	F 2 Postel, židle, vozík	5,33	30	1,422	
Pár 11	F 1 Toaleta	4,50	30	1,834	0,005
	F 2 Toaleta	5,23	30	1,794	
Pár 12	F 1 Vana, sprchový kout	3,87	30	1,795	0,001
	F 2 Vana, sprchový kout	5,07	30	1,799	
Pár 13	F 1 Automobil	5,10	30	1,647	0,034
	F 2 Automobil	5,30	30	1,705	
Pár 14	F 1 Chůze - jízda na vozíku	4,87	30	1,548	0,026
	F 2 Chůze - jízda na vozíku	5,23	30	1,478	
Pár 15	F 1 Schody	3,07	30	1,929	0,003
	F 2 Schody	4,00	30	2,068	
Pár 16	F 1 Pohyb v obci (auto, taxi, MHD)	2,87	30	2,113	0,007
	F2 Pohyb v obci (auto, taxi, MHD)	3,43	30	2,329	
Pár 17	F 1 Rozumění	6,43(a)	30	1,547	1,000
	F 2 Rozumění	6,43(a)	30	1,547	
Pár 18	F 1 Expres	5,53	30	1,634	0,157
	F 2 Expres	5,60	30	1,589	
Pár 19	F 1 Čtení	6,60(a)	30	1,192	1,000
	F 2 Čtení	6,60(a)	30	1,192	
Pár 20	F 1 Psaní	5,20	30	1,710	0,317
	F 2 Psaní	5,23	30	1,695	
Pár 21	F 1 Srozumitelnost řeči	5,33(a)	30	1,729	1,000
	F2 Srozumitelnost řeči	5,33(a)	30	1,729	
Pár 22	F 1 Sociální interakce	5,23	30	1,888	0,257
	F 2 Sociální interakce	5,33	30	1,918	
Pár 23	F 1 Emoční stav	5,67	30	1,900	0,046
	F 2 Emoční stav	5,80	30	1,864	
Pár 24	F 1 Překonávání bariér	4,57	30	2,012	0,131
	F 2 Překonávání bariér	4,77	30	2,096	
Pár 25	F 1 Aktivity volného času	3,73	30	1,999	0,001
	F 2 Aktivity volného času	4,43	30	1,851	
Pár 26	F 1 Řešení problémů	4,50	30	2,113	0,102
	F 2 Řešení problémů	4,67	30	2,106	

Pár 27	F 1 Paměť	5,60	30	1,653	0,102
	F 2 Paměť	5,77	30	1,524	
Pár 28	F 1 Orientace	6,27	30	1,388	0,083
	F 2 Orientace	6,37	30	1,351	
Pár 29	F 1 Pozornost	5,80	30	1,349	0,083
	F 2 Pozornost	5,90	30	1,322	
Pár 30	F 1 Bezpečnostní uvědomění (rizika)	5,73	30	1,721	0,157
	F 2 Bezpečnostní uvědomění (rizika)	5,80	30	1,730	
Pár 31	F 1 Příprava jídla	3,10	30	2,264	0,039
	F 2 Příprava jídla	3,40	30	2,401	
Pár 32	F 1 Praní	2,13	30	2,030	0,109
	F 2 Praní	2,50	30	2,345	
Pár 33	F 1 Domácí práce	2,47	30	2,209	0,144
	F 2 Domácí práce	2,80	30	2,398	
Pár 34	F 1 Nakupování	2,83	30	2,036	0,005
	F 2 Nakupování	3,53	30	2,300	
Pár 35	F 1 Domácí finance	3,73	30	2,586	0,109
	F 2 Domácí finance	4,00	30	2,626	
Pár 36	F 1 Práce - vzdělání	2,07	30	1,596	0,041
	F 2 Práce - vzdělání	2,47	30	1,889	

Tabulka č. 13 - Test FIM+FAM 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Test FIM+FAM 2 (1 rok od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti

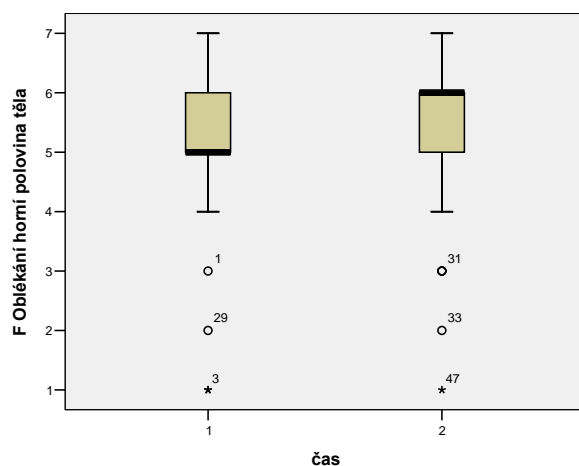
Pro názornost jsou uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantil. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián.

V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních položek (1 žádný problém – 7 totální problém) pro test FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři). V grafu je vidět rozdíl mediánů.



Graf č. 65 – F1 versus F2 u položky Osobní hygiena, $p = 0,05$

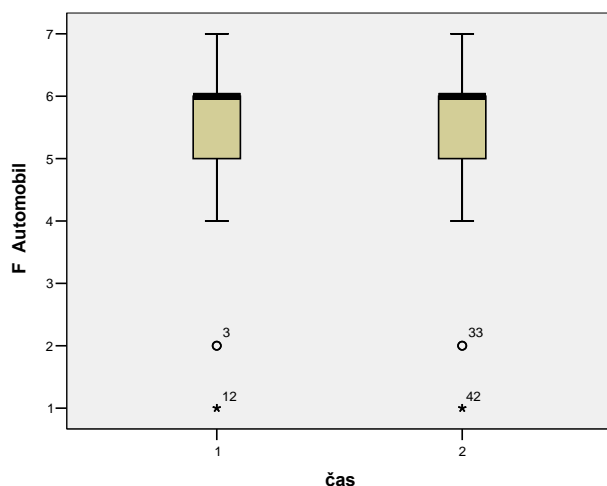
Graf č. 65 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Osobní hygiena u Testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky).



Graf č. 66 – F1 versus F2 u položky Oblékání horní poloviny těla, $p = 0,05$

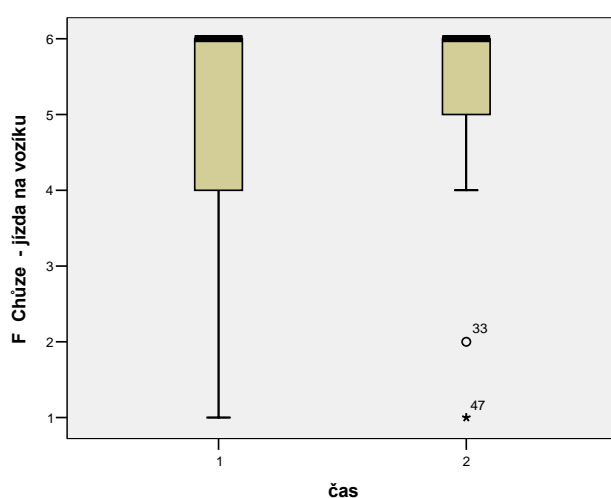
Graf č. 66 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Oblékání horní poloviny těla. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5 (úroveň supervize klienta) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované

samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky).



Graf č. 67 – F1 versus F2 u položky Přesun do a z automobilu, $p = 0,05$

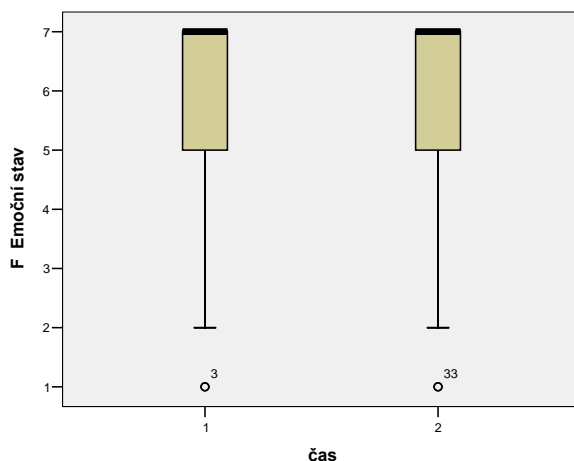
Graf č. 67 ukazuje hodnoty testu FIM+ FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Přesun do a z automobilu. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky).



Graf č. 68 – F1 versus F2 u položky Chůze – jízda na vozíku, $p = 0,05$

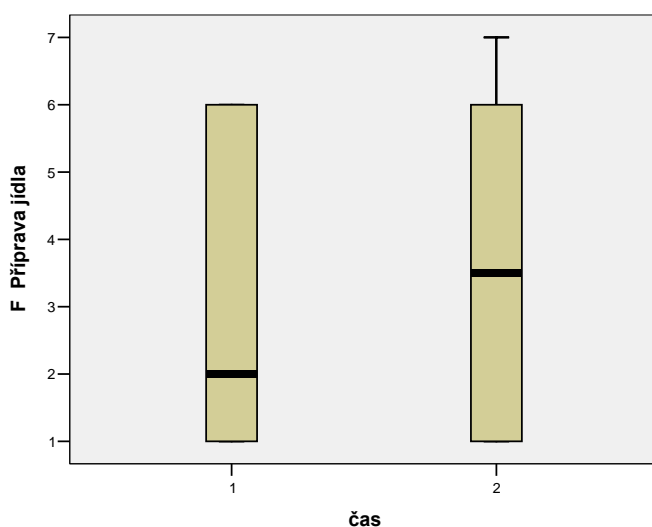
Graf č. 68 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním

stacionáři) u položky Chůze – jízda na vozíku. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient zvládá činnost v delším čase nebo za pomoci kompenzační pomůcky).



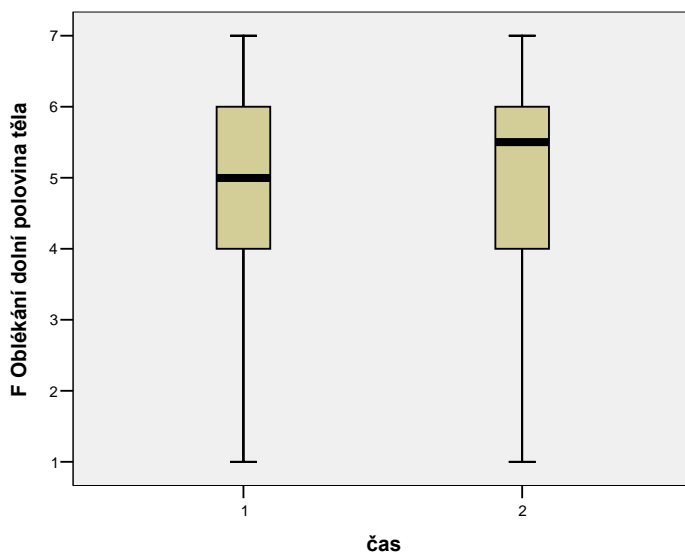
Graf č. 69 – F1 versus F2 u položky Emoční stav, $p = 0,05$

Graf č. 69 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Emoční stav. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 7 (úroveň úplné samostatnosti klienta) a v čase 2 (F2) je medián 7 (úroveň úplné samostatnosti klienta).



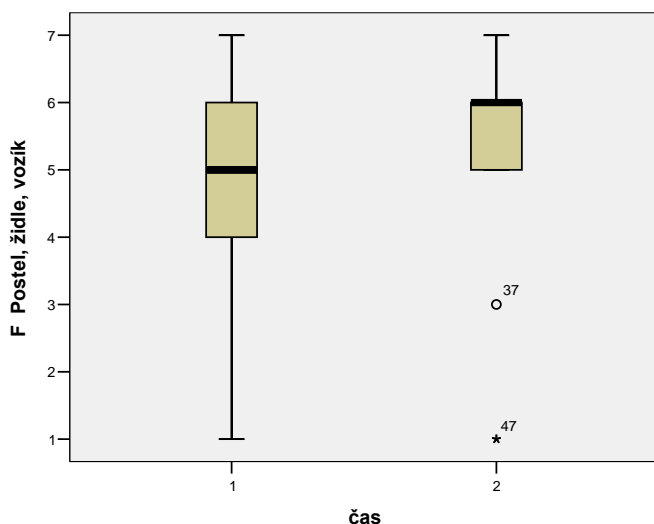
Graf č. 70 – F1 versus F2 u položky Příprava jídla, $p = 0,05$

Graf č. 70 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Příprava jídla. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 2 (úroveň vysoké asistence, kdy klient potřebuje během aktivity 50 – 75 % asistence druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián 3,5 (úroveň minimální asistence, kdy klient potřebuje během aktivity s méně než 25 % asistence, až střední asistence druhé osoby, kdy klient během aktivity potřebuje 25 – 50 % asistence druhé osoby).



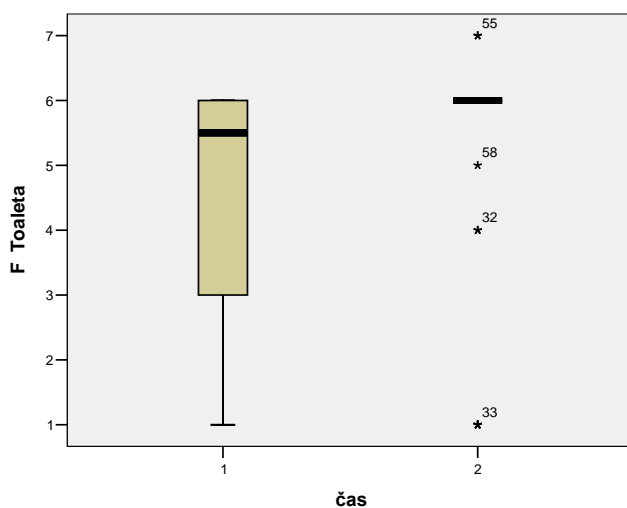
Graf č. 71 – F1 versus F2 u položky Oblékání dolní poloviny těla, $p = 0,01$

Graf č. 71 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Oblékání dolní poloviny těla. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5 (úroveň supervize klienta) a v čase 2 (F2) je medián 5,5 (úroveň mezi úrovní supervize a modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku).



Graf č. 72 – F1 versus F2 u položky Přesuny postel, židle, vozík, $p = 0,01$

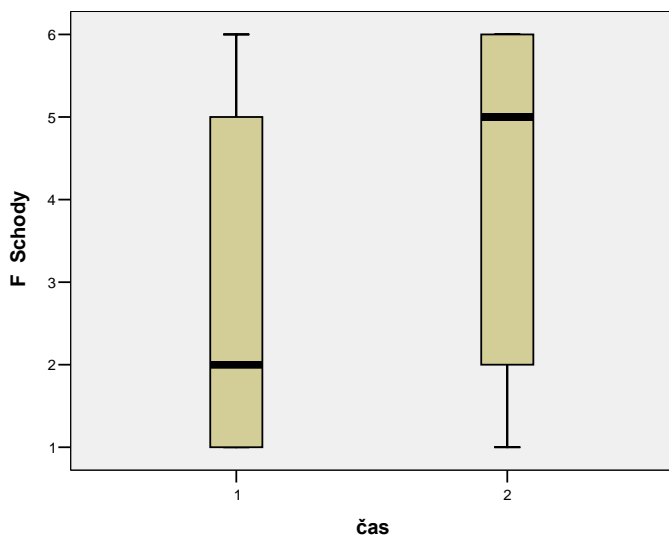
Graf č. 72 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Přesuny Postel, židle, vozík). U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5 (úroveň supervize klienta) a v čase 2 (F2) je medián 7 (úroveň úplné samostatnosti klienta).



Graf č. 73 – F1 versus F2 u položky Přesuny na toaletu, $p = 0,01$

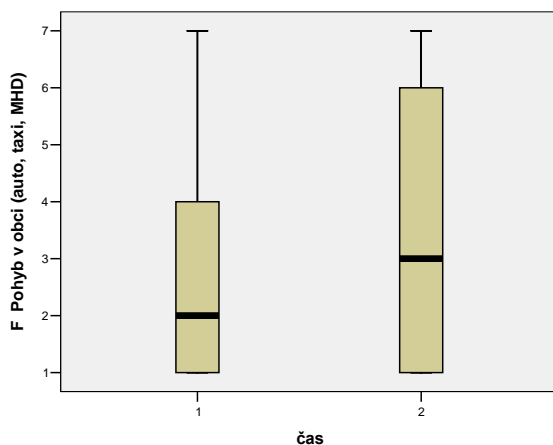
Graf č. 73 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Přesuny na toaletu. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5,5 (úroveň mezi úrovní supervize a úrovní modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku) a v čase 2 (F2) je

medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku).



Graf č. 74 – F1 versus F2 u položky Pohyb po schodech, $p = 0,01$

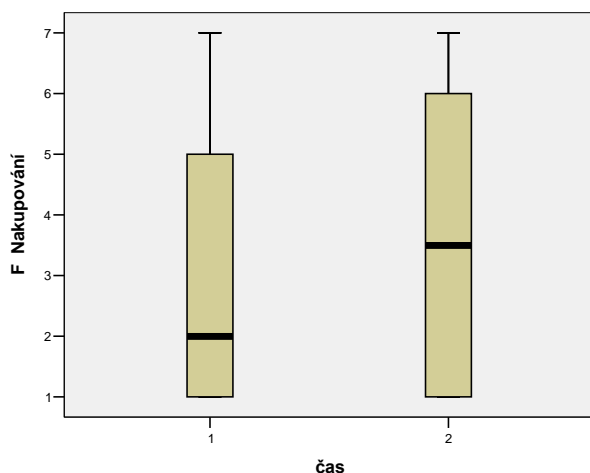
Graf č. 74 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Pohyb po schodech. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 2 (úroveň vysoké asistence, kdy klient k provedení úkonu potřebuje 50 – 75 % asistence druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián 5 (úroveň supervize klienta).



Graf č. 75 – F1 versus F2 u položky Pohyb v obci (auto, taxi, MHD), $p = 0,01$

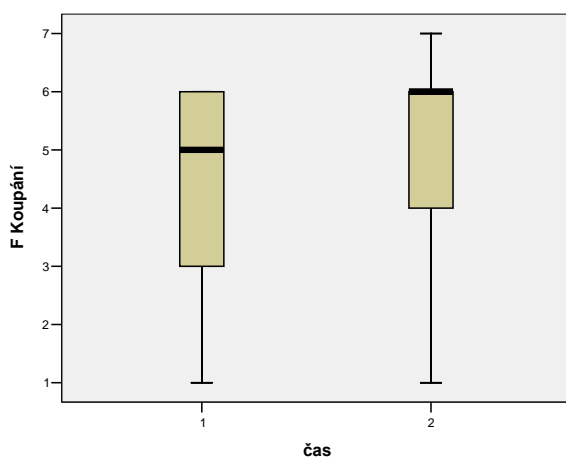
Graf č. 75 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Pohyb v obci. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 2 (úroveň vysoké asistence, kdy klient k provedení úkonu potřebuje 50 – 75 % asistence

druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián 3 (úroveň střední asistence, kdy klient k provedení úkonu potřebuje 25 – 50 % asistence druhé osoby).



Graf č. 76 – F1 versus F2 u položky Nakupování, $p = 0,01$

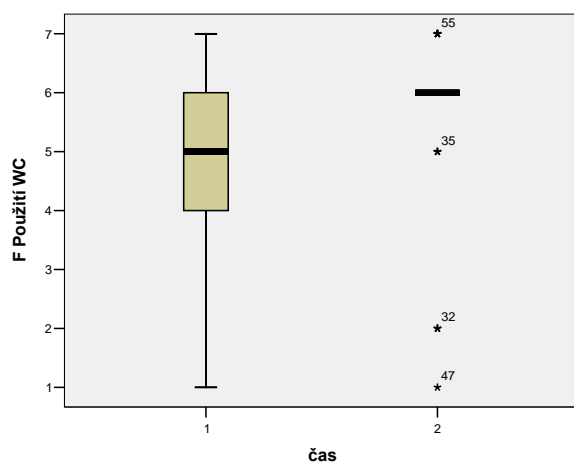
Graf č. 76 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Nakupování. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 2 (úroveň vysoké asistence, kdy klient k provedení úkonu potřebuje 50 – 75 % asistence druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián mezi 3,5 (mezi úrovní střední asistence, kdy klient k provedení úkonu potřebuje 25 – 50 % asistence druhé osoby a úrovní minimální asistence, kdy klient potřebuje k provedení úkonu méně, než 25 % asistence druhé osoby).



Graf č. 77 – F1 versus F2 u položky Koupání, $p = 0,001$

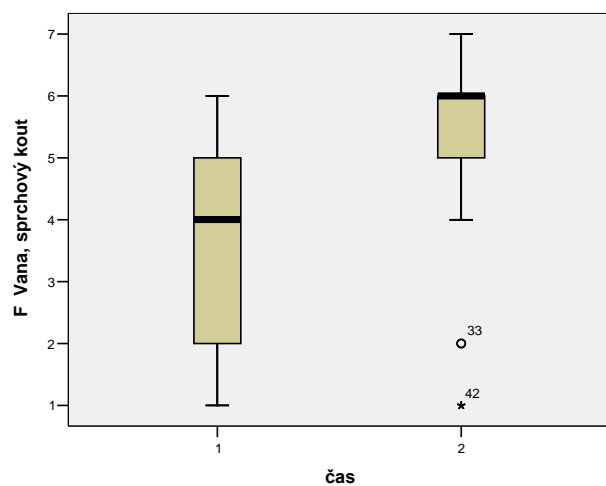
Graf č. 77 ukazuje hodnoty testu FIM+ FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Koupání. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5 (úroveň

supervize) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku).



Graf č. 78 – F1 versus F2 u položky Použití WC, $p = 0,001$

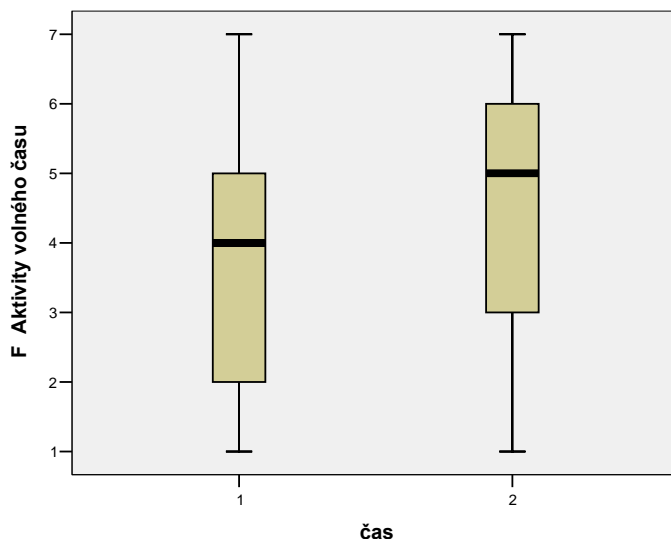
Graf č. 78 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Použití WC. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 5 (úroveň supervize) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku).



Graf č. 79 – F1 versus F2 u položky Vana, sprchový kout, $p = 0,001$

Graf č. 79 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Přesun do vany, sprchového koutu. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 4 (úroveň minimální asistence, kdy klient potřebuje k provedení úkonu

méně, než 25 % asistence druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián 6 (úroveň modifikované samostatnosti, kdy klient potřebuje k provedení aktivity delší čas nebo kompenzační pomůcku).



Graf č. 80 – F1 versus F2 u položky Aktivita volného času, $p = 0,001$

Graf č. 80 ukazuje hodnoty testu FIM+FAM v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Aktivita volného času. U testu FIM+FAM v čase 1 (F1) je medián 4 (úroveň minimální asistence, kdy klient potřebuje k provedení úkonu méně, než 25 % asistence druhé osoby) a v čase 2 (F2) je medián 5 (úroveň supervize).

Závěrem je možné shrnout, že se nám v naší studii podařilo prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů u testu FIM+FAM (F1) v čase 1 (v čase pobytu klientů v denním stacionáři) a hodnoty u sledovaných parametrů u testu FIM+FAM 2 (F2) v čase 2 (v době 1 roku od uplynutí doby pobytu klientů v denním stacionáři) statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u položek Osobní hygiena, Oblékání horní poloviny těla, Přesuny do automobilu, Chůze – jízda na vozíku, Emoční stav, Příprava jídla, Oblékání dolní poloviny těla, Přesuny postel-židle-vozik, Přesuny na WC, Schody, pohyb v obci, Nakupování, Koupání, Použití WC, Přesuny do vany a sprchového koutu, Aktivita volného času. U většiny položek se medián

posunul z nižší hodnoty na vyšší, tedy stav pacientů/ klientů se zlepšil. Statisticky významné rozdíly byly prokázány u 47 % položek.

U položek Přesun do automobilu a Emoční stav boxové grafy ukazují vizuálně stejné hodnoty, přesto u těchto položek dochází ke statisticky významným rozdílům.

U ostatních položek se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich výsledku testu FIM+FAM v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) statisticky významně na zvolené hladině významnosti lišily.

2.3.9 Statisticky zpracované výsledky: Porovnání dotazníku kvality života WHO DAS II (W1) v čase 1, tedy v době pobytu klientů v denním stacionáři a tohoto dotazníku (W2) v čase 2, tedy 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

V následující tabulce jsou statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi dotazníkem WHO DAS II 1 v čase 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a tímto dotazníkem v čase 2 (W2 – v době 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

**Dotazník WHO DAS II 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři)
versus
Dotazník WHO DAS II 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři)**

Základní statistická charakteristika a výsledky neparametrického Wilcoxonova testu

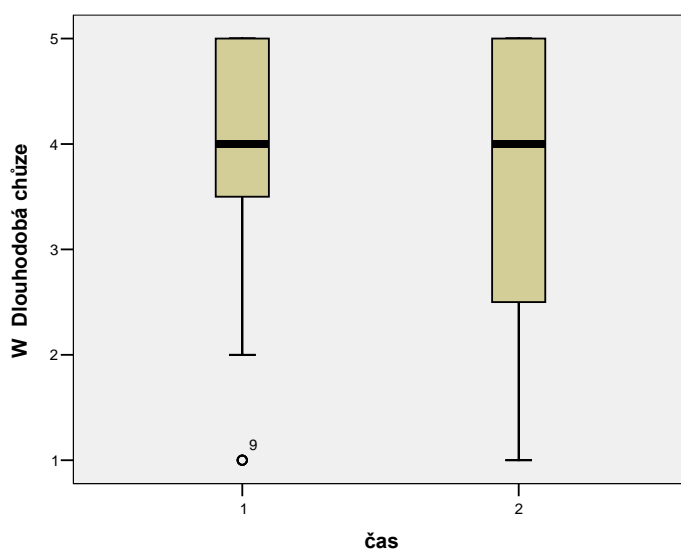
Parametry	Průměr	n	Směrodatná odchylka	p
Pár 1 W 1 Soustředění	1,43	28	,836	0,102
W 2 Soustředění	1,25	28	,585	
Pár 2 W 1 Paměť	1,89	28	1,257	0,417
W 2 Paměť	1,71	28	1,013	
Pár 3 W 1 Řešení problémů	2,18	28	1,335	0,101
W 2 Řešení problémů	1,89	28	1,100	
Pár 4 W 1 Učení se	2,00	28	1,217	0,206
W 2 Učení se	1,82	28	1,020	

Pár 5	W 1 Rozumění	1,21	28	,630	0,157
	W 2 Rozumění	1,14	28	,448	
Pár 6	W 1 Komunikace	1,82	28	1,219	0,053
	W 2 Komunikace	1,57	28	,879	
Pár 7	W 1 Stoj dlouhodobý	3,68	28	1,442	0,008
	W 2 Stoj dlouhodobý	3,14	28	1,580	
Pár 8	W 1 Vstávání se sedu	2,54	28	1,347	0,001
	W 2 Vstávání se sedu	2,00	28	1,122	
Pár 9	W 1 Pohyb po bytě	2,46	28	1,374	0,005
	W 2 Pohyb po bytě	1,96	28	1,138	
Pár 10	W 1 Pohyb v exteriéru	3,14	28	1,557	0,002
	W 2 Pohyb v exteriéru	2,54	28	1,374	
Pár 11	W 1 Dlouhodobá chůze	3,89	28	1,423	0,038
	W 2 Dlouhodobá chůze	3,61	28	1,548	
Pár 12	W 1 Hygiena celého těla	2,61	28	1,227	0,018
	W 2 Hygiena celého těla	2,21	28	1,228	
Pár 13	W 1 Oblékání	2,25	28	1,206	0,271
	W 2 Oblékání	2,11	28	1,100	
Pár 14	W 1 Sebesycení	1,86	28	1,008	0,098
	W 2 Sebesycení	1,64	28	,780	
Pár 15	W 1 Samostatnost	2,93	28	1,762	0,010
	W 2 Samostatnost	2,43	28	1,665	
Pár 16	W 1 Jednání s neznámými lidmi	2,07	28	1,386	0,102
	W 2 Jednání s neznámými lidmi	1,89	28	1,370	
Pár 17	W 1 Udržení přátelského vztahu	1,50	28	1,139	0,655
	W 2 Udržení přátelského vztahu	1,61	28	1,286	
Pár 18	W 1 Vycházení s blízkými	1,46	28	1,105	0,080
	W 2 Vycházení s blízkými	1,71	28	1,049	
Pár 19	W 1 Získání nových přátel	3,11	28	1,370	0,003
	W 2 Získání nových přátel	2,46	28	1,261	
Pár 20	W 1 Sex	3,86	28	1,239	0,204
	W 2 Sex	3,50	28	1,347	
Pár 21	W 1 Povinnosti v domácnosti	3,21	28	1,287	0,008

	W 2 Povinnosti v domácnosti	2,79	28	1,371	
Pár 22	W 1 Kvalita provedení domácích prací	3,14	28	1,458	0,029
	W 2 Kvalita provedení domácích prací	2,75	28	1,555	
Pár 23	W 1 Pracovní povinnosti	3,68	28	1,389	0,480
	W 2 Pracovní povinnosti	3,57	28	1,451	
Pár 24	W 1 Kvalitní zpracování pracovních úkolů	3,75	28	1,236	0,096
	W 2 Kvalitní zpracování pracovních úkolů	3,57	28	1,289	
Pár 25	W 1 Doděláné potřebných úkolů	3,39	28	1,343	0,034
	W 2 Doděláné potřebných úkolů	3,11	28	1,397	
Pár 26	W 1 Rychlost provedení	3,50	28	1,171	0,006
	W 2 Rychlost provedení	2,96	28	1,232	
Pár 27	W 1 Pracovní zařazení	4,39	28	,786	0,016
	W 2 Pracovní zařazení	3,96	28	1,170	
Pár 28	W 1 Ztráta výdělků	4,04	28	1,201	0,008
	W 2 Ztráta výdělků	3,50	28	1,374	
Pár 29	W 1 Společenské aktivity	3,25	28	1,430	0,001
	W 2 Společenské aktivity	2,21	28	1,101	
Pár 30	W 1 Okolní bariéry	3,50	28	1,106	0,001
	W 2 Okolní bariéry	2,39	28	1,066	
Pár 31	W 1 Respekt okolí	2,36	28	1,254	0,006
	W 2 Respekt okolí	1,79	28	1,031	
Pár 32	W 1 Časová ztráta vzhledem k nemoci	3,18	28	1,090	0,018
	W 2 Časová ztráta vzhledem k nemoci	2,71	28	1,117	
Pár 33	W 1 Psychika vzhledem k nemoci	3,54	28	1,036	0,001
	W 2 Psychika vzhledem k nemoci	2,64	28	1,129	
Pár 34	W 1 Finanční situace	3,04	28	1,453	0,001
	W 2 Finanční situace	2,36	28	1,096	
Pár 35	W 1 Rodinná zátěž	3,07	28	1,562	0,136
	W 2 Rodinná zátěž	2,71	28	1,487	
Pár 36	W 1 Volnočasové aktivity	3,68	28	1,307	0,002
	W 2 Volnočasové aktivity	2,82	28	1,335	

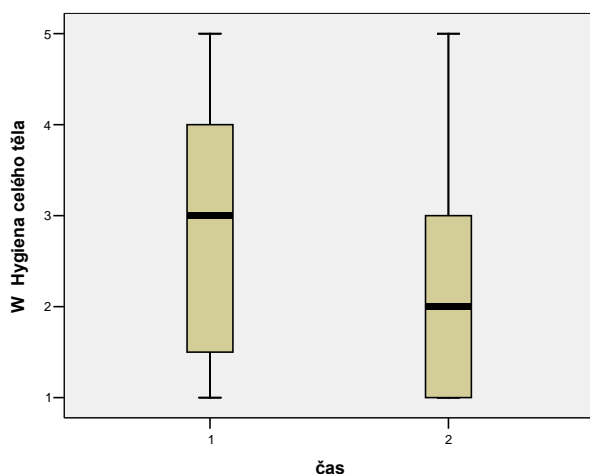
Tabulka č. 14 - Dotazník WHO DAS II 1 (během pobytu klientů v denním stacionáři) versus Dotazník WHO DAS II 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři); vysvětlivky: barevně je zaznamenán statisticky významný rozdíl u jednotlivých domén na zvolené hladině významnosti 0,05.

Pro názornost jsou uvedeny krabicové (box) grafy, které prezentují numerická data pomocí jejich kvantil. Střední „krabicová“ část diagramu obsahuje 50 % hodnot a shora je ohraničena 3. kvantilem, zespodu 1. kvantilem a mezi nimi je čára vyznačující medián. V krabicových grafech jsou hodnoty konkrétních položek dotazníku WHO DAS II (1 žádný problém - 5 extrémní problém, nelze provést) čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři). V grafu je vidět rozdíl mediánů.



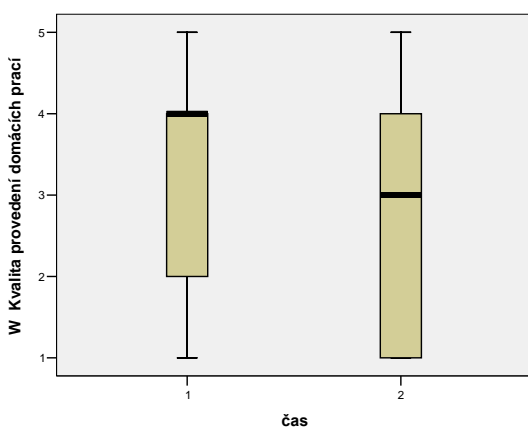
Graf č. 81 – W1 versus W2 u položky Dlouhodobá chůze, $p = 0,05$

Graf č. 81 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Dlouhodobá chůze. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je těžké ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je těžké ji provést).



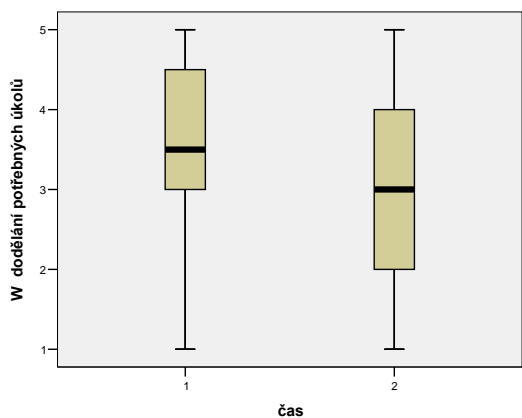
Graf č. 82 – W1 versus W2 u položky Hygiena celého těla, $p = 0,05$

Graf č. 82 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Hygiena celého těla. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje, že má mírné omezení k tomu, aby ji provedl).



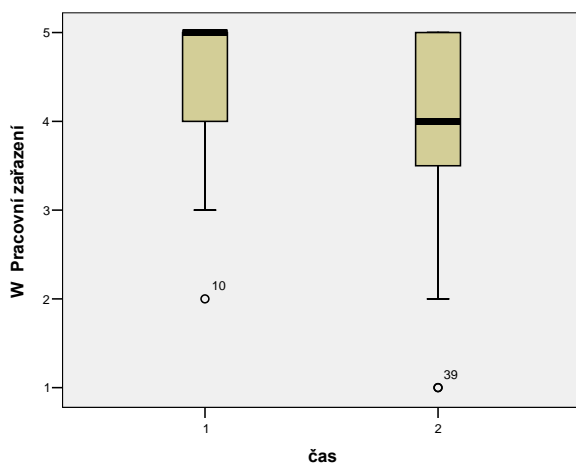
Graf č. 83 – W1 versus W2 u položky Kvalita provedení domácích prací, $p = 0,05$

Graf č. 83 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Kvalita provedení domácích prací. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je těžké ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést).



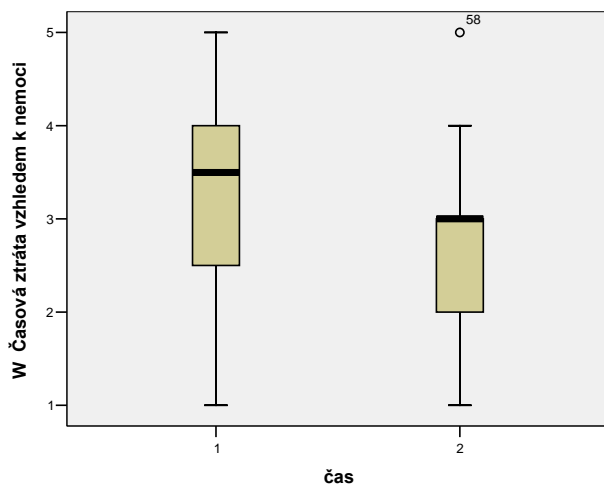
Graf č. 84 – W1 versus W2 u položky Dodělání potřebných úkolů, $p = 0,05$

Graf č. 84 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Dodělání potřebných úkolů. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián mezi 3,5 (u aktivity klient pocítuje, že má střední problém ji provést, a že je to pro něj těžké) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pocítuje střední problém ji provést).



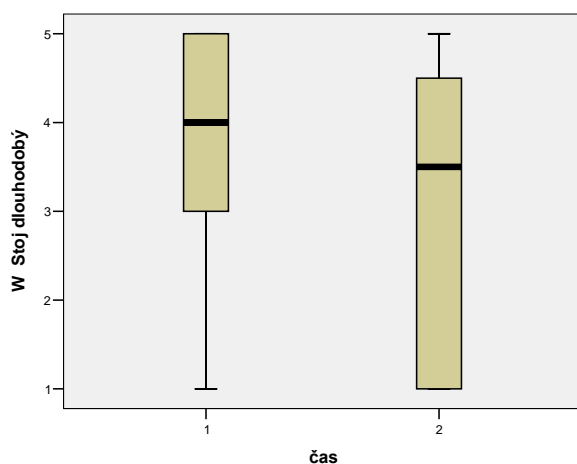
Graf č. 85 – W1 versus W2 u položky Pracovní zařazení, $p = 0,05$

Graf č. 85 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Pracovní zařazení. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 5 (u aktivity klient pocítuje, že ji nelze provést) a v čase 2 (W2) je medián 4 (u aktivity klient pocítuje, že je pro něj těžké ji provést).



Graf č. 86 – W1 versus W2 u položky Časová ztráta vzhledem k nemoci, $p = 0,05$

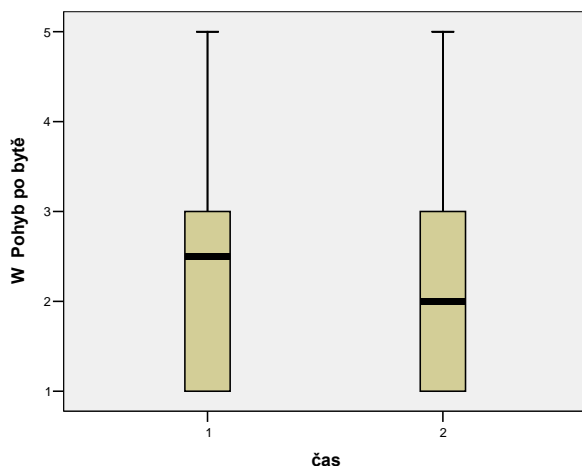
Graf č. 86 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Časová ztráta vzhledem k nemoci. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3,5 (u aktivity klient pociťuje, že má střední problém ji provést, a že to pro něj je těžké) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést).



Graf č. 87 – W1 versus W2 u položky Stoj dlouhodobý, $p = 0,01$

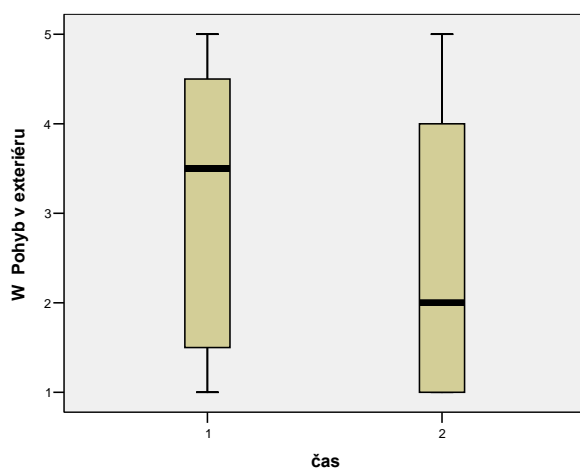
Graf č. 87 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Stoj dlouhodobý. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity

klient pociťuje, že je těžké ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 3,5 (u aktivity klient pociťuje, že má střední problém ji provést, a že to pro něj je těžké).



Graf č. 88 – W1 versus W2 u položky Pohyb po bytě, $p = 0,01$

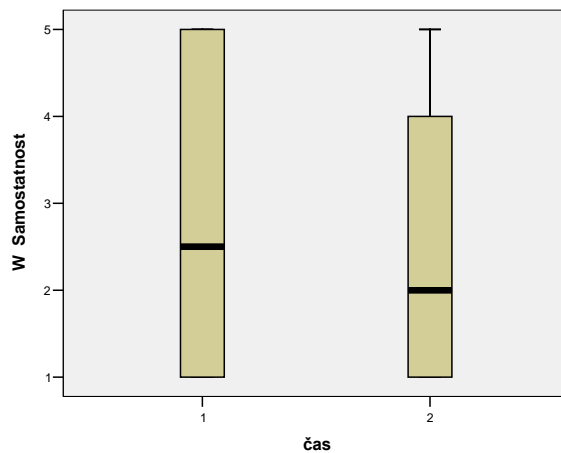
Graf č. 88 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Pohyb po bytě. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 2,5 (u aktivity klient pociťuje mírné až střední obtíže k tomu, aby ji mohl provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém, aby ji mohl provést).



Graf č. 89 – W1 versus W2 u položky Pohyb v exteriéru, $p = 0,01$

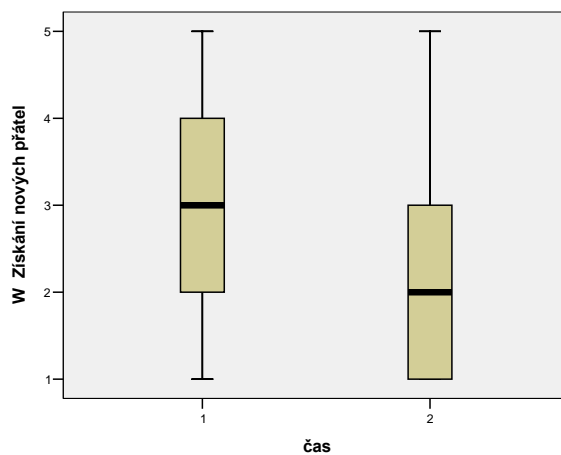
Graf č. 89 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Pohyb v exteriéru. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3,5 (u aktivity klient pociťuje, že má střední problém ji provést až je to pro něj těžké) a

v čase 2 (W2) je medián mezi 2 (u aktivity klient pocítuje, že má mírný problém ji provést).



Graf č. 90 – W1 versus W2 u položky Samostatnost, $p = 0,01$

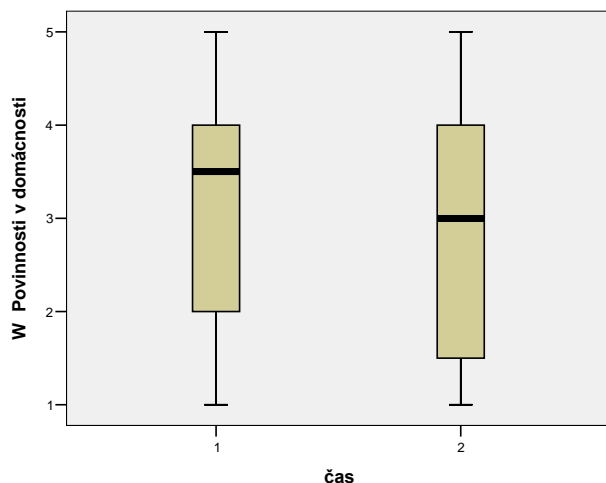
Graf č. 90 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Samostatnost. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián mezi 2,5 (u aktivity klient pocítuje, že má mírný až střední problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pocítuje, že má mírný problém ji provést).



Graf č. 91 – W1 versus W2 u položky Získání nových přátel, $p = 0,01$

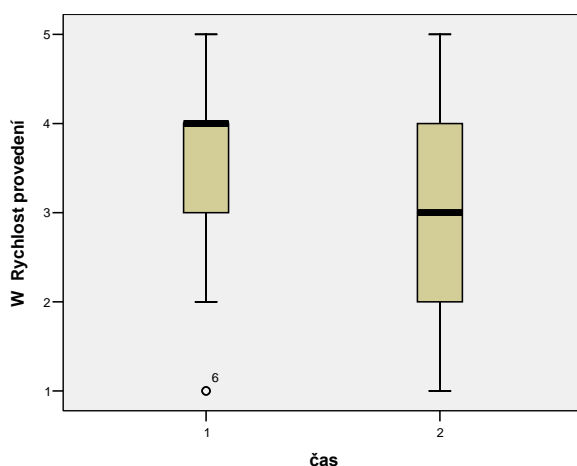
Graf č. 91 je vidět rozdíl mediánů u položky Získání nových přátel, ukazuje hodnoty testu WHODAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Získání nových přátel.

U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém ji provést).



Graf č. 92 – W1 versus W2 u položky Povinnosti v domácnosti, $p = 0,01$

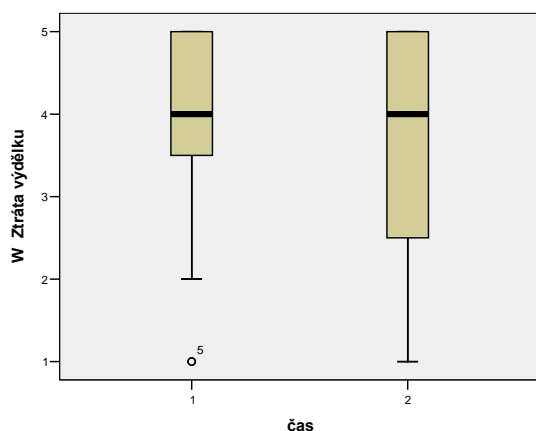
Graf č. 92 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Povinnosti v domácnosti. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3,5 (u aktivity klient pociťuje, že má střední problém ji provést až je to pro něj těžké) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést).



Graf č. 93 – W1 versus W2 u položky Rychlost provedení, $p = 0,01$

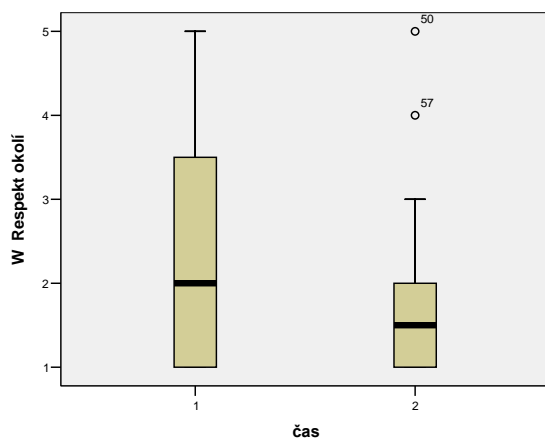
Graf č. 93 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Rychlosti provedení. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je

medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj provést aktivitu těžké) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést).



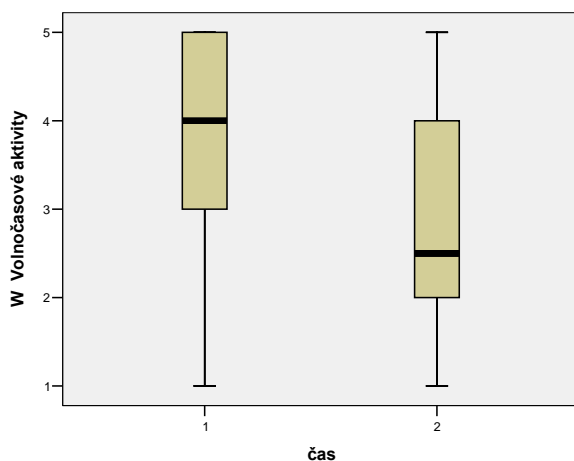
Graf č. 94 – W1 versus W2 u položky Ztráta výtěžku, $p = 0,01$

Graf č. 94 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Ztráta výtěžku. U Testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj těžké provést aktivitu) a v čase 2 (W2) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj těžké provést aktivitu).



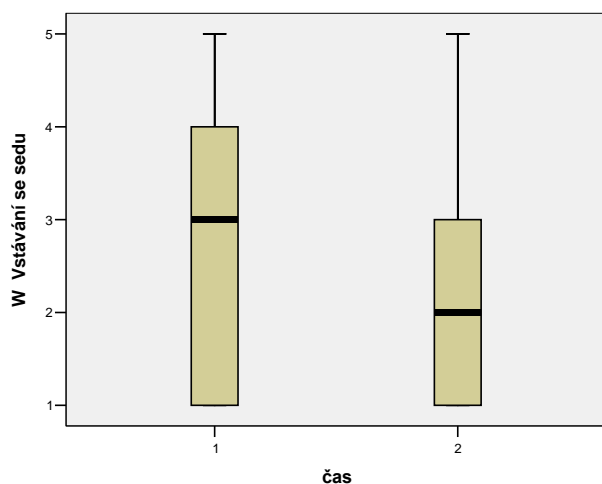
Graf č. 95 – W1 versus W2 u položky Respekt okolí, $p = 0,01$

Graf č. 95 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Respekt okolí. U Testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 1,5 (u aktivity klient nepociťuje žádný nebo mírný problém ji provést).



Graf č. 96 – W1 versus W2 u položky Volnočasové aktivity, $p = 0,01$

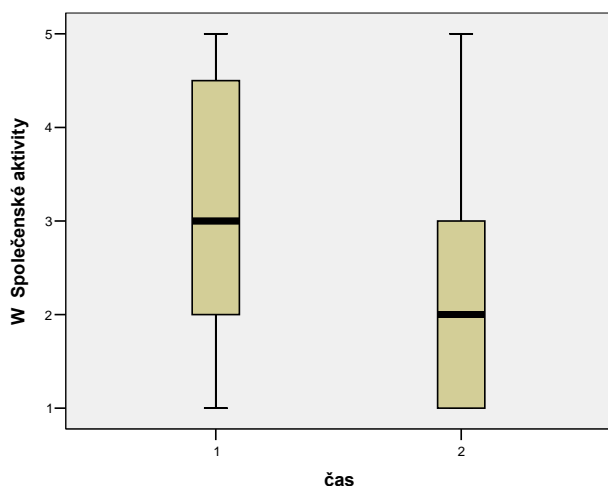
Graf č. 96 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Volnočasové aktivity. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj těžké provést aktivitu) a v čase 2 (W2) je medián 2,5 (u aktivity klient pociťuje, že má mírný až střední problém provést aktivitu).



Graf č. 97 – W1 versus W2 u položky Vstávání ze sedu, $p = 0,001$

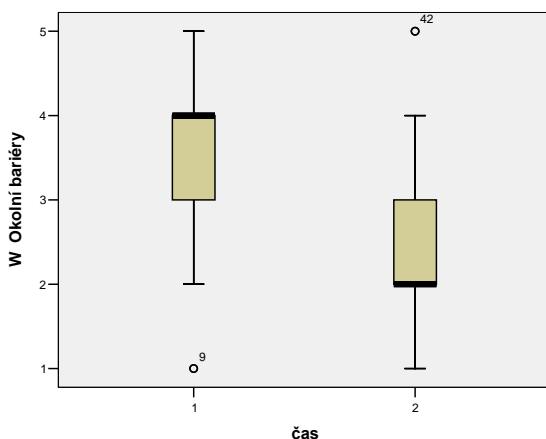
Graf č. 97 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Vstávání ze sedu. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián

3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést).



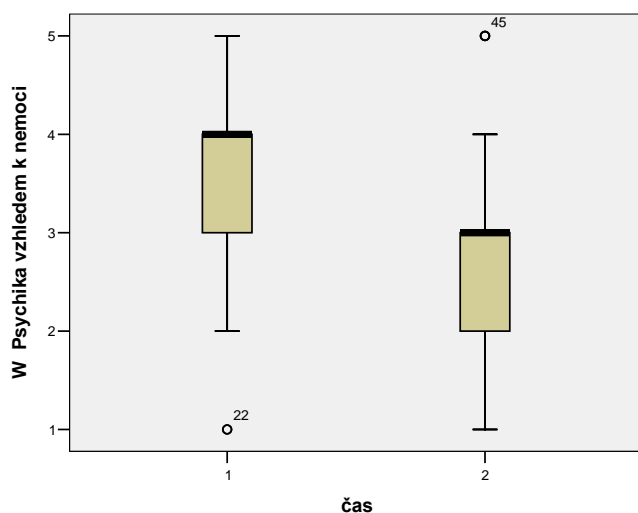
Graf č. 98 – W1 versus W2 u položky Společenské aktivity, $p = 0,001$

Graf č. 98 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Společenské aktivity. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém ji provést) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém ji provést).



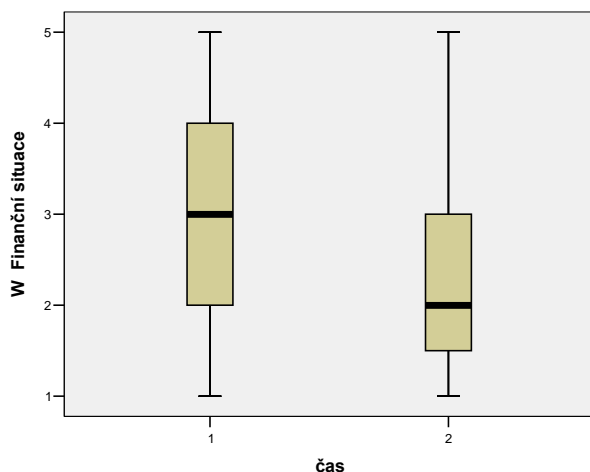
Graf č. 99 – W1 versus W2 u položky Okolní bariéry, $p = 0,001$

Graf č. 99 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Okolní bariéry. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj těžké provést aktivitu) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém provést aktivitu).



Graf č. 100 – W1 versus W2 u položky Psychika vzhledem k nemoci, $p = 0,001$

Graf č. 100 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Psychika vzhledem k nemoci. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 4 (u aktivity klient pociťuje, že je pro něj těžké provést aktivitu) a v čase 2 (W2) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém provést aktivitu).



Graf č. 101 – W1 versus W2 u položky Finanční situace, $p = 0,001$

Graf č. 101 ukazuje hodnoty testu WHO DAS II 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení pobytu v denním stacionáři) u položky Finanční situace. U testu WHO DAS II v čase 1 (W1) je medián 3 (u aktivity klient pociťuje střední problém provést aktivitu) a v čase 2 (W2) je medián 2 (u aktivity klient pociťuje mírný problém provést aktivitu).

Závěrem je možné shrnout, že se nám v naší studii podařilo prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů u dotazníku WHO DAS II v čase 1 (W1 – v čase pobytu klientů v denním stacionáři) a hodnoty u sledovaných parametrů u testu WHO DAS II v čase 2 (W2 – v době 1 roku po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři) statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u položek Dlouhodobá chůze, Hygiena celého těla, Kvalita provedení domácích prací, Doděláné potřebných úkolů, Pracovní zařazení, Časová ztráta vzhledem k nemoci, Stoj dlouhodobý, Pohyb po bytě, Pohyb v exteriéru, Samostatnost, Získání nových přátel, Povinnosti v domácnosti, Rychlost provedení, Ztráta výtěžku, Respekt okolí, Volnočasové aktivity, Vstávání ze sedu, Společenské aktivity, Okolní bariéry, Psychika vzhledem k nemoci, Finanční situace. Celkově se podařilo provázat statisticky významné rozdíly u 58 % položek.

U ostatních položek se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich výsledku dotazníku WHO DAS II v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) statisticky významně na zvolené hladině významnosti lišily.

3 Diskuse

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví využívá bio-psycho- sociální model. Klasifikuje jedince nejen podle jeho etiologické diagnózy, ale i podle jeho funkčních schopností (WHO, 2001).

Výsledek naší studie poukazuje na možnosti praktického využití MKF v zdravotně sociální a sociální sféře. Naše práce odpovídá pozitivně na výzkumnou otázku: „Je nový zákon o poskytování dávek kompatibilní s Mezinárodní klasifikací funkčních poruch, disability a zdraví?“

Výzkumem této práce chceme zjistit využitelnost MKF v sociálních službách, v oblasti Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhlášky č. 388/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Stanovením dílčích cílů jsme chtěli potvrdit využitelnost MKF v:

1. funkčním hodnocení aktivit a participací.

V naší práci se nám podařilo potvrdit využitelnost MKF v oblasti aktivit a participací s tím, že se jedná o nástroj, který hodnotí člověka velmi individuálně v jeho domácím prostředí a podle jeho objektivních potřeb s ohledem na obnovu jeho funkčních schopností nebo zmírnění následků onemocnění nebo úrazu.

2. oblasti faktorů prostředí s cílem dosáhnout maximální možné kvality života pacientů.

Naše práce potvrdila jedinečnost praktické využitelnosti MKF v oblasti faktorů prostředí, v identifikování bariér a v návaznosti na tato fakta indikací facilitujících faktorů. Tento údaj považujeme za inovativní a zároveň podstatný k umožnění inkluze klientů s disability i dosažení důstojného života velmi těžce, či úplně disabilních klientů.

3. v oblasti návrhu zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně

souvisejících zákonů, hlavně u klientů s fyzickým postižením.

Domníváme se, že MKF je využitelná v celé zdravotně sociální oblasti. Naše práce potvrzuje využití MKF v oblasti Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhlášky č. 388/2011 Sb. V naší práci jsme se zaměřili na „zvláštní pomůcky“. Doporučujeme využívat MKF v této oblasti jednak jednotlivými členy interprofesního rehabilitačního týmu (kdy soběstačnost pro indikaci k zvláštním pomůckám by měl hodnotit hlavně ergoterapeut ve spolupráci se sociálním pracovníkem) a v případě identifikace problémové oblasti doporučujeme využít dalších objektivních metodik, které každý ze

členů rehabilitačního interprofesního týmu ve své profesi může využívat. Výsledky naší práce potvrzují praktické využití MKF ve všech stanovených oblastech.

Z naší práce vyplývá, že přestože jsme se zaměřili partikulárně na „zvláštní pomůcky“, je možné využít MKF prakticky v celé šíři sociálních zákonů. MKF vede k individuálnímu, objektivnímu hodnocení disabilních situací, k indikaci facilitujících faktorů s cílem vyřešit disabilní situace a tím dosáhnout možnosti využití plného funkčního zdraví klienta s disabilitou a zvýšit jeho kvalitu života. Tento předpoklad potvrzuje i Segal ve své studii, kdy uvádí, že na kvalitu života více než samotný stupeň postižení, má vliv přístupnost k různým službám v komunitě a dostupnost sociální podpory. Na kvalitu života mají vliv i osobnostní faktory, zájmová činnosti klientů, jejich aktivita po získání postižení. Kvalita života a funkční zdraví je někdy nepřesně zaměňována s pojmem zdravotní stav klienta (Segal, Schal 1994).

V případě, že se vyřeší disabilní situace klienta a tím selepší jeho funkční stav, klient může zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí. Tato skutečnost pak vede k deinstitucionalizaci. Dle Evropské komise má Česká republika nejvíce obyvatel s disabilitou umístěných v institucích na počet obyvatel. Evropská komise doporučila Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně využití MKF k problematice deinstitucionalizace. Od příštího roku bude Psychiatrická nemocnice Bohnice, odborný léčebný ústav začínat projekt z Norských fondů, kde zásadním a nejdůležitějším bodem je hodnocení a klasifikace podle MKF v psychiatrii (Švestková, 2014).

Facilitujícími faktory jsou v naší práci „zvláštní pomůcky“, které definuje Zákon č. 329/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Závěry naší práce o využitelnosti MKF potvrzuje Eldar, který uvádí, že MKF může přispět k zavedení jednotného systému pro hodnocení funkčního zdraví a disability (Eldar et al., 2008).

Vzhledem k tomu, že samotné kódování dle MKF se v České republice prozatím příliš mezi zdravotně sociálními odborníky nevyužívá, existují v této oblasti stále nepřesnosti. Stainer zdůrazňuje, že nepřesnosti se týkají používané terminologie napříč jednotlivými zdravotně sociálními odbornostmi. Využívání MKF a jejich nástrojů pro praktickou aplikaci může podpořit jednotné využívání terminologie z různých oborů, zlepšení mezioborové komunikace a usnadnění koordinace intervencí jednotlivých odborníků zdravotně sociální oblasti. Steiner doporučuje nástroj pro

praktické využití MKF – Formulář: „Rehabilitation Problem-Solving Form“. Tento formulář byl vyvinut v Ústavu fyzikálního lékařství Univerzitní nemocnice v Curychu. Pomáhá analyzovat problémy pacienta, zaměřit se na konkrétní rehabilitační cíle. Snaží se o posílení účasti pacientů/klientů na rehabilitačním procesu (Steiner, 2002).

K využití MKF pro účely naší studie jsme nejprve vybrali vhodné domény z oblasti aktivit a participací a faktorů prostředí. Výběr jsme zacílili nejdříve na aktivity, které mají souvislost se „zvláštními pomůckami“, tedy pohyb po schodech – pro zjištění, zda pacient potřebuje ližiny, nájezdovou rampu, či plošinu; soběstačnost v koupelně – pro zjištění potenciálních stavebních úprav. Dále byly vybrány domény, které postihují komplexně soběstačnost člověka, protože předpokládáme, že se samostatnost v jednotlivých aktivitách prolíná a zvládnutí jedné aktivity má vliv na výkon v aktivitě jiné. Do seznamu byly zařazeny i instrumentální aktivity denního života, tedy aktivity, kam patří nakupování, praní, telefonování, braní léků a další. Předpokládali jsme prolínání aktivit personálních (soběstačnost) i instrumentálních. Pokud člověk zvládá chůzi po schodech a dostane se ven z domu, je pro něj jednodušší si nakoupit, setkávat se s přáteli, rodinnými příslušníky, pohybovat se v obci, provádět některé z možných volnočasových aktivit, apod.

V průběhu kódování jsme narazili na některé rozpory. Některé kódy obsahují více kategorií a nebylo jasné, jak přesně stanovit výši kvalifikátoru, protože v dané specifikaci kódu je uvedeno více činností a některé pacient zvládá a jiné nikoli. Tento rozpor se nacházel u domény Zvedání a nošení předmětů, který nakonec v naší studii nevyužíváme právě pro tyto rozpory:

Doména „d 430 Zvedání a nošení předmětů“. Tento kód obsahuje: *“Zvednout předmět, nebo přenést něco z jednoho místa na druhé jako zvednout číši, nebo přenést dítě z jedné místnosti do druhé. Obsahuje: zvedání, nošení v rukou, nebo pažích, nebo na ramenou, kyčli, zádech nebo hlavě, položit na zem“* (WHO, 2008, s. 152).

V mnoha případech klienti v této studii zvládli zvednout číši, ale objemnější předměty (dítě) nikoli. V některých případech si kódující nebyl jistý výši kvalifikátoru z jiných důvodů, v tomto případě použil slovně vysvětlující poznámku, která se vázala ve stejné řádce ke konkrétní doméně. Při rozhodování, jaký kód otevřít, bylo nutné vzít v úvahu limitované aktivity klienta s disabilitou. Došli jsme k závěru, že není bezpodmínečně nutné otevírat v rámci kódování veškeré kódy, ale naopak takové, u kterých je jednoznačně limitovaná aktivita (kapacita), která se může projevit

limitovanou participací (výkonem) ke konkrétnímu facilitačnímu prostředku, v našem případě „zvláštní pomůcky“. Limitovaná participace byla odstraněna doporučením konkrétních facilitačních prostředků s cílem zlepšení výkonu jedince.

Další rozpor během kódování jsme zjistili při výběru kódu, který by měl souvislost se „zvláštními pomůckami“, které je možné využít pro umožnění, překlenutí pohybu po schodech, a to indikací zvláštní pomůcky, např. rampy a plošiny. Také během kódování v souvislosti s přestavbou koupelny, s přesunem do vany-sprchy a na WC. Zjistili jsme, že některé aktivity nejsou pojaty jako celek a v klasifikaci chybí. Bylo tedy nutné je poskládat z více domén. Např. aktivitu přesunu jako celek MKF samostatně nezohledňuje. Proto například u přesunu do vany je u některých pacientů potřeba otevřít následující kódy, aby byla aktivita postižena komplexně:

„d 410 Měnění základní pozice těla“

„Zaujímat určitou pozici, změnit ji a pohybovat se z jednoho místa na druhé, jako vstát ze židle a lehnout si na postel, kleknout si a vstát, nebo si dřepnout.

Obsahuje: měnit pozici těla z lehu, ze sedu na bobku nebo kleku, ze sedu nebo stoje, ohýbat a posouvat gravitační centrum těla (těžiště).“

„d 420 Přemíst'ování“

Přesouvat se v pozici vsedě z jednoho sedadla na druhé, stejné nebo rozdílné výšky, jako přesouvat se z křesla na postel.

Obsahuje: přesouvat se z křesla na jiné sedadlo jako na toaletu; přesouvat se z vozíku na sedadlo v autě.

Vylučuje: měnit základní pozici těla“ (WHO, 2008, s. 15, s. 149).

Tato kombinace domén se ukázala jako nejlépe vystihující přesun do vany-sprchy, přesto však ne zcela vyhovující pro komplexní aktivitu přesunu. Důvodem, že některé aktivity a participace chybí, může být fakt, že klasifikace se snaží postihnout celosvětově různé kultury, historické skutečnosti, různé náboženské zvyklosti (např. u kódu oblékání je zohledněno oblékání sári, kimona). Ne ve všech kulturách se využívá vana nebo sprcha apod. Doporučujeme tento nedostatek obejít samostatnou doménou pro přesun do umývacího prostoru (vana, sprcha, potok, řeka apod.). Dalším problémem byl chybějící kód pro pohyb po schodech. Problematika chůze – pohyb po schodech je možné vyřešit přidáním samostatné domény, která v klasifikaci prozatím chybí. V současné době je v MKF doména Chůze, která v dalších podkódech rozděluje chůzi na krátké a dlouhé vzdálenosti, chůzi po různém povrchu, chůzi okolo překážek, chůzi jinou a chůzi blíže neurčenou. Z tohoto seznamu je nejbližší doména, pod kterou by

bylo možné chůzi po schodech zařadit do domény Chůze na různém povrchu (d 4502), která obsahuje mimo jiné aktivitu chůze po různých nerovnostech a po svahu. Praxe však ukázala, že by bylo vhodné problematiku aktivity chůze po schodech uvést jako samostatnou doménu. V naší práci jsme konkrétní jmenované nedostatky vyřešili přidáním kódu Pohyb po různých lokalitách, jiný (d 4608), který jsme zacílili jen na pohyb po schodech. Problémovou oblastí, která zdánlivě nesouvisí s využitím „zvláštních pomůcek“ je problematika oblékání, kterou MKF pojímá jako celek pod doménou Oblékání (d 540). Ve vícestupňové klasifikaci rozčleňuje tuto oblast na domény Oblékání, Svlékání, Obouvání, Zouvání, Výběr vhodného oděvu, Oblékání – jiné, Oblékání blíže neurčené. Praxe ukázala, že z ergoterapeutického hlediska by bylo vhodnější oblékání rozčlenit i na domény oblékání horní poloviny těla a oblékání dolní poloviny těla. Každý z klientů zvládal provést jinou z těchto jmenovaných oblastí. Kódování domény oblékání jako celek bylo problematické.

Členové vedení úseku „Family International Classification WHO“ vyzývají vědecko- výzkumné skupiny, které se zabývají MKF, ke komunikaci. Očekávají předávání různých návrhů, úprav, oprav a diskuzí vzhledem k MKF, které by mohly být součástí revize MKF (WHO, 2001).

Klasifikace MKF má být „živý dokument“, a proto se její novelizace musí stále rozvíjet. Revizní komise shromažďuje a zpracovává návrhy aktualizací MKF. Uživatel, který má nové návrhy, musí vyplnit formulář, kde své návrhy vysvětluje. Každý návrh je přezkoumán on-line odborníky, zda je v souladu se stanovenými kritérii a se strukturou MKF a je následně připraven k přijetí či naopak zamítnutí (Kostansjek 2011).

Původně se revize MKF plánovala provést po 10 letech, ale protože připomínek a návrhů je velmi mnoho, revize se pravděpodobně uskuteční po 20 letech od vydání MKF, tedy cca v roce 2021. Připomínky, doplnění a úpravy MKF, o kterých se zmiňujeme v naší práci, budou zaslány pracovní skupině Family... WHO, která na MKF a její revizi pracuje (WHO, 2001).

Dalším nástrojem, který jsme využili, je test Funkční míra nezávislosti a Funkční míra hodnocení (FIM+FAM). Jde o objektivní standardizovanou metodiku, která se týká jak základní soběstačnosti, tak instrumentálních aktivit denního života, ale i kognitivních funkcí, psychosociálních položek. Kategorie u tohoto testu jsou

jednoznačně určené. Vzhledem k cíli této práce jsou pro nás důležité položky přesunů, chůze a mobility, ale i soběstačnost a instrumentální aktivity denního života v tomto testu, jako je pohyb v komunitě, pohyb po schodech, osobní hygiena, koupání a další. Prozatím není oficiální překlad, pro účely této práce jsme pracovali s anglickým originálem.

V průběhu kódování se potvrdila i důležitost zařazení domácí návštěvy do našeho systému hodnocení klienta v jeho přirozeném domácím prostředí. Důležitost domácí návštěvy potvrzuje i Atwal, která tvrdí, že návštěvy by měly být nedílnou součástí rehabilitačního procesu klienta před jeho propuštěním z nemocnice do domácího prostředí. Existují dva různé druhy domácích návštěv: jedna s pacientem/klientem a jedna bez pacienta/klienta. Oba typy jsou zaměřené na posílení a podpoření návratu klienta domů z nemocnice. O tom, jaký typ návštěvy ergoterapeut využije ve své práci, rozhodují faktory, jako je čas, stupeň postižení pacienta/klienta a jeho schopnost reagování a fungování v běžném životě (Atwal et al., 2014). Pro účely naší studie jsme využívali hodnocení domácího prostředí za účasti klienta. Veškeré položky bylo potřeba vyzkoušet spolu s pacientem. Vždy se jednalo o klienty, kteří už pobývali ve svém domácím prostředí – nejednalo se o klienty, kteří by měli být teprve propuštěni z nemocnice.

V České republice prakticky neexistuje evaluace bytu. Občasné je poskytována v sociálních službách v rámci grantů, dotací nebo je výjimečně prováděná zdravotnickými zařízeními, např. Klinikou rehabilitačního lékařství u velmi těžce postižených klientů z hlediska indikace facilitujících prostředků.

Doporučujeme provedení domácí návštěvy v kombinaci ergoterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut. Tandem ergoterapeut – sociální pracovník provádějí návrh bezbariérovosti a poradenství ohledně nároku na sociální dávky. Ergoterapeut se zaměřuje na bezbariérové úpravy domácího prostředí. Sociální pracovník, kromě sociálního šetření a sociálního poradenství, provede poradenství ohledně nároků na sociální dávky vzhledem ke konkrétním bezbariérovým úpravám navržených ergoterapeutem v místě bydliště. Na podkladě spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka je možné přímo na místě, v domácím prostředí klienta, provést konkrétní návrh úprav i s finančním rozpočtem. Ideálním stavem je, aby domácí návštěva u klienta byla provedena ještě v časovém předstihu, před jeho propuštěním z nemocnice, aby jeho domov byl připraven na klientův návrat. Pokud je připraveno bezbariérové

prostředí, klient může být co nejdříve propuštěn z nemocnice a může být co nejdříve ve svém domácím prostředí se svou rodinou. Často se překládají pacienti z akutních oddělení do léčeben dlouhodobě nemocných nebo do sociálních zařízení jen proto, že nemohou být propuštěni domů z důvodů bariérovosti bytu a nedostatečné vybavenosti kompenzačními pomůckami. V České republice indikuje kompenzační pomůcky lékař. Pokud je však pacient/klient hospitalizován, lékař nemůže dát preskribci na kompenzační pomůcky (VZP, 2014). V některých případech ani při získání vhodných kompenzačních pomůcek klient není schopen bariérové prostředí využívat. V České republice ve zdravotnických zařízeních chybějí ergoterapeuti na klinických odděleních, takže pacienti nejsou diagnostikováni v oblasti aktivit denního života a tudíž není prováděna ergoterapeutická intervence s indikací kompenzačních pomůcek a už vůbec není provedena evaluace bytu. Pacienti/klienti často provádějí tzv. „turismus“ po různých zdravotních a sociálních zařízeních. Tento fakt opět poukazuje na nepropojenost zdravotnické a sociální komunitní oblasti. V severských zemích je práce ergoterapeuta v komunitě naprosto běžná. Ve Švédsku na „regionálních úřadech“ existují rehabilitační interprofesní týmy, které pracují jen v komunitě. Jednotliví členové těchto týmů fungují jako koordinátoři sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace klienta s disabilitou v komunitě. Tedy jakmile se pacient dostane do nemocničního zařízení, tento tým dostane zprávu a začne ihned komunikovat s konkrétními členy rehabilitačního týmu: fyzioterapeut s fyzioterapeutem, ergoterapeut s ergoterapeutem, apod. Komunikuje mezi sebou komunitní rehabilitační tým, tým nemocnice, ale komunikace probíhá i s pacientem/klientem samotným a s jeho rodinou. Před návratem pacienta/klienta z nemocničního prostředí je vše připraveno a pacient/klient i jeho rodina jsou zainstruováni. Ve Švédsku funguje i poskytování terapeutické intervence přímo v domácím prostředí klienta, což má za následek pozitivní vliv na zlepšování jeho funkčního stavu. V těchto zemích má ergoterapeut plně ve své kompetenci indikaci kompenzačních pomůcek, zatímco v České republice je tato kompetence v rukou lékaře.

V praxi se ukázalo, že hodnotit soběstačnost v domácím prostředí klienta je nezbytné a zásadní. Wilsonová dokonce uvádí, že by hodnocení domácí návštěvy ergoterapeutem mohlo mít pozitivní efekt i na opakovanou hospitalizaci pacienta/klienta, kdy probandi z této studie byli opakovaně hospitalizováni spíše

z medicínských důvodů než z funkčních důvodů. Nicméně pro potvrzení tohoto faktu doporučuje provedení další studie (Wilson, 2012).

Atwal uvádí, že starší lidé nemají dostatečné informace před propuštěním z nemocničního prostředí domů. Pokud jsou klientům instrukce předány, velmi často si je nepamatují. Nigard i Atwal se shodují, že je potřeba provést domácí návštěvu ergoterapeutem, aby bylo možné zjistit domácí potřeby klienta před propuštěním z nemocničního prostředí domů (Atwal 2008; Nigard et al, 2004).

Potvrdila se i důležitost duplicitního zjišťování informací o klientech od více odborníků různých profesí, např. sociální pracovnice a ergoterapeuta v průběhu pobytu klientů v denním stacionáři. Pro názornost uveďme příklad, kdy sociální pracovník zjišťoval v rámci sociální anamnézy u jedné klientky, zda má děti. Klientka odpověděla, že nemá. Při ergoterapeutickém vyšetření klientka uvedla, že má malou dcerku. Ukázalo se, že klientka měla špatné zkušenosti s konkrétní sociální pracovnící, která doporučila ji dceru vzít z její péče, a proto měla strach hovořit otevřeně.

V naší studii se vyskytovali ve vybraném výzkumném souboru převážně mladí muži. Jednalo se o 17 mužů (56,7 %) a 13 žen (43,3 %). Nejmladšímu klientovi bylo 24 a nejstaršímu 60, průměrný věk 43 let, medián 42 let. Ve velké míře zde byli zastoupeni mladí muži, kdy příčinou jejich disability bylo polytrauma v důsledku autonehody. WHO odhaduje, že 1,2 milionů lidí je zabito při dopravních nehodách každý rok a dalších 50 milionů je zraněno. Počet úmrtí se vyskytuje v mladších skupinách, věku pod 50 let. (Peden et al., 2004). Příčinami traumatického poranění mozku v naší studii jsou nejčastěji autohavárie a rizikové sporty. Jednalo se hlavně o mladé muže po traumatickém poškození mozku, kdy tato diagnóza zaujímala v celém vzorku 63,3 %, Druhou nejčastější příčinou poškození mozku je v naší práci cévní mozková příhoda s 23,3 %.

V Evropě je výskyt traumatického postižení mozku vysoký, oproti USA. Průměrná incidence tohoto onemocnění v Evropě je okolo 235 obyvatel na 100 000 obyvatel (Tagliaffery et al., 2006), kdy ve Španělsku jde o 95 na 100 000 obyvatel a naopak ve Švédsku dokonce o 545 na 100 000 obyvatel (National health Laboratory Service, 2014). V České republice bylo během roku 2010 přijato 23 000 lidí k hospitalizaci s diagnózou traumatického poškození mozku (ÚZIS, 2011). V USA je výskyt traumatického poškození mozku 103 na 100 000 obyvatel (Tagliaffery et al., 2006). Výskyt traumatického postižení mozku v rozvojových zemích je okolo 200 na

100 000 obyvatel. Tato data však nehovoří o pravdivých číslech incidence, protože sběr těchto dat byl odvozen od počtu přijatých pacientů s touto diagnózou k hospitalizaci. Odhaduje se, že 57 milionů lidí na celém světě bylo hospitalizováno s jedním nebo více traumatickými postiženími mozku (National Health Laboratory Service, 2014). Bruns uvádí z různých mezinárodních studií, že na prvním místě jako příčina traumatického poškození mozku byly dopravní nehody, a to jak v USA a Číně, tak z evropských zemí jmenujme například Francii (Bruns, 2003). Nicméně Thurman uvádí, že v USA se dlouhodobě daří pozitivně ovlivnit incidenci úmrtnosti v souvislosti s traumatickým postižením mozku, kdy od roku 1979 do roku 1992 počet klesl z 24,6 % na 100 000 na 19,3 % na 100 000 obyvatel (Zasler, 2007).

Česká republika zaujímá počtem pacientů s cévní mozkovou příhodou jedno z prvních míst v Evropě. V roce 2010 bylo přijato k hospitalizaci 46 000 obyvatel (ÚZIS, 2011).

Nejkratší doba od onemocnění či traumatu po přijetí do denního stacionáře u našeho souboru byl 1 rok, nejdelší doba byla 6 let, což činí průměr 2,6 roku, medián je mezi 3 a 4 lety. 21 klientů (70 %) bylo z Prahy, zbylých 9 klientů (30 %) ze Středočeského kraje. Důvodem toho, že většina klientů pocházela z Prahy, je spádovost Kliniky rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze právě pro Prahu.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnávání výkonu (V1) a kapacity (K1) u vybraných domén u jednotlivých klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři

Nejprve jsme v naší studii sledovali statistické charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi výkonem (V1) a kapacitou (K1) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05 u klientů v době, kdy klienti nastoupili do denního stacionáře, tedy v čase 1. Podařilo se nám prokázat, že se hodnoty u sledovaných parametrů v čase 1 u kapacity a výkonu statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Řešení problémů, Přemísťování, Měnění základní pozice těla, Pohyb za použití různých zařízení, Použití WC, Jídlo, Pití, Příprava jídla, Vykonávání domácích prací, Základní ekonomické operace, Ekonomická soběstačnost, Chůze, Pohyb po různých lokalitách v interiéru i exteriéru, Pohyb po různých lokalitách – po schodech, Používání dopravy, Sám se umýt, Péče o části těla,

Oblékání, Získání nezbytných věcí. U všech statisticky významných výše jmenovaných výsledků byly hladiny hodnot u výkonu nižší než hladiny hodnot u kapacity. Proto je možné vyvodit závěr, že klienti měli již v této době k dispozici facilitátory.

Facilitující prostředky v tomto případě byly následující:

a) Každý z klientů měl u sebe jako facilitátor druhou osobu – rodinného příslušníka, který mu pomáhal ve vykonávání aktivit a participací. Jednalo se o tzv. „živý facilitátor“. Účast rodiny na rehabilitaci klienta je velmi důležitá. Rodina klienta by měla být brána dokonce jako součást interprofesního rehabilitačního týmu. Důležitost participace rodiny jako dalšího člena týmu potvrzuje i Cameron (Cameron et al., 2012).

b) Intenzivní rehabilitační program denního stacionáře, který vedl pacienta/klienta k edukaci, k instruktáži, k praktickým ukázkám tréninku v oblasti aktivit denního života, k využití jejich plného funkčním potenciálu a k posílení celkové fyzické kondice. Tyto všechny rehabilitační cíle interprofesního týmu napomáhaly k pozitivnímu pocitu klientů, kteří tím byli více motivováni k rehabilitaci a dosahovali tím lepších výkonů. Zvyšováním samostatnosti klientů se zase zvyšovala jejich motivace i jejich funkční stav se zlepšil, tedy zlepšil se jejich výkon (participace) ve společnosti. Rehabilitace jako taková by měla být zahájena co nejdříve, ideálně, jak navrhuje Barnes, hned po stabilizaci zdravotního stavu. Jde o včasnou rehabilitaci, kdy interprofesní rehabilitační tým je součástí týmu na intenzivních jednotkách. Po stabilizaci stavu se pacient co nejdříve překládá na lůžka včasné rehabilitace, kde pokračuje jeho individuální, intenzivní rehabilitací. Pak je pravděpodobné, že se lze vyhnout komplikacím typu svalových kontraktur, dekubitů atd., které mohou později negativně ovlivnit funkční stav klienta (Barnes, 1999).

c) V naší práci klienti již v době pobytu v denním stacionáři měli a začali používat kompenzační pomůcky, hlavně hole, berle, chodítka, mechanické vozíky, pomůcky k hygieně (WC, hygiena). Postupně v době pobytu klientů v denním stacionáři byli klienti dovybavováni dalšími potřebnými kompenzačními pomůckami, které zvyšovaly jejich soběstačnost.

d) Všichni klienti absolvovali domácí návštěvu provedenou ergoterapeutem ve spolupráci se sociální pracovníci, v rámci které proběhlo nejen hodnocení domácí návštěvy, ale i poradenství ohledně prováděných aktivit tak, aby je klient dokázal provést samostatně ve svém bytě nebo s co nejmenší pomocí rodiny. Edukována byla i rodina klienta. Edukace rodiny a její zapojení do procesu rehabilitace je velmi důležité.

Dixon doporučuje u pacientů s psychiatrickou diagnózou vyšší zapojení rodiny do rehabilitačního programu a její edukaci. Pozitivní vliv zapojení rodiny a její edukace se promítá v lepším postavení členů rodiny vůči klientovi, snižuje se subjektivní zátěž rodiny tím, že se snižují jejich obavy o klienta. Domníváme se, že toto tvrzení je možné použít i pro pacienty/klienty po poškození mozku (Dixon et al., 2001).

Sociální pracovník se v rámci domácí návštěvy zaměřil na poradenství ohledně získání podpor a dávek, na které měl klient nárok.

Mezi domény, u kterých se nepodařilo prokázat, že by se hodnoty jejich kvalifikátorů u kapacity a výkonu v čase 1 (během pobytu v denním stacionáři) statisticky významně na zvolené hladině významnosti 0,05 lišily, jsou z oblasti Komunikace a Konverzace, doména Udržení polohy těla a doména Využití ruky k jemným pohybům, Jednání s cizími lidmi a oblast Zaměstnání. U klientů v těchto doménách nedošlo ke statisticky významným rozdílům vzhledem k tomu, že k provedení aktivity nepoužívali žádné z pomůcek a doba intenzivní interprofesní rehabilitaci nebyla dostatečná (4 týdny v denním stacionáři).

Vzhledem k tomu, že vybraný soubor obsahoval 30 jedinců, je možné, že pokud bychom pracovali s větším souborem, byly by statisticky významné výsledky u více domén, které v naší studii vyšly na hladině významnosti 0,1, konkrétně u domén Mluvení a Rekreace a volný čas.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich kapacity (K2) v čase 2, tedy jeden rok poté

Sledovali jsme statistické charakteristiky parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi kapacitou 1 v čase 1 (K1 – v době průběhu denního stacionáře u klientů) a kapacitou 2 v čase 2 (K2 – v době 1 roku po uplynutí doby od denního stacionáře) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u domén Řešení problémů, Chůze, Péče o části těla, Použití WC a Získání nezbytných věcí. Posunutí hodnot na nižší hladinu znamená, že u těchto domén došlo u klientů ke zlepšení provádění aktivit. V obrazové příloze se grafy č. 31,

32, 34 vizuálně jeví jako zdánlivě shodné, avšak u těchto domén přesto došlo k statisticky významnému posunu. Z 30 sledovaných klientů mělo vždy stejné hodnoty 26 resp. 25 osob, avšak zlepšilo se 4 – 5 klientů a výsledky jsou statisticky významné. Grafy však zůstávají vizuálně stejné (většina hodnot se nezměnila), ale rozdíl je statisticky významný. Výsledky znamenají, že se stav u klientů ve výše jmenovaných doménách zlepšil a aktivitu dokázali provádět po roce od ukončení denního stacionáře více samostatně. K tomu přispěl pobyt, někdy i opakovaný pobyt v denním stacionáři, kde klienti absolvovali velmi intenzivní trénink funkčních schopností pod dohledem interprofesního rehabilitačního týmu a někteří z nich pokračovali v ambulancním interprofesním rehabilitačním programu. Jednalo se většinou o pražské účastníky, protože je nutné pacienty/klienty denně dovážet a odvážet na Klinikou rehabilitačního lékařství. Někteří z klientů absolvovali tzv. rehabilitační turismus, tedy během tohoto jednoho roku absolvovali rehabilitační program v různých zdravotních nebo sociálních zařízeních. Rehabilitační turismus klientů nemusí mít vždy pozitivní vliv na klienta, spíše naopak. Tento typ podpory přestává být koordinovaný, protože každé zařízení si může stanovit jiné cíle terapie a intervence se tak stává bezcílnou, nekoordinovanou péčí a podporou. Ukazuje se, že domácí prostředí velice motivuje klienty k rehabilitaci, „všichni jsou rádi doma se členy rodiny“, a rodina se stává platným členem rehabilitačního týmu. Dlouhá hospitalizace nebo umístění v sociálních institucích vede k inaktivitě a maladaptivnímu syndromu. Maladaptivní syndrom byl popsán nejprve u dětí, ale objevovat se může i u znevýhodněných dospělých. Projevuje se ztrátou zájmu o sama sebe, lhostejností, infantilními rysy, zhoršením komunikace, apatií a dalšími příznaky (Kalvach, 2011).

Důvodem, proč se statisticky významným rozdílem v kapacitách v čase 1 (v době pobytu klientů v denním stacionáři) a čase 2 (1 rok po uplynutí od ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se zlepšilo celkem jen 15 % domén, může být následující fakt. Nejkratší doba od onemocnění či traumatu po přijetí do denního stacionáře u našeho souboru byl 1 rok, nejdelší doba byla 6 let, což činí průměr 2,6 roku, medián je mezi 3 a 4 lety. Čím dříve je klientům poskytována rehabilitační intervence od odborníků, tím dříve nastává zlepšování jejich funkčního stavu. Názory na délku poskytování intervencí jednotlivých členů interprofesního rehabilitačního týmu se liší. Spíše starší studie uvádějí, že s pacientem/klientem je efektivní pracovat po dobu maximálně dvou let (Mozzoni et al., 1996). Oproti tomu Gertebrand a další autoři oponují, že s pacientem je efektivní pracovat v rámci rehabilitačního týmu i delší dobu

než je 5 let od vzniku od onemocnění nebo příhody. Tedy i u pacientů v chronickém stádiu nemoci by se měli jednotliví členové interprofesního rehabilitačního týmu snažit nejen o prevenci a zachování stávajících funkcí, ale i o znovuobnovení funkcí poškozených (Gerstenbrand, 1972; Tavernese et al., 2013). V české terminologii se užívá pojmu „otevřené rehabilitační okno“ – doba, o které se hovoří, že je stále efektivní pracovat s pacientem/klientem v rámci rehabilitace (Švestková, 2014).

V rehabilitaci mají své zastoupení jednotliví členové interprofesního týmu, tedy lékař, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, speciální pedagog, zdravotní sestra, sociální pracovník a ideálně i rodinný příslušník a potažmo pracovník podporovaného zaměstnávání nebo úřadu práce, pokud se klient nachází už ve fázi, kdy je potřeba jej navrátit do pracovního procesu.

Hlavně na iktových jednotkách by měl být k dispozici celý interprofesní tým v čele s lékařem, se specializovanou zdravotní sestrou, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a dalšími členy týmu. Tato jednotka by měla poskytovat časnou rehabilitaci pacientům po poškození mozku a zároveň by měla umožnit edukaci a co nejvyšší zapojení rodinných příslušníků. Tato strategie zlepšuje funkční stav pacientů/klientů a snižuje délku hospitalizace pacientů/klientů (Strand et al, 1985).

Každý z těchto odborníků používá specifické techniky a přístupy, které jsou určeny pro danou profesi. Chtěli bychom podotknout, že obory ergoterapie a fyzioterapie se spolu prolínají. Tento fakt je podtržen skutečností, že standardizované metodiky, které se dříve používaly jen v rámci fyzioterapie, v současné době využívají i ergoterapeuti, např. Bobath koncept, metoda Affolterové a další. Ergoterapeuti a fyzioterapeuti v současné době pracují stále častěji u těžce postižených pacientů/klientů v tandemu, kdy se navzájem doplňují ve funkční diagnostice a terapii. V rehabilitačním týmu často spolupracují i ergoterapeut a sociální pracovník, a to hlavně v procesu navrácení klienta domů a do jeho domácího života.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání kapacity (K2) a výkonu (V2) u vybraných domén u klientů v čase 2, tedy jeden rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

Sledovali jsme charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi kapacitou 2 v čase 2 (K2 – v době průběhu denního stacionáře u klientů) a výkonem 2 v čase 2 (V2 – v době 1 roku po uplynutí doby od denního stacionáře) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily u domén Řešení problémů, Přemísťování, Rekreace a volný čas, Měnění základní pozice těla, Pohyb za použití různých zařízení, Pití, Příprava jídla, Vykonávání domácích prací, Základní ekonomické operace, Ekonomická soběstačnost, Chůze, Pohyb v interiéru i exteriéru, Pohyb po schodech, Používání dopravy, Sám se umýt, Péče o části těla, Použití WC, Oblékání, Jídlo, Získání nezbytných věcí. V této době klienti měli k dispozici nejen vhodné kompenzační pomůcky, ale i „zvláštní pomůcky“.

Oproti porovnání výsledků u kapacity (K1) a výkonu (V1) v době pobytu klientů v denním stacionáři, se u porovnání výsledků u kapacity (K2) a výkonu (V2) 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři se ukázala jako statisticky významná doména Rekreace a volný čas. Jak již bylo řečeno, v této době, tedy 1 rok po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři, měli klienti k dispozici „zvláštní pomůcky“, typu rampa, schodolez. Klienti tak mohli samostatně začít provozovat i venkovní aktivity volného času, a proto se zlepšili i v těchto položkách, které pro ně znamenaly facilitátor k tomu, aby se dostali samostatně ven z domácího prostředí, což má vliv i na provádění aktivit volného času.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výkonu (V1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich výkonu (V2) v čase 2, tedy jeden rok poté

Sledovali jsme charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi výkonem 1 v čase 1 (V1 – u klientů v době průběhu denního stacionáře) a výkonem 2 v čase 2 (V2 – 1 rok ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05. Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily u domén Chůze, Pohyb po různých lokalitách – v interiéru, Péče o části těla, Použití WC, Pohyb po různých

lokalitách – v exteriéru, Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech, Sám se umýt, Rekreace a volný čas. V souvislosti se „zvláštními pomůckami“ (rampa, plošina, přestavba koupelny a další), které měli klienti k dispozici u výkonu (V2) 1 rok po ukončení pobytu v denním stacionáři, by se dalo očekávat zlepšení hlavně v doménách Pohyb po různých lokalitách, Jiné – po schodech, Pohyb po různých lokalitách – v exteriéru, Pohyb po různých lokalitách – v interiéru, Koupání, Sám se umýt. Tyto předpoklady se statisticky potvrdily. Ve výkonu u domén Pohyb v interiéru, Pohyb v exteriéru a po schodech došlo též ke zlepšení. Ke zlepšení došlo i u domény Použití WC. U některých klientů bylo WC umístěno v koupelně a proto, když byla koupelna upravena bezbariérově, klienti zvládli i sebeobsahu na WC.

Použití některých domén se může zdát vhodnější spíše pro hodnocení nároku příspěvku na péči v oblasti posuzování soběstačnosti, jako jsou domény Sám se umýt, Jídlo Pití apod. Pro komplexní obraz funkčního stavu klienta je však zařazení těchto domén nezbytné. Ke zlepšení výkonu nevedly klienty jen zvláštní pomůcky, ale veškeré typy kompenzačních pomůcek, které klient získal na základě poradenství ergoterapeuta, fyzioterapeuta, event. ostatních členů interprofesního týmu. Zlepšila se i položka, která zdánlivě nesouvisí se zvláštními pomůckami, a to je Rekreace a volný čas. Někteří klienti díky tomu, že se pomocí zvláštních pomůcek dostali samostatně ven, mohli začít provádět i aktivity volného času, které mají vliv na vnitřní pocity klienta a na jeho seberealizaci. Proto je nezbytné klienta hodnotit jako celek u všech jeho funkčních schopností.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání facilitátorů v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři a bariér v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři

Sledovali jsme charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky facilitátorů a bariér v čase 1 (u klientů v době jejich pobytu v denním stacionáři) a facilitátory a bariérami v čase 2 (u klientů v době 1 roku po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05. Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily u

faktorů prostředí konkrétně u facilitátorů – Produkty k osobnímu užívání, Produkty k osobnímu užívání v denním životě – madla, Zdravotnickí profesionálové, Zdravotnické systémy, Stavební produkty pro veřejné užití, Stavební produkty pro soukromé užití, Produkty k osobnímu užívání v denním životě. Z bariér jsou to Produkty k osobnímu užívání v denním životě, Stavební produkty pro veřejné užití, Stavební produkty pro soukromé užití.

„Zvláštní pomůcky“ – rampu, plošinu, nájezdovou plošinu, bezbariérové úpravy koupelny a bytu jsme zařadili pod domény Stavební produkty pro veřejné použití, Stavební produkty pro soukromé užití. Kompenzační pomůcky jsme zařadili do domény Produkty k osobnímu užívání v denním životě. Všechny zmíněné pomůcky přispívají ke zlepšení funkčního stavu klientů, ke zlepšení jejich výkonu, protože mnohé z nich pomáhají k tomu, že klient není odkázán na pomoc „živé pomůcky“ – asistence druhé osoby. Jde o dosažení našeho cílů, a to plné soběstačnosti klienta s disabilitou s facilitujícími prostředky (kompenzační pomůckami).

Doporučujeme, aby komponentu Faktory prostředí kódoval:

- ergoterapeut, který se zaměří na kompenzační pomůcky pro klienta a „zvláštní pomůcky pro klienta

- sociální pracovník, který se zaměří na sociální dávky a podpory, tedy například faktory prostředí – Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení, kam je možné zařadit příjmy klienta, jeho dávky a důchody. Do domény e 570 Služby, systémy a principy řízení obecné sociální podpory a e 575 je možné zařadit potřebnost pečovatelské služby, tedy nákupy, donáška obědů apod.

- fyzioterapeut, ve spolupráci se sociálním pracovníkem a ergoterapeutem. Fyzioterapeut se zaměří hlavně na faktory prostředí, které mají vliv na motoriku člověka, tedy společně s ergoterapeutem např. na Produkty a technologie pro osobní pohyblivost e 120 a Produkty a technologie pro osobní použití v denním životě e 115.

Z výše jmenovaných facilitátorů a bariér se potvrdily statisticky významné rozdíly a pro účely naší studie byly důležité výsledky právě u domén Produkty k osobnímu užívání v denním životě, Stavební produkty pro soukromé užití a veřejné užití. Tyto výsledky vypovídají o tom, že klienti získali potřebné zvláštní pomůcky, které jim, jak dokazují statisticky významné výsledky v porovnávání výkonů v době pobytu klientů v denním stacionáři a 1 rok poté, pomohly ke zlepšení výkonu v doménách zaměřených na soběstačnost.

Hodnoty u sledovaných parametrů se naopak statisticky významně nelišily v doménách Produkty pro pohyblivost e 120, Produkty pro komunikaci e 125, Nejbližší rodina e 310. Pacienti/klienti měli podporu v oblasti pohyblivosti i v oblasti komunikace již při nástupu do denního stacionáře. Proto zde nedošlo ke statisticky významným rozdílům. Nejbližší rodina, pokud ji pacienti/klienti měli, poskytovala klientovi podporu již při nástupu do denního stacionáře. Přestože se funkční stav klientů zlepšil, nejbližší rodinní členové se snažili poskytovat klientovi stejnou podporu jako na začátku, přestože to klient nepotřeboval. V některých případech tento facilitátor (pomoc rodiny) v určité době začíná být pro klienta bariérou. Doména služby sociálního zabezpečení e 570 se také statisticky významně nelišila. Důvodem je, že více než 1/3 pacientů si potřebné stavební úpravy provedla na své náklady, nebo za podpory některé z nadací, protože Úřad práce jim nepovolil nárok na přestavbu bytu či zvláštní pomůcku. Celkově bylo potřeba stavebně upravit domácí prostředí u 52 % klientů z vybraného vzorku. U 3 klientů nebyla možná přestavba stávajícího bytu, situaci jsme vyřešili přestěhováním do jiného bezbariérového bytu. U jednoho klienta došlo k výměně pokoje, ve kterém původně bydlel, za jiný pokoj ve stejném bytě. Jeden klient odmítl veškeré návrhy na úpravy bezbariérovosti a zůstal ve svém původním prostředí. Ostatní klienti akceptovali nosné návrhy na bezbariérovost. Součástí návrhu na bezbariérové bydlení byla nejen indikace tzv. „zvláštních pomůcek“, ale i indikace chybějících běžných kompenzačních pomůcek, jako je sedačka na vanu a do sprchy, madla, protiskluzné podložky, nástavec na WC. U některých klientů bylo potřeba rozšířit dveřní otvor, aby mohl klient projet do místnosti na vozíku.

V průběhu života osob s postižením se jejich facilitátory a bariéry mění přímou úměrou tak, jak se mění jejich potřeby. V australské studii, která se zaměřila na facilitátory v oblasti mobility v komunitě, 90 jejich účastníků identifikovalo způsob, jak by se jejich facilitátory mohly nebo měly v budoucnu změnit. Tyto změny měly souvislost nejčastěji s opotřebením již stávajícího facilitátoru nebo s vlastními měnicími se potřebami, případně s touhou po vyšší účasti v aktivitách (Layton, 2012).

V současné době je možné seznam facilitátorů nalézt v Mezinárodní klasifikační systémů podpůrných produktů. Tato klasifikace je součástí tzv. „Family Classification“ pod Světovou zdravotnickou organizací, kam patří i Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Klasifikační systému podpůrných produktů pro osoby se zdravotním postižením poskytuje Mezinárodní organizace zabývající se tvorbou norem (International Classification for Standardisation) (ISO,

2007). Tato klasifikace by mohla pomoci k přehledu dostupných facilitátorů pro lidi s disabilitou. V současné době je k dispozici Pátá edice klasifikace v anglickém a francouzském jazyce.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání výsledků testu Funkční míry nezávislosti a Funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure a Functional Assessment Measure – F1) u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři a tohoto hodnocení (F2) v čase 2, tedy po 1 roce od ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

Dutta uvádí, že FIM+FAM je poměrně jednoduché hodnocení, dobře aplikovatelné v běžné klinické praxi, využitelné jako nástroj pro hodnocení rehabilitačního programu. Dutta využíval tento hodnotící instrument u pacientů s tumorem mozku (Dutta et al, 2009). V této studii bylo uvedené hodnocení využito pro svou praktickou využitelnost, kdy postihuje široké spektrum položek, od oblasti aktivit denního života (základní soběstačnost i instrumentální soběstačnost) po hodnocení kognitivních funkcí i psychosociálních položek.

Sledovali jsme charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi testem FIM+FAM 1 v čase 1 (F1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a tímto testem v čase 2 (F2 – v době 1 roku po ukončení pobytu klientů v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily u položek Osobní hygiena, Oblékání horní poloviny těla, Přesuny do automobilu, Chůze – jízda na vozíku, Emoční stav, Příprava jídla, Práce – vzdělání, Oblékání dolní poloviny těla, Přesuny postel-židle-vozík, Přesuny na WC, Schody, Pohyb v obci, Nakupování, Koupání, Použití WC, Přesuny do vany a sprchového koutu, Aktivity volného času. U většiny položek se medián posunul z nižší hodnoty na vyšší, tedy stav pacientů/klientů se zlepšil.

Výkon u položky Osobní hygiena, Oblékání horní poloviny těla, Přesuny do automobilu, Chůze, Příprava jídla, Práce – vzdělání se vylepšil díky získání potřebných kompenzačních a zvláštních pomůcek, ale i zlepšení funkčního stavu klientů, kdy někteří ještě stále po roce od ukončení denního stacionáře docházeli na

interprofesní terapie, např. ergoterapii, fyzioterapii, logopedii, psychologii, speciální pedagogiku v místě bydliště.

Mezi nejdůležitější položky, které mají souvislost s poskytováním dávky na zvláštní pomůcku, patří koupání, osobní hygiena, použití WC, přesuny do vany a na toaletu, pohyb po schodech, pohyb v obci. Klienti se díky získání prostředků na přestavbu bezbariérové koupelny posunuli z pásma, kde potřebují asistenci, případně dohled, do pásma, kdy nevyžadují asistenci, ale k provedení aktivity jim stačí konkrétní kompenzační pomůcka, někdy potřebují k výkonu pouze delší čas. Toto je zásadní, protože v těchto případech je klient schopen samostatně provádět výše uvedené aktivity denního života. Klienti se zlepšili v aktivitách volného času, práce – vzdělání, nakupování. Tyto instrumentální aktivity denního života se zlepšily u klientů vzhledem k indikacím zvláštních pomůcek, a tím se klient dostane do exteriéru a je schopen provádět výše uvedené aktivity. Např. v naší práci lidé s poškozením mozku, kteří nemohou mít zaměstnání, mají proto více možností se zapojit do volnočasových aktivit. Nicméně, jejich schopnost zapojit se do volnočasových aktivit může být inhibována v důsledku:

- a) poškození kognitivní funkce, jako jsou například špatné řídicí dovednosti, řešení problémů, a rozhodování
- b) sociální a behaviorální problémy vedoucí k obtížím při udržování sociálních vztahů
- c) bariéry prostředí

Interprofesní rehabilitační tým by měl klientům pomoci překonat tyto obtíže (New Zealand Guidelines group, 2006). Aby však bylo možné tyto problémy překonat, je nezbytné je nejprve identifikovat, k čemuž můžeme použít právě FIM+FAM i MKF.

Stav klientů se zlepšil i v položkách objektivního hodnocení FIM+FAM, které mají souvislost se zvláštními pomůckami. Škála testu FIM+FAM se ukázala podrobnější a citlivější oproti škále MKF a pomocí širší škály dokáže tak odhalit změny u funkčního stavu klienta, které MKF neumožňuje odhalit. Proto doporučujeme, aby položky v oblasti participací a faktorů prostředí byly, pokud je to možné, hodnoceny ergoterapeutem. Ten v případě nejasností může využít standardizovaných funkčních metodik k podrobnému zhodnocení funkčního stavu, jako je např. FIM+FAM, FIM a další.

Položky z oblasti kognitivních funkcí se nevylepšily tak, aby byly statisticky významné, přestože mnozí klienti i po skončení pobytu v denním stacionáři docházeli

nadále na ambulantní terapii na kliniku nebo k odborníkům v místě bydliště. Položky pozornost a orientace se lišily na hladině významnosti 0,1. Je proto možné, že kdybychom pracovali s početnějším vybraným souborem klientů, prokázaly by se statisticky významně i rozdíly v těchto položkách.

Statisticky významně se potvrdily i rozdíly v položce Emoční stav. Klienti po ukončení pobytu v denním stacionáři byli aktivizováni členy rodiny ve svém domácím prostředí na základě konkrétních doporučení interprofesního týmu a klient se ve známém domácím prostředí cítil bezpečně, sebejistě, méně situací se tak pro něj stávalo stresovými a proto zvládal lépe i svůj emoční stav.

Statisticky zpracované výsledky: Porovnání dotazníku kvality života WHO DAS II (W1) v čase 1, tedy v době pobytu klientů v denním stacionáři a tohoto dotazníku (W2) v čase 2, tedy 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

Sledovali jsme charakteristiky sledovaných parametrů (počet, průměr, směrodatná odchylka) a výsledky testu mezi dotazníkem WHO DAS II 1 v čase 1 (W1 – v době pobytu klientů v denním stacionáři) a tímto dotazníkem v čase 2 (W2 – v době 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři) se zvolenou hladinou statistické významnosti 0,05.

Hodnoty u sledovaných parametrů se statisticky významně lišily na zvolené hladině významnosti 0,05 u položek Dlouhodobá chůze, Hygiena celého těla, Kvalita provedení domácích prací, Dodělání potřebných úkolů, Pracovní zařazení, Časová ztráta vzhledem k nemoci, Stoj dlouhodobý, Pohyb po bytě, Pohyb v exteriéru, Samostatnost, Získání nových přátel, Povinnosti v domácnosti, Rychlost provedení, Ztráta výtvarného díla, Respekt okolí, Volnočasové aktivity, Vstávání ze sedu, Společenské aktivity, Okolní bariéry, Psychika vzhledem k nemoci, Finanční situace. Celkově se podařilo prokázat statisticky významné rozdíly u 58 % položek.

Klienti subjektivně pocítovali zlepšení ve výše zmíněných položkách. Zajištěním potřebných zvláštních i kompenzačních pomůcek se zlepšily u klientů položky Vycházení s blízkými, Kvalitní zpracování pracovních úkolů, Kvalita provedení domácích prací, Dodělání potřebných úkolů.

U položek Komunikace, Sebesycení, Vycházení s blízkými a Kvalitní provedení pracovních úkolů se sice nepodařilo prokázat statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,05. U těchto položek se prokázal statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,1. Je tedy pravděpodobné, že pokud bychom v naší studii měli vybraný soubor o vyšším počtu probandů, statisticky významný rozdíl by se prokázal i u těchto položek. Zajímavá je hlavně položka vycházení s blízkými, kdy u klientů, kteří jsou závislí na rodinných příslušnících, je zvýšené riziko nesouladu v rodině. Nevycházení s blízkými je dáno i zvýšeným stresem rodinných příslušníků, kteří jsou vystavováni díky funkčnímu omezení klienta těžkým každodenním situacím. Kreutzer uvádí, že 47 % rodinných příslušníků, klientů po traumatickém poškození mozku mají příznaky odpovídající psychiatrické diagnóze (Kreutzer et al., 1994). Tím, že probandi byli vybaveni zvláštními i kompenzačními pomůckami, získali větší samostatnost (nezávislost) a tím se jim zvýšilo sebevědomí, měli pocit, že dokáží daleko lépe zvládat denní činnosti. Například z důvodu zlepšení mobility se mohli začít bezpečně pohybovat po bytě a provádět některé domácí práce. Ze stejných důvodů subjektivně posuzovali, že jsou schopni zpracovat pracovní úkoly a tím vlastně nastoupit do zaměstnání. Tento bod je velice důležitý, vyplývá z těchto závěrů fakt, že mobilita je zásadní v personálních i instrumentálních aktivitách denního života a vede k zlepšení participace klientů. Docházelo u nich i k vyššímu stupni nezávislosti na rodinných příslušnících, proto s nimi klienti byli schopni i lépe vycházet. Motorické položky Dlouhodobá chůze, Hygiena celého těla, Dlouhodobý stoj se zlepšily v důsledku dodání kompenzačních pomůcek a pravidelné interprofesní rehabilitační intervenci.

Zajímavým ukazatelem je zlepšení v položkách Psychika vzhledem k nemoci, Účast na společenských aktivitách, Finanční situace a Volnočasové aktivity, Kvalita provedení domácích prací, Doděláním potřebných úkolů a pracovní zařazení, Získání nových přátel, Povinnosti v domácnosti, Rychlost provedení, Ztráta výdělku, Respekt okolí. Klienti sami vnímali subjektivně zlepšení situace v těchto položkách, které se zlepšily pravděpodobně získáním psychické pohody. Stav psychické pohody jim pomohlo dodání pomůcek a zajištění možnosti samostatného vykonání aktivity, jako je dostat se ven z domu (pomocí rampy či schodolezu), mohli provádět i volnočasové aktivity, společenské aktivity a potkávat bez omezení své přátele, ale i získávat nové. Umožněním pohybu i mimo domov klienti získali možnost začít uvažovat o možnosti svého pracovní uplatnění a tím si zajistit zlepšení své finanční situace. Velmi důležité je subjektivní zlepšení v položkách, které se týkají sociálních aktivit, jako je Získávání

nových přátel, Respekt okolí, Společenské aktivity, protože pak můžeme předpokládat, že pacienti nejsou v sociální izolaci, která je velkým rizikem osob s disabilitou (Švestková, Pfeiffer 2009; Murray et al., 2008). Chtěli bychom poukázat na rozdíly mezi objektivním pohledem profesionála a subjektivním pohledem klienta, který překvapivě ve svých výsledcích ukazuje, že subjektivní vnímání zlepšení v určitých položkách personálních i instrumentálních aktivit denního života, tedy vlastně v kapacitě a výkonu, je vnímáno probandy daleko lépe, než je objektivně klasifikováno odborníky. Vysvětlením jsou facilitující prostředky v oblasti motoriky, které mají daleko větší účinnost na subjektivní pozitivní vnímání kvality života.

Pro objektivní zhodnocení funkčního stavu klienta, i vzhledem k souvislosti se zákony o sociálních službách a podporách, je přínosné využití MKF k úpravám prostředí a získání potřebných zvláštních a kompenzačních pomůcek, které jsou facilitátory prostředí a tím zlepšují participaci člověka ve společnosti. Důležité a nezbytné, jak poukazujeme v naší studii, je zhodnocení klienta a jeho funkčního stavu v jeho domácím prostředí, které je nezbytné pro indikace facilitujících faktorů. Domníváme se, že bez zařazení domácích návštěv do systému sociálních služeb, není možné dojít k vytčenému cíli – optimálnímu zařazení klienta do společnosti.

Výsledky naší studie ukazují, že praktické využívání MKF ve zdravotně sociální oblasti je přínosné. Morgell naše tvrzení podtrhuje tím, že udává, že MKF je vhodným doplňkem k Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), protože poskytuje další informace o fungování a zdravotním postižení klienta. Uvádí, že nemoc, postižení klienta a jeho následky jsou složité a vícerozměrné jevy, které nemohou být zachyceny pouze uvedením hlavních diagnóz (Morgell et al., 2011).

Přestože jednotliví členové rehabilitačního týmu podle MKF mají být schopni okódovat klienta komplexně, doporučujeme, aby byla MKF v jednotlivých oblastech využívána členy interprofesního týmu. Každý odborník, ať už zdravotnický pracovník či ergoterapeut nebo fyzioterapeut, je kompetentní hodnotit nejlépe MKF ve svých oblastech. Tedy lékař v oblasti tělesných funkcí a struktur, fyzioterapeut v oblasti motoriky, ergoterapeut v oblasti soběstačnosti a kompenzačních pomůcek, sociální pracovník v oblasti sociálních dávek a podpor.

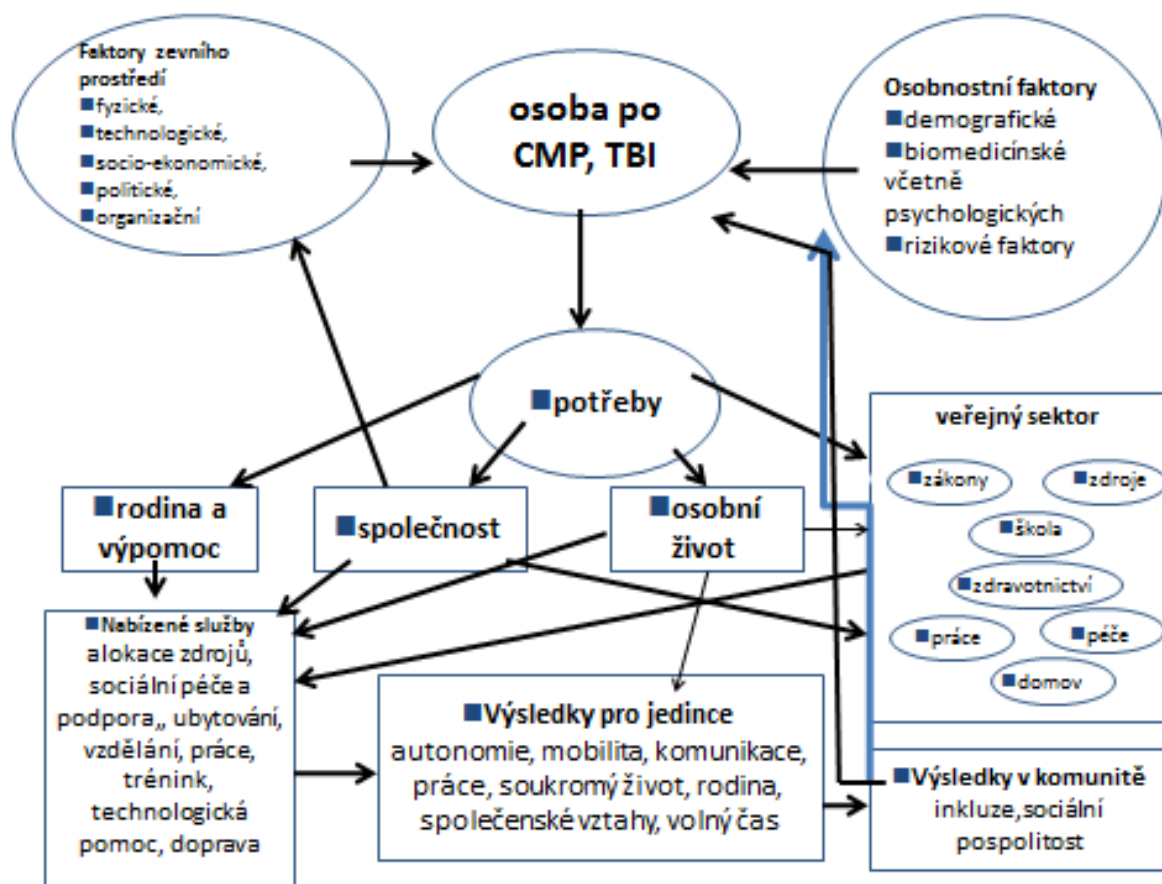
Pro hodnocení nároku na zvláštní pomůcku navrhujeme jako nástroje využití MKF. Hodnocení soběstačnosti, hodnocení potřeby „zvláštních pomůcek“ a kompenzačních pomůcek je doménou ergoterapeuta, který na toto hodnocení má

kvalifikované vzdělání a v případě problémových oblastí může využít dalších testových nástrojů, které v daných určitých oblastech jsou podrobnější.

Doporučujeme zhodnocení jednotlivých funkčních domén v interprofesním rehabilitačním týmu. Pojem interprofesní tým nahrazuje dříve používané termíny „multidisciplinární, interdisciplinární“. Tento nově používaný termín lépe vystihuje nezbytnost spolupráce různých profesí (Steinert, 2005).

K tomu, aby pacient/klient po poškození mozku měl co nejmenší funkční omezení, by měla být rehabilitace a sociální služby zahájeny co nejdříve. Toto se však velmi často nestává u pacientů/klientů s těžkou získanou poruchou mozku. Carney považuje za důležité, aby člověk začal fungovat v domácím prostředí i ve společnosti co nejdříve, jak to dovoluje jeho stav. Toto by se mělo stát hlavním cílem rehabilitace. K tomu je však potřeba včasné rehabilitace u pacienta/klienta, ale i rovnováhy mezi sociálními a zdravotními službami, kdy cílem pro klienta je získat uspokojující kvalitu života (Carney et al 1999; Doing et al 2001; Geurtsen, 2010).

Na obrázku č. 7 chceme ukázat, jak konečná inkluze klienta do společnosti je komplikovaná a vyžaduje součinnost všech uvedených složek, od faktorů zevního prostředí, po osobnostní faktory, potřeby klienta, jeho rodinu a další faktory.



Obrázek č. 9 – Klient s těžkou disabilitou, včasná individuální dlouhodobá interprofesní rehabilitace (Švestková, 2013)

Hlavní limitací této studie je velikost vzorku, který obsahuje 30 klientů. Pokud by byl výzkumný vzorek početnější, je možné, že by se na zvolené hladině významnosti potvrdily statisticky významné výsledky u dalších položek. Další limitací je, že do studie byli začleněni klienti v chronickém stadiu, kteří již měli naučené některé patologické návyky vzhledem k soběstačnosti. Nevíme, zda jim a rodině byla poskytnuta edukace ohledně kompenzačních a „zvláštních pomůcek“ v dřívějším stadiu nemoci. Účastníci studie byli převážně z Prahy, kde provázanost jednotlivých složek rehabilitace může být na lepší úrovni, než v okrajových oblastech republiky.

Mezi silné stránky studie řadíme interprofesní spolupráci rehabilitačního týmu pro zajištění objektivitu některých typů zjištěných informací. V rámci studie byla klientovi poskytnuta podpora klienta jak ve zdravotnické, tak sociální oblasti, a tím byla zajištěna co nejvyšší propojenost obou složek.

Závěrem je možné shrnout, že koordinace všech složek rehabilitace je velké politikum. MKF je nástroj, který by mohl pomoci ke koordinaci jednotlivých složek, k nastavení organizace a systému, které povedou k inkluzi klienta do společnosti. Jak bylo zmíněno, v současné době se připravuje zákon o koordinované rehabilitaci a následných sociálních službách. Pokud se aplikace tohoto zákona podaří, pomůže to k dosažení maximální možné kvality života klientů.

4 Závěr

V současné době, jak již bylo zmíněno v průběhu této práce, zůstává v oboru rehabilitace v České republice velkým problémem nepropojenost zdravotně sociálních služeb. Dalším problémem je nedostatečná existence a využívání standardizovaných metodik pro stanovení funkčního potenciálu klienta, které by bylo vhodné využívat pro účely posuzování nároku na sociální dávky a podpory v sociální oblasti, ale i pro efektivní úhradu zdravotnických služeb v oblasti zdravotnické. Je možné konstatovat, že MKF je prakticky využitelná jak v sociální sféře, tedy i v souvislostech se zákony o dlouhodobých sociálních podporách a službách, tak v oblasti zdravotnické. MKF je vhodným nástrojem, který při správném využívání podporuje nejen propojenost, ale i komunikaci mezi odborníky ve zdravotnické a sociální oblasti. MKF je klasifikace, která může pomoci efektivně posoudit nároky na dlouhodobé služby a podpory, protože hodnotí funkční zdraví klienta. Podle MKF neposuzujeme klienta jen podle etiologické diagnózy, ale hodnotíme i potřebu a nutnost klienta využít kompenzační pomůcky a dokážeme rozlišit nutnost asistence druhou osobou. Dle MKF je možné odlišit tzv. „živé a neživé facilitátory“, tedy technické pomůcky nebo pomoc druhé osoby.

Domníváme se, že jednotlivé položky pro zhodnocení funkčního stavu klienta by měly být kódovány interprofesním týmem, např. ergoterapeut by měl hodnotit položky zaměřené na soběstačnost z oblasti aktivit a participací spolu s faktory prostředí, fyzioterapeut položky zaměřené na hrubou motoriku člověka a sociální pracovník faktory prostředí zaměřené na sociální dávky a služby.

V České republice je využívání MKF stále na svém počátku. Filosofie MKF je využita v některých částech legislativy v oblasti sociálních služeb a podpor. Jde například o posuzování příspěvku na péči, který má pro hodnocení čtyřstupňovou škálu. Tyto stupně vlastně odpovídají stupňům, klasifikátorům MKF, protože v této klasifikaci první stupeň je člověk bez disability a hodnotí se číslem 0. Ve zdravotnictví se začíná používat MKF hlavně z posudkového hlediska, např. u válečných veteránů, kteří jsou na misích OSN, požaduje NATO klasifikaci podle MKF, jinak voják nedostane sociální benefity z pohledu zraněného válečného veterána. V současné době se podle MKF připravuje systém pro hodnocení ztížení společenského uplatnění. EU se dohodla, že pro profesionály, kteří budou používat MKF, je nutnost absolvovat kurzy praktické aplikace této klasifikace, které jsou jednotné ve všech

zemích EU. Klinika rehabilitačního lékařství v Praze 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze má licenci na vzdělávání MKF. Absolventi kurzu dostávají diplom v češtině platný v ČR a v angličtině platný v zemích EU.

Výsledky našeho výzkumu dokládají, že je možné aplikovat a využívat MKF v zdravotně sociálních službách, konkrétně je MKF využitelná v oblasti předpisů, které upravují přiznání nároku na tzv. „zvláštní pomůcky“, tedy Zákona č. 329/2011 Sb. a Vyhlášky č. 388/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Ve výzkumné části této práce se ověřilo, že MKF oproti ostatním standardizovaným metodikám, které je možné využívat pro hodnocení funkčního stavu klienta, klasifikuje oblast faktorů prostředí (facilitátory, bariéry). Podle MKF můžeme odlišit použití moderních technologií od pomoci druhé osoby. Metoda „Funkční míra nezávislosti a funkční míra hodnocení“ (Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure) byla použita jako standardní objektivní metodika hodnocení aktivit denního života. Použili jsme rovněž subjektivní dotazník kvality života (World Health Organization Disability Assessment. Schedule 2.0 -WHO DQAS II), který byl vytvořen podle MKF.

Navrhujeme využití MKF jako jednotného nástroje, pro účely hodnocení funkčního stavu klienta jak na úrovni zdravotnických, tak sociálních služeb. Využití MKF by bylo nejlépe používat jako klasifikaci stupně postižení interprofesním rehabilitačním týmem. Každý odborník by měl hodnotit domény, které odpovídají jeho profesionálnímu zaměření. V případě, že hodnotíme u klienta funkční schopnosti, které nejsou identifikovatelné pomocí MKF, navrhujeme dovyšetření konkrétně určenými standardizovanými metodikami, které jsou schopny tyto detaily rozlišit.

MKF je nástrojem, který doporučuje v Evropské Unii (EU) používat Evropská komise i Rada Evropy a je doporučena k používání Organizací spojených národů (OSN) a Světovou zdravotnickou organizací (WHO). MKF se používá ke klasifikaci funkčních schopností, hodnocení stupně disability a funkčního zdraví. Jde o „společný jazyk“ pro lékařské, nelékařské, sociální, pedagogické, právní, ostatní profese i pro samotné osoby s disabilitou a jejich rodiny. MKF v konečném důsledku napomáhá inkluzi občanů s disabilitou do společnosti a dosažení jejich maximálně možné kvality života.

5 Seznam použitých zdrojů

1.	ADOLFSSON, M. Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities. <i>Disertation series no. 14</i> . Books on Demand: Visby, 2011, ISBN: 978-91-628-8342-3.
2.	ALMANSA, J. et al. The International Classification of Functioning, disability and health (ICF): Quantitative measurement of Capacity and Performance. <i>Newsletter WHO Family of International Classification (FIC)</i> . WHO-FIC Collaborating Center: Netherland, 2008, vol. 6, no. 1, pp. 5-7. ISSN 1388-5138.
3.	ATWAL, A., MCINTYRE, A., CRAIK, C., HUNT, J. Older adults and carers' perceptions of pre-discharge occupational therapy home visits in acute care. <i>Age and Ageing</i> . British Geriatrics Society: Oxford, 2008, vol. 37, no. 1, pp. 72-76. ISSN 1468-2834.
4.	ATWAL, A., SPILIOTOPOULOU, G., STRADDEN, J. et al. Factors influencing occupational therapy home visit practice: A qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> . Informa Healthcare: London, 2014, vol. 21, no. 1, pp. 40-47. ISSN 1103-8128.
5.	BARNES, M. P. Rehabilitation after traumatic brain injury. <i>British medical bulletin</i> . Oxford University Press: Oxford, 1999, vol. 55, no. 4, pp. 927- 943. ISSN 0007-1420.
6.	BICKENBACH, J. et al. ICF CORE SETS, Manual for Clinical Practice. Hogrefe Publishing: Germany, 2012, 140 pp. ISBN 978-0-88937-431-7.
7.	BORGNOLO, G. et al. Preliminary results of ICF dissemination in primary health care in Mozambique: Sharing the Italian experience. <i>Disability and Health</i> . Elsevier: Amsterdam, 2009, vol. 31, no. 1 , pp. 78-82. ISSN: 0963-8288.
8.	BRUNS, J., HAUSER, A. The Epidemiology of Traumatic Brain Injury: A Review. <i>Epilepsia</i> . John Wiley and Sons: Oxford, 2003, vol. 44, suppl.10, pp. 3-10. ISSN: 0013-9580.
9.	CAMERON, J. et al. Supporting workwers with mental health problems to retain employment: Users experience of a UK job retention project. <i>Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation</i> . IOS Press: Amsterdam, 2012, vol. 42, no. 4, pp. 461-471. ISSN 1051-9815.
10.	CARNEY, N. et al. Effect of cognitive rehabilitation on outcomes for persons with traumatic brain injury: a systematic review. <i>Journal of Head Trauma Rehabilitation</i> . Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 1999, vol. 14, no. 3, pp. 277-307. ISSN 0885-9701.
11.	CDC. Functioning and disability in Europe MHADIE project results: ICF functional profiles in 12 selected health conditions in Europe. cdc.gov [online]. Atlanta: ©CDC, 2012 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/ppt/citygroup/meeting7/citygroup7_Session6_6_Leonardi.pdf
12.	CIEZA, A. et. al. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . Taylor & Francis: Sweden, 2004, Vol. 36, Is. 44, pP. 9-11. ISSN 1651-2081.
13.	CIEZA, A. et al. ICF Linking rules: an update based on lessons learned. <i>Journal of Rehabilitation medicine</i> . Taylor & Francis: Sweden, 2005, vo.37,

	no.4, pp. 212-218. ISSN 1650-1977.
14.	CIEZA, A., STUCKI, G. Content Comparison of health related quality of life (HRQOL) instruments based on the International Classification of functioning, disability and health. Quality of Life Research. Springer: Germany, 2005, Vol. 14, Is. 5, pp 1225-1237. ISSN 0962-9343.
15.	CRPG. The ICF as a framework for disability policy design and development. The ICF – A framework for policy [PDF online]. September 2007 [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: http://www.crpq.pt/estudosProjectos/Projectos/modelizacao/Documents/ICF_as_framework_for_policy.pdf
16.	ČELEDOVÁ, L a kol. Posudkové lékařství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 127 s. ISBN 978-802-4618-692.
17.	ČSÚ. Ukončení povinného používání MKF [online]. CSU 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/ukonceni_povinneho_pouzivani_mkf_od_1_kvetna_2013
18.	DIXON, L., STEWART, B., BURLAND, J. et al. Pilot Study of the Effectiveness of the Family-to-Family Education Program. Psychiatric Services. American Psychiatric Association: Arlington, 2001, vol. 52, no. 7, pp. 965-967. ISSN 1075-2730.
19.	DOIG E. et. al. Patterns of community integration 2–5 years post-discharge from brain injury rehabilitation. Brain Injury. Informa Healthcare: London, 2001, vol. 15 no. 9, pp. 747–762. ISSN 0269-9052.
20.	DONALD J., ICF-children&youth [online]. Atlanta, Georgia USA [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pitt.edu%2F~super7%2F28011-29001%2F28401.ppt&ei=GJGTUpuuAcjMygPHp4FQ&usg=AFQjCNGaR82IgsOT-ygV-aIO1PtVHpQVSQ&sig2=8MreR_dmjUxO3svaw5kTbA&bvm=bv.56988011,d.bGQ
21.	Dutch-ACD. ICF-CY – A Derived classification for Children and Youth. dutch-acd.nl [PDF online]. © Dutch-ACD, 2013, [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: http://www.dutch-acd.nl/pdf/Handout_ICF-CY.pdf
22.	DUTTA, D., VANERE, P., GUPTA, T., MUNSHI, A., JALALI, R. Factors influencing activities of daily living using FIM-FAM scoring system before starting adjuvant treatment in patients with brain tumors: results from a prospective study. Journal of Neuro-Oncology. Oxford Journals. Oxford, 2009, vol. 94, vol. 1, pp. 103-110. ISSN 0167-594X.
23.	ELDAR, R. et al. Rehabilitation medicine in countries of Central /Eastern Europe. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2008, vol. 30, no. 2, s. 134-141. ISSN: 0963-8288.
24.	ESCORPIZO, R. et. al. An International Expert Survey on Functioning in Vocational Rehabilitation Using the International Classification of Functioning. Journal of Occupational rehabilitation. Springer: Germany, 2011, Vol. 21, Is. 2, pp. 147-155. ISSN 1053-0487.
25.	European Commission. Proposal H2020-PHC-2014-single-stage: ESTER. ec.europa.eu [online]. BELGIQUE: © European Communities, 2014 [cit 2014-04-18]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/opportunities/h2020/calls/h2020-phc-2014-single-stage.html#tab2
26.	EWERT, T. et. al. Validation of International Classification of Functioning

	Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2010, vol. 32, no. 17 , pp. 1397-1405. ISSN 0963-8288.
27.	FAVA, L., MUEHLAN, H., BULLINGER, M. Linking DISABKIDS modules for health-related quality of life assessment with the International Classification of Functioning. Disability and Health. Elsevier: Amsterdam, 2009, vol. 31, no. 23, pp. 1943-1954. ISSN 0963-8288.
28.	FLORIANO K. - ústní sdělení (zaměstnanec Uniform Date System For Medical Rehabilitation, 270 Northpointe Parkway, Suite 300 Amherst, New York 14228) dne 7. února 2009.
29.	GERSTENBRAND, F. et al. The Prognosis of Severe, Compound, Frontal Head Injuries. Neurochirurgia. Thieme: Stuttgart, 1973, vol. 16, no. 6, pp. 204-211. ISSN 0028-3819.
30.	GEURTSSEN G. J. et al. Comprehensive rehabilitation programmes in the chronic phase after severe brain injury: a systematic review. Rehabilitation Medicine. Elsevier Science: Amsterdam, 2010, vol. 42, no. 2, pp. 97-110. ISSN 0003-9993.
31.	GRILL, E. et al. ICF Core sets development for the acute hospital and early post acute rehabilitation facilities. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2005, vol. 27, no. 7-8 , pp. 361-366. ISSN 0963-8288.
32.	HAGEDORN, R. Foundations for Practice in Occupational therapy. 2. vyd. New York: Churchill Livingstone, 2001. ISBN 978-04-430-6470-8.
33.	HOWARD, D., NIEUWENHUIJSEN, R., SALEEBY, P. Health promotion and education of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. Disability and Health. Elsevier: Amsterdam, 2008, vol. 30, no. 12-13, pp. 942-954. ISSN 0963-8288.
34.	ICF-CORE: Manual for clinical practice. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing, 2012. ISBN 978-088-9374-317.
35.	ICF-CY. ICF-CY Developmental Code Sets. icf-cydevelopmentalcodesets.com [online]. ©ICF-CY, 2013 [cit. 2013-07-12]. Dostupné z: http://www.icfcydevelopmentalcodesets.com/Home_Page.html
36.	ICF Research Branch. ICF Core Sets Projects. icf-research-branch.org [online]. Switzerland: ©ICF Research Branch, 2013 [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398
37.	ICF Research Branch. ICF Core Sets in clinical practice. icf-core-sets.org [online PDF]. Switzerland: ©ICF Research Branch, 2013 [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: http://www.icf-core-sets.org/en/index.php
38.	International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization, 1980, 205 s. ISBN 92-415-4126-1.
39.	ISO, ISO 9999:2007, Assistive Products for Persons with Disability - Classification and Terminology. ISO: Geneva, 2007, 98 pp. ISBN 978-0-580-60102-6.
40.	JETTE, A., NORWEG, A., HALEY, M. Achieving meaningful measurements of ICF concepts. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2008, vol. 30, Is. 12-13, pp. 963-969. ISSN 0963-8288.
41.	KAHOUN, V. a kol. Sociální zabezpečení Vybrané kapitoly. Praha: Triron,

	2009, 422 s. ISBN:978-80-7387-346-2.
42.	KALVACH, Z., kolektiv. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
43.	Kings College London. The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure) [online]. London: © Kings College London, 2014 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: http://www.csi.kcl.ac.uk/files/UK%20FIM+FAM%20V2.2%20FAM%20items%20only%2024.5.13%20.pdf
44.	KOSTAJNSEK, N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. [PDF online]. BMC Public Health, 2011 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104216/pdf/1471-2458-11-S4-S3.pdf
45.	KREUTZER, J.S., GERVASIO, A.H., CAMPLAIR, P.S. Primary caregivers' psychological status and family functioning after traumatic brain injury. Brain Injury. Informa Healthcare: London, 1994, vol. 8, no 3, pp. 197-210. ISSN 0269-9052.
46.	LAYTON, N. Barriers and Facilitators to Community Mobility for Assistive Technology Users [online]. Rehabilitation Research and Practice, 2012 [cit. 2013-09-18]. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1155/2012/454195
47.	LEONARDI, M., BICKENBACH, J., USTUN. T. B., KOSTANJSEK, N. The definition of disability: what is in a name? The Lancet. 2006, vol. 368, n. 9543, pp. 1219-1221. ISSN: 0140-6736.
48.	LEONARDI, M. MHADIE Project Results: ICF Functional Profiles in 12 Selected Health Conditions in Europe [online]. 2007 [cit. 2013-11-03]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/ppt/citygroup/meeting7/citygroup7_Session6_6_Leonardi.pdf
49.	LIPPERTOVÁ-GRUENEROVÁ, M. Neurorehabilitace. Praha: Galén, 2005, s. 350. ISBN 80-7262-317-6.
50.	LIPPERT-GRUNENEROVÁ, M., ŠVESTKOVÁ O., PFEIFFER J.. Včasná neurorehabilitace po těžkém traumatu mozku. Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie. Ambit Media: Praha, 2006, vol. 69/102, no. 4, s. 305-307. ISSN 1210-7859.
51.	LIPPERT-GRUENEROVÁ, M. Outcome of severe brain injury and polytrauma. European Journal of Neurology. Wiley & Sons: Oxford, 2011, vol. 18, no. 2, s. 441-441. ISSN 1468-1331.
52.	LUCIANO, J., AYUSO-MATEOS J, AGUADO J. Research article The 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II): a nonparametric item response analysis. BMC Medical Research Methodology. Springer: Germany, 2010, pp. 10-45. ISSN 1471-2288.
53.	MACH, J. Metodika Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví: K hodnocení bolestného a ztížení společenského uplatnění po zrušení vyhlášky č. 440/2001 Sb. Tempus Medicorum: Časopis české lékařské komory. Česká lékařská komora: Olomouc, 2014, roč. 23, č. 6, s. 40-41. ISSN: 1214-7524.
54.	MAINI, M. et. al. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2008, vol. 30, Is. 15, pp. 1146-1152. ISSN 0963-8288.

55.	MARTINUZZI, A. et. al. Disseminating the WHO International Classification of functioning, health and disability in the Veneto region in Italy. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2008, vol. 30, no. 1, pp. 71-80. ISSN 0963-8288.
56.	MARŠÁLEK, P. et al. Doporučení k organizaci systému zdravotně - sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku. 1. vyd. Praha: Cerebrum, 2011, s. 77. ISBN 978-80-904357-5-9.
57.	MC ARDLE, R. et. al. The WHO-DAS II: measuring outcomes of hearing aid intervention for adults. Trends in Amplification. SAGE: London, 2005, vol. 9, pp. 127-43. ISSN 1084-7138.
58.	MC INTYRE, A., TEMPEST, S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific coreset of the International Classification of functioning. Disability and Health. Elsevier: Amsterdam, 2007, vol. 29, no. 18, pp. 1475-1479. ISSN 0963-8288.
59.	MKF. MKF Checklist - Klinický formulář. mkf-cz.cz [online]. ©MKF 2011 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www.mkf-cz.cz/node/24
60.	MKF. Použití v praxi. mkf-cz.cz [online]. ©MKF 2011 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www.mkf-cz.cz/node/4
61.	MOJŽÍŠOVÁ. Teorie a metody sociální práce. [online]. 2013 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: http://charita.xf.cz/tfjcu/skripta_TAMSP.pdf
62.	MORGELL, R., BACKLUND, L.G., ARRELÖV, B., STRENDER, L.E., NILSSON, G.H. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. [PDF online]. BMC Public Health, 2011 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-860.pdf
63.	MOZZONI, M.P., BILEY, J.S. Improving training methods in brain injury rehabilitation. Journal of Head Trauma Rehabilitation. Williams&Wilkins: Philadelphia, 1996, vol. 11, no. 1, pp. 1-17. ISSN 0885-9701.
64.	MPSV. Sociální reforma. Mpsv.cz [online]. Česká republika: ©MPSV ČR, 2013 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23#1.3
65.	MURRAY M., et.al. Plasticity in representation of environmental sounds revealed by electrical neuroimaging. NeuroImage. Elsevier: Amsterdam, 2008, vol. 39, no. 2, pp. 847-856. ISSN 1053-8119.
66.	National health laboratory service. Traumatic Brain Injury (head Injuries)-World Head Injury Awareness. nioh.ac.za [online]. Johannesburg: ©NHLS, 2014 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: http://www.nioh.ac.za/?page=topical&id=13&rid=214
67.	New Zealand Guidelines Group for ACC. Traumatic brain injury diagnosis, acute management and rehabilitation. July 2006 ed. Wellington, N.Z: New Zealand Guidelines Group, 2006. ISBN 04-782-7934-5.
68.	NYGARD, N., GRAHN, U., RUDENHAMMER, A., et al. Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Nordic College of Caring Science: Vasa, 2004, vol. 18, no. 2, pp. 193-203. ISSN 1471-6712.
69.	PEDEN, M., SCURFIELD, R., SLEET, D., MOHAN, D., et al. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization: Geneva, 2004, 203 pp. ISBN 92-4-156260-9.
70.	PEREBORN, R., CHORUS, A. Measuring participation according to the International Classification of functioning. Disability and

	Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2003, vol. 25, no. 11-12, pp. 577-587. ISSN 0963-8288.
71.	PETERSON, D. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): an introduction for rehabilitation psychologists. Rehabilitation Psychology. American APA Division 22: Washington DC, 2005, vol. 50, no. 2, pp. 105-112. ISSN 0090-5550.
72.	Pfeiffer J, Švestková O. Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví. Grada Publishing, 2008, 1. vydání. Praha: Grada MKF, překlad z originálu International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, World Health Organization, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
73.	PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. Jak pracovat s MKF (Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví). Rehabilitace a fyzikální lékařství. ČLS JEP: Praha, 2009, roč. 16, č. 2, str. 47-52. ISSN 1211-2658.
74.	ROD, A. Likertovo škálování. Eletronic Journal for Philosophy. VŠE: Praha, 2012, č. 13, ISSN 1211-0442.
75.	ROUBAL, T. et al. Případová studie společenských nákladů spojených s následky poranění mozku. 1. vydání. Praha: Cerebrum, 2011, 68 s. ISBN 978-80-904357-6-6.
76.	Sdělení ČSÚ č. 430/2008 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). In: Sběrka zákonů České republiky. 3. 12. 2008, částka 139. ISSN 1211-1244.
77.	SEGAL, M. E., SCHALL, R. R. Determining functional/health status and its relation to disability in stroke survivors. Stroke. American Heart Association: Dallas, 1994, vol. 25, no. 12, pp. 2391-2397. ISSN 0039-2499.
78.	SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L. Základní pojmy praktického a posudkového lékařství. Praha: Univerzita Karlova Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-2082-4.
79.	SCHUTERMANN, M. F. The international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)- results and problems. International Journal of Rehabilitation Research. Williams&Wilkins: New York, 1996, vol. 19, pp. 1-11. ISSN 0342-5282.
80.	SCHUNTERMANN, M. F. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Kurzeinführung. 2007 [PDF online]. Německo:© 2012, 2013 Wir sichern Generationen – Die Deutsche Rentenversicherung [cit. 2013-2-14]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/en/ . Dostupné z: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35814/publicationFile/17936/icf_kurzeinfuehrung.pdf
81.	STAMM, T. et. al. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. Australian Occupational Therapy Journal. Blackwell Publishing: Asia, 2006, roč. 53, č. 1, pp. 9-17. ISSN 0045-0766.
82.	STEINER, W. A., RYSER, L., HUBER, E., UEBELHART, D., AESCHLIMANN, A., STUCKI, G. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. Physical Therapy. American Physical Therapy Association: Alexandria,

	2002, vol. 82, no. 11, pp. 1098-1107. ISSN 0031-9023.
83.	STEINERT, Y. Learning together to teach together: Interprofessional education and faculty development. Journal of Interprofessional Care. Informa Healthcare: London, 2005, vol. 19, no. 1, pp. 60-75. ISSN: 1356-1820.
84.	STRAND, T., ASPLUND, K., ERIKSSON, S., et al. A non-intensive stroke unit reduces functional disability and the need for long-term hospitalization. STROKE. American Heart Association: Dallas, 1985, vol. 16, no. 1, pp. 29-34. ISSN 0039-2499.
85.	STUCKI, G. et al. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practise. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2002, vol. 24, no. 5, pp. 281-282. ISSN: 0963-8288.
86.	STUCKI, G., EWERT, T., CIEZA, A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2002, vol. 24, no. 17, pp. 932-938. ISSN 0963-8288.
87.	STUCKI, G., SIGL, T. Assessment of the impact of disease on the individual. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. Elsevier: Amsterdam, 2003, vol. 17, iss. 3, pp. 451-473. ISSN 1521-6942.
88.	ŠVESTKOVÁ O., et al. Functioning and disability in traumatic brain injury. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London. 2010, vol. 32, pp. 68-77. ISSN 0963-8288.
89.	ŠEBESTOVÁ, H. Neparametrické metody [online]. jcu-ovz: © FTVS 2012 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: jcu-ovz.webz.cz/6_neparametricke/6a_neparametricke_metody.doc
90.	ŠVESTKOVÁ, O. Základní informace a praktické využití Mezinárodní klasifikace následků onemocnění a úrazů WHO. Praktický lékař. Praha: ČLS JEP, 2002, roč. 82, č. 2, str. 90-92. ISSN 0032-6739.
91.	ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace starších osob. [přednáška]. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 23. 4 2014.
92.	ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., SLÁDKOVÁ, P. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) - kvantitativní měření kapacity a výkonu. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. AmbitMdia: Praha, 2009, roč. 72/105, č. 6, s. 580-586. ISSN: 1210-7859.
93.	ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci. Praktický lékař. ČLS JEP: Praha, 2009, roč. 89, č. 5, pp. 268-271. ISSN 0032-6739.
94.	ŠVESTKOVÁ, O. Funkční diagnostika patofyziologických projevů u osob po traumatickém poranění mozku, jejich objektivizace a subjektivní hodnocení (s použitím Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO). Praha, 2007. Habilitační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta.
95.	ŠVESTKOVÁ, O. Praktická aplikace ICF u pacientů po traumatickém poranění mozku. XV. Sjezd Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny: Luhačovice, Česká republika, 16. červen 2008: sborník abstrakt. 47 s. ISBN 978-254-1238-1.
96.	ŠVESTKOVÁ, O. Neurorehabilitace. přednáška: Ústřední vojenská nemocnice v Praze, Česká republika 2013.
97.	Švestková O., Pfeiffer J., Dostál J., Petermann F. Obecný výkladový

	slovník systému pracovní rehabilitace CZ-EN-DE-FR. Praha: Evropským sociálním fondem EU a státním rozpočtem České republiky, 2008
98.	ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., BRTNICKÁ, P. Practical using of ICF of patients after TB. International Journal of Rehabilitation Research. Lippincott Williams& Wilkins: Philadelphia, USA. 2007, vol. 30, no. 1, pp. 33-34. ISSN 0342-5282.
99.	ŠVESTKOVÁ, O.: Organizace neurorehabilitace pro nemocné po cévním onemocnění mozku. In Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Supplementum. 58. Společný sjezd české a slovenské společnosti pro klinickou neurofyzilogii. Brno: Ambit Media, a.s. 2011, 11 s.
100.	ŠVESTKOVÁ, O. SVĚCENÁ, K., Kalvach, Z a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 202-2012. ISBN 978-80-247-4026-3.
101.	ŠVESTKOVÁ, O. Praktická aplikace ICF u pacientů po traumatickém poranění mozku. XV. Sjezd Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny: Luhačovice, Česká republika, 16. červen 2008: sborník abstrakt. 47 s. ISBN 978-254-1238-1.
102.	Švestková O., Pfeiffer J., Angerová Y., Sládková P. Organizace rehabilitace při použití MKF (mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO) a stanovení stupně funkčního postižení (disability) podle kvalifikátorů MKF. Rehabilitace a fyzikální lékařství. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně: Praha, 2010, roč. 17, č. 2, s. 43-50. ISSN 1211-2658.
103.	TAGLIAFERRI, F. et al. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochirurgica: The European Journal of Neurosurgery. Springer: Germany, 2006, vol. 148, Iss. 3, pp. 256-268. ISSN: 0001-6268.
104.	TAVERNESE, E., et al. Segmental muscle vibration improves reaching movement in patients with chronic stroke. A randomized controlled trial. NeuroRehabilitation. Elsevier: Philadelphia, 2013, vol. 32, no. 3, pp. 591-599. ISSN 1053-8135.
105.	TEMPEST, S., MC INTYRE, A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor&Francis: London, 2006, vol. 28, no. 10, pp. 663-667. ISSN 0963-8288.
106.	Turner-Stokes, L. BSRM. The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure) Developed by the UK FIM+FAM Version 2.1. Regional Rehabilitation. Harrow: 1994, pp. 3–7. London: © BSRM, 2011 [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: http://www.bsrn.co.uk/Research/LeamingtonSpa2010Docs/V2-1%20FIMFAM%20Overview%20sendout.pdf
107.	UDSMR Uniform Date System For Medica Rehabilitation. The Fim System Clinical Guide. Version 5.2. New York: Uniform Date System for Medical Rehabilitation 2009. 183 s.
108.	Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a opční protokol – Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011, 73 s. ISBN 978-807-4210-372.
109.	ÚZIS.Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – instrukční příručka. Praha: Czech Edition ÚZIS ČR, 2009. 2.vyd. ISBN 978-80-728-846-5.

110.	ÚZIS. Zdravotnická ročenka České republiky. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, s. 268. ISBN 1210-9991.
111.	Věstník MZ ČR. Česká republika. Čl. 1 ze dne 12. března 2010, Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v ČR. In: Věstník MZ ČR, 2010, částka 2.
112.	Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). In: Sbírka zákonů České republiky. 9. 10. 2009. ISSN 1211-1244.
113.	Vyhláška č. 359/2011 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). In: Sbírka zákonů České republiky. 9. 10. 2009. ISSN 1211-1244.
114.	Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 30. 11. 2011. ISSN 1211-1244.
115.	Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: Sbírka zákonů České republiky. 29. 11. 2011. ISSN 1211-1244.
116.	Vyhláška č. 284/ 1995, Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. In: Sbírka zákonů České republiky. 17. 11. 2009. ISSN 1211-1244.
117.	Vyhláška č. 409/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění vyhlášky č. 356/2012 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. 30. 11. 2012. ISSN 1211-1244.
118.	Vyhláška č. 356/2012 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: Sbírka zákonů České republiky. 29. 10. 2012. ISSN 1211-1244.
119.	Vyhláška č. 440/2001 Sb., Vyhláška o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění. In: Sbírka zákonů České republiky. 29. 10. 2012. ISSN 1211-1244.
120.	VZP. Metodika k číselníku VZP. ZP [online]. Praha © VZP, 2013 [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf
121.	VZP. Úhradový katalog [online]. 2014 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/pzt-965-41-92.pdf
122.	WFOT. Definition of Occupational Therapy. wfot.org [online]. Australia: ©WFOT, 2011 [cit. 2013-01-18]. Dostupné z: http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx
123.	WHO. ICF Application Areas. Who.int [online]. Ženeva: © WHO, 2013 [cit. 2013-06-03]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/icf/appareas/en/
124.	WHO. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0: The new WHODAS 2.0 [online]. Geneva: ©WHO, 2014 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/
125.	WHO. ICDH.[online]. ©WHO [cit. 2013-05-06]. Dostupné

	z: http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478
126.	WHO. International Classification of functioning, disability and Health. WHO: Geneva, 2001, 297 pp. ISBN: ISBN 924- 154-542- 9.
127.	WHO. ICIDH 2: International Classification of Impairments, Activities and Participation : A Manual of Dimensions and Functioning . Beta-1 draft for field trials. World Health Organisation: Geneva, 1999. 218 s. WHO/HSC/ACE/99.1.
128.	WHO. ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health [formát PDF]. Ženeva: © 85. WHO, September 2003 [cit. 2013-06-03]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf
129.	WHO. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
130.	WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF [online]. Ženeva: ©WHO, 2013, [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf .
131.	WHO. The WHO Family of International Classifications [online]. Ženeva: ©WHO, 2013, [cit. 2013-06-03]. Dostupné z: http://www.who.int/classifications/en/
132.	WILSON, L. Do occupational therapy pre-discharge home visits affect the longer term outcomes of the discharge process? International Journal of Therapy and Rehabilitation. Mark Allen Group: London, 2012, vol. 19, no. 6, pp. 335-343. ISSN 1741-1645.
133.	Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 13. 10. 2011. ISSN 1211-1244.
134.	Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1. 1. 2010. ISSN 1211-1244.
135.	Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: Sbíрка zákonů České republiky. 17. 6. 2009. ISSN 1211-1244.
136.	Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky. 12. 4. 2013, částka 45. ISSN 1211-1244.
137.	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 14. 3. 2006. ISSN 1211-1244.
138.	ZASLER, N., KATZ, D., ZAFONTE, R.D. Brain injury medicine: principles and practice. New York: Demos, 2007, 1275 pp. ISBN 978-188-8799-934.
139.	Zdravotnické noviny. Odškodňování újmy na zdraví ne skrze diagnózu, ale skrze reálný život. Zdravotnické noviny. Ambit Media: Česká republika, 2014, roč. 63, č. 9, s. 1-5. ISSN 0044-1996.
140.	ZEMAN, M. Uživatelská příručka. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Návod k použití. ICF [formát PDF]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2010 [cit. 2012-03-12], 6 s. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/Members/zemanm03/Publikace/icf-uzivatelska-prirucka-verze-pro-tisk
141.	ZEMAN, M. Klasifikace pacientů s Bechtěrevovou chorobou dle ICF. České Budějovice, 2010. Disertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Prof. MUDr. Miloš Velemínský,

	CSc., Dr.h.c.
142.	ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ L., ČEVELA R. Základy posuzování invalidity. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 357 s. ISBN 978-802-4735-351.

6 Klíčová slova

Klíčová slova:

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Zvláštní pomůcky

Aktivita

Participace

Faktory prostředí

Kvalita života

Facilitátory

Bariéry

Funkční stav

Keywords:

International Classification of Functioning, Disability and Health

Special aids

Activities

Participation

Environmental factors

Quality of life

Facilitators

Barriers

Functional status

7 Seznam zkratk

AIHW -	Australian Institute of Health Welfare
ADL -	Activity Daily Living, běžné denní aktivity
ARO -	Anesteziologicko - resuscitační oddělení
BSRM -	British Society of Rehabilitation Medicine
CDC -	Centers for Disease Control and Prevention
CMP -	Cévní mozkové příhody
ČR -	Česká republika
ČSÚ -	Český statistický úřad
EFNS -	European Federation of Neurological Societies
EU -	Evropská Unie
FIC -	Family of International Classifications
FIM+FAM -	Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure
FIM+FAM 1 -	Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure v čase 1 (v době nástupu do denního stacionáře)
FIM+FAM 2 -	Functional Independent Measure and Functional Assessment Measure v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu v denním stacionáři)
HIV -	Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
HK -	Horní končetiny
ICD -	Implantabilní kardioverter-defibrilátor
ICF -	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY -	International Classification of functioning, disability and health - Children and Youth version
ICIDH -	International Classification of Impairments, disabilities and Handicaps
JIP -	Jednotka intenzivní péče
K1 -	Kapacita v čase 1 (v době nástupu do denního stacionáře)
K2 -	Kapacita v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu v denním stacionáři)
MHADIE -	Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development
MKF -	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN -	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV -	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT -	Ministerstvo školství, mládeže i tělovýchovy

MZ ČR -	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NATO -	North Atlantic Treaty Organisation
OECD -	The Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN -	Organizace spojených národů
OZZ -	Osoba zdravotně znevýhodněná
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
TBI -	Traumatic Brain Injury, traumatické poranění mozku
ÚZIS -	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
V1 -	Výkon v čase 1 (v době nástupu do denního stacionáře)
V2 -	Výkon v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu v denním stacionáři)
VZP -	Všeobecná zdravotní pojišťovna
W1 -	Dotazník kvality života WHODAS II v čase 1 (v době nástupu do denního stacionáře)
W2 -	Dotazník kvality života WHODAS II v čase 2 (1 rok po ukončení pobytu v denním stacionáři)
WFOT -	World Federation of Occupational Therapists
WHA -	World Health Assembly
WHO -	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace
WHODAS II -	The World Health Organization's Disability Assessment Scale
ZTP -	Osoby zvlášť těžce postižené
ZTP/P -	Osoby zvlášť těžce postižené s průvodcem

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Statistiky poškození mozku (Švestková, 2013)

Tabulka č. 2 - Rozdělení podle etiologie onemocnění probandů

Tabulka č. 3 - Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4 - Rodinný stav respondentů

Tabulka č. 5 - Typ bydlení, ve kterém respondenti bydleli

Tabulka č. 6 - Podlaží, ve kterém respondenti bydleli

Tabulka č. 7 - Počet členů v domácnosti

Tabulka č. 8 - Porovnávání výkonu (V1) a kapacity (K1) u vybraných domén u jednotlivých klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři

Tabulka č. 9 - Porovnání kapacity (K1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich kapacity (K2) v čase 2, tedy jeden rok poté

Tabulka č. 10 - Porovnání kapacity (K2) a výkonu (V2) u vybraných domén klientů v čase 2, tedy jeden rok od ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

Tabulka č. 11 - Porovnání výkonu (V1) u vybraných domén u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním rehabilitačním stacionáři a u jejich výkonu (V2) v čase 2, tedy jeden rok poté

Tabulka č. 12 - Porovnání facilitátorů a bariér v čase 1, tedy době pobytu klientů v denním stacionáři a facilitátorů a bariér v čase 2, tedy po 1 roce od jejich pobytu v denním stacionáři

Tabulka č. 13 - Porovnání výsledků testu Funkční míry nezávislosti a Funkční míry hodnocení (Functional Independent Measure a Functional Assessment Measure - F1) u klientů v čase 1, tedy v době jejich pobytu v denním stacionáři a tohoto hodnocení (F2) v čase 2, tedy po 1 roce o ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

Tabulka č. 14 - Porovnání dotazníku kvality života WHODAS II (W1) v čase 1, tedy v době pobytu klientů v denním stacionáři a tohoto dotazníku (W2) v čase 2. tedy 1 rok po ukončení jejich pobytu v denním stacionáři

9 Seznam grafů

Graf č. 1 - Prevalence disability (Leonardi, 2007)

Graf č. 2 - Procentuální zastoupení občanů s disabilitou (Švestková, 2013)

Graf č. 3 - Likertova škála (Švestková, 2013)

Graf č. 4 - Stupně kvalifikátorů

Graf č. 5 - Pohlaví probandů

Graf č. 6 - Příčiny poruch funkčního zdraví

Graf č. 7 - Geografické rozmístění respondentů

Graf č. 8 - Vzdělání respondentů

Graf č. 9 - Rodinný stav respondentů v zastoupení žen a mužů

Graf č. 10 - Časové zobrazení provedených vyšetření a testů

Graf č. 11 - V1 versus K1 u domény Řešení problémů d175, $p = 0,05$

Graf č. 12 - V1 versus K1 u domény Přemísťování d 420, $p = 0,05$

Graf č. 13 - V1 versus K1 u domény Měnění základní pozice těla d 410, $p = 0,01$

Graf č. 14 - V1 versus K1 u domény Pohyb za použití různých zařízení d 465, $p = 0,05$

Graf č. 15 - V1 versus K1 u domény Použití WC d 530, $p = 0,01$

Graf č. 16 - V1 versus K1 u domény Jídlo d 550, $p = 0,01$

Graf č. 17 - V1 versus K1 u domény Pití d 560, $p = 0,01$

Graf č. 18 - V1 versus K1 u domény Příprava jídla d 630, $p = 0,01$

Graf č. 19 - V1 versus K1 u domény Vykonávání domácích prací d 640, $p = 0,01$

Graf č. 20 - V1 versus K1 u domény Základní ekonomické operace d 860, $p = 0,01$

Graf č. 21 - V1 versus K1 u domény Ekonomická soběstačnost d 870, $p = 0,01$

Graf č. 22 - V1 versus K1 u domény Chůze d 450, $p = 0,001$

Graf č. 23 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách - interiér d 4600, $p = 0,001$

Graf č. 24 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách - exteriér d 4602, $p = 0,001$

Graf č. 25 - V1 versus K1 u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný – po schodech d 4608, $p = 0,001$

Graf č. 26 - V1 versus K1 u domény Používání dopravy d 470, $p = 0,001$

Graf č. 27 - V1 versus K1 u domény Sám se umýt d 510, $p = 0,001$

Graf č. 28 - V1 versus K1 u domény Péče o části těla d 520, $p = 0,001$

Graf č. 29 - V1 versus K1 u domény Oblékání d 540, $p = 0,001$

- Graf č. 30 - V1 versus K1 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,001$
- Graf č. 31 - K1 versus K2 u domény Řešení problémů d 175, $p = 0,05$
- Graf č. 32 - K1 versus K2 u domény Chůze d 450, $p = 0$
- Graf č. 33 - K1 versus K2 u domény Péče o části těla d 520 $p = 0,05$
- Graf č. 34 - K1 versus K2 u domény Použití WC d 530, $p = 0,05$
- Graf č. 35 - K1 versus K2 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,01$
- Graf č. 36 - V2 versus K2 u domény Řešení problémů d 175, $p = 0,05$
- Graf č. 37 - V2 versus K2 u domény Přemístování d 420, $p = 0,05$
- Graf č. 38 - V2 versus K2 u domény Rekreační a volný čas d 920, $p = 0,05$
- Graf č. 39 - V2 versus K2 u domény Měnění základní pozice těla d 410, $p = 0,01$
- Graf č. 40 - V2 versus K2 u domény Pohyb za použití různých zařízení d 465, $p = 0,01$
- Graf č. 41 - V2 versus K2 u domény Pití d 560, $p = 0,001$
- Graf č. 42 - V2 versus K2 u domény Příprava jídla d 630, $p = 0,01$
- Graf č. 43 - V2 versus K2 u domény Vykonávání domácích prací d 640, $p = 0,01$
- Graf č. 44 - V2 versus K2 u domény Základní ekonomické operace d 860, $p = 0,01$
- Graf č. 45 - V2 versus K2 u domény Ekonomická soběstačnost d 870, $p = 0,01$
- Graf č. 46 - V2 versus K2 u domény Chůze d 450, $p = 0,001$
- Graf č. 47 - V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér d 4600, $p = 0,001$
- Graf č. 48 - V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér d 4602, $p = 0,001$
- Graf č. 49 - V2 versus K2 u domény Pohyb po různých lokalitách jiný – po schodech d 4608, $p = 0,001$
- Graf č. 50 - V2 versus K2 u domény Používání dopravy d 470, $p = 0,001$
- Graf č. 51 - V2 versus K2 u domény Sám se umýt d 510 $p = 0,001$
- Graf č. 52 - V2 versus K2 u domény Péče o části těla d 520, $p = 0,001$
- Graf č. 53 - V2 versus K2 u domény Použití WC d 530, $p = 0,001$
- Graf č. 54 - V2 versus K2 u domény Oblékání d 540, $p = 0,001$
- Graf č. 55 - V2 versus K2 u domény Jídlo d 550, $p = 0,001$
- Graf č. 56 - V2 versus K2 u domény Získání nezbytných věcí d 620, $p = 0,001$
- Graf č. 57 - V1 versus V2 u domény Chůze d 450, $p = 0,05$
- Graf č. 58 - V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách – interiér d 4600, $p = 0,05$
- Graf č. 59 - V1 versus V2 u domény Péče o části těla d 520, $p = 0,05$
- Graf č. 60 - V1 versus V2 u domény Použití WC d 530, $p = 0,05$

Graf č. 61 - V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách – exteriér d 4602, $p = 0,01$

Graf č. 62 - V1 versus V2 u domény Pohyb po různých lokalitách, jiný - po schodech d 4608, $p = 0,01$

Graf č. 63- V1 versus V2 u domény Sám se umýt d 510, $p = 0,01$

Graf č. 64 - V1 versus V2 u domény Rekreaace a volný čas d920, $p = 0,01$

Graf č. 65 - F1 versus F2 u položky Osobní hygiena, $p = 0,05$

Graf č. 66 - F1 versus F2 u položky Oblékání horní poloviny těla, $p = 0,05$

Graf č. 67 - F1 versus F2 u položky Přesun do a z automobilu, $p = 0,05$

Graf č. 68 - F1 versus F2 u položky Chůze – jízda na vozíku, $p = 0,05$

Graf č. 69 - F1 versus F2 u položky Emoční stav, $p = 0,05$

Graf č. 70 - F1 versus F2 u položky Příprava jídla, $p = 0,05$

Graf č. 71 - F1 versus F2 u položky Oblékání dolní poloviny těla, $p = 0,01$

Graf č. 72 - F1 versus F2 u položky Přesuny postel, židle, vozík, $p = 0,01$

Graf č. 73 - F1 versus F2 u položky Přesuny na toaletu, $p = 0,01$

Graf č. 74 - F1 versus F2 u položky Pohyb po schodech, $p = 0,01$

Graf č. 75 - F1 versus F2 u položky Pohyb v obci (auto, taxi, MHD), $p = 0,01$

Graf č. 76 - F1 versus F2 u položky Nakupování, $p = 0,01$

Graf č. 77 - F1 versus F2 u položky Koupání, $p = 0,001$

Graf č. 78 - F1 versus F2 u položky Použití WC, $p = 0,001$

Graf č. 79 - F1 versus F2 u položky Vana, sprchový kout, $p = 0,001$

Graf č. 80 - F1 versus F2 u položky Aktivity volného času, $p = 0,001$

Graf č. 81 - W1 versus W2 u položky Dlouhodobá chůze, $p = 0,05$

Graf č. 82 - W1 versus W2 u položky Hygiena celého těla, $p = 0,05$

Graf č. 83 - W1 versus W2 u položky Kvalita provedení domácích prací, $p = 0,05$

Graf č. 84 - W1 versus W2 u položky Dodělání potřebných úkolů, $p = 0,05$

Graf č. 85 - W1 versus W2 u položky Pracovní zařazení, $p = 0,05$

Graf č. 86 - W1 versus W2 u položky Časová ztráta vzhledem k nemoci, $p = 0,05$

Graf č. 87 - W1 versus W2 u položky Stoj dlouhodobý, $p = 0,01$

Graf č. 88 - W1 versus W2 u položky Pohyb po bytě, $p = 0,01$

Graf č. 89 - W1 versus W2 u položky Pohyb v exteriéru, $p = 0,01$

Graf č. 90 - W1 versus W2 u položky Samostatnost, $p = 0,01$

Graf č. 91 - W1 versus W2 u položky Získání nových přátel, $p = 0,01$

Graf č. 92 - W1 versus W2 u položky Povinnosti v domácnosti, $p = 0,01$

Graf č. 93 - W1 versus W2 u položky Rychlost provedení, $p = 0,01$

Graf č. 94 - W1 versus W2 u položky Ztráta výdělků, $p = 0,01$

- Graf č. 95 - W1 versus W2 u položky Respekt okolí, $p = 0,01$
- Graf č. 96 - W1 versus W2 u položky Volnočasové aktivity, $p = 0,01$
- Graf č. 97 - W1 versus W2 u položky Vstávání ze sedu, $p = 0,001$
- Graf č. 98 - W1 versus W2 u položky Společenské aktivity, $p = 0,001$
- Graf č. 99 - W1 versus W2 u položky Okolní bariéry, $p = 0,001$
- Graf č. 100 - W1 versus W2 u položky Psychika vzhledem k nemoci, $p = 0,001$
- Graf č. 101 - W1 versus W2 u položky Finanční situace, $p = 0,001$

10 Seznam obrázků

Obrázek č. 1 - Síť iktových center v ČR, 2013 (Švestková, 2013)

Obrázek č. 2 – Klient s těžkou disabilitou, včasná individuální dlouhodobá interprofesní rehabilitace (Švestková, 2013)

Obrázek č. 3 - Závěrečná zpráva lékaře v rehabilitaci (Švestková, 2014)

Obrázek č. 4 - Fáze koordinované rehabilitace - Terapie + rehabilitace (Švestková 2013)

Obrázek č. 5 - Fáze koordinované rehabilitace (Švestková, 2013)

Obrázek č. 6 - Znárodnění rehabilitačního cyklu (Švestková, 2007)

Obrázek č. 7 - MKF Bio-psycho-sociální model (WHO, 2008)

Obrázek č. 8 - ICF klinický formulář používaný na klinice Grosshadern

Obrázek č. 9 - Ovlivnění inkluze klienta do společnosti a součinnost všech uvedených složek (Švestková, 2014)

11 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Diplom o absolvovaném kurzu: „Praktické používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“ (v českém a anglickém jazyce)

Příloha č. 2: Sdělení ČSÚ o povinnosti používat MKF

Příloha č. 3: ICF Check list

Příloha č. 4: Ukázka programu denního rehabilitačního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Příloha č. 5: Obrazová galerie z průběhu denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Příloha č. 6: Obrazová galerie z průběhu rekondičního pobytu, který je organizován v rámci denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pro jeho pacienty/klienty

Příloha č. 7: Formulář používaný pro účely disertační práce, zaměřený na domény aktivit, participací a faktorů prostředí

Příloha č. 8: Formulář používaný pro účely disertační práce, vytvořený pro hodnocení domácího prostředí

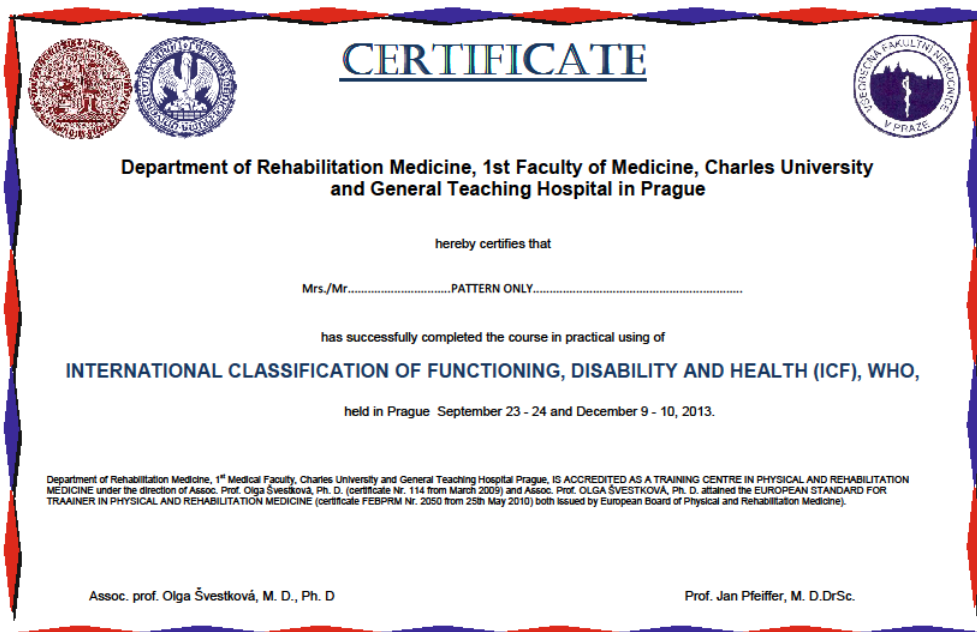
Příloha č. 9: Obrazová galerie facilitátorů a bariér některých pacientů/klientů participujících na studii

Příloha 1

Diplom o absolvovaném kurzu: „Praktické používání

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“

(v českém a anglickém jazyce)



Příloha 2

Sdělení ČSÚ o povinnosti používat MKF

431/2009 Sb. SDĚLENÍ

Českého statistického úřadu
ze dne 18. listopadu 2009

o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen "klasifikace MKF").

Klasifikace MKF (v anglickém originále International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni.

Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepřiznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.

Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována.

Platné znění klasifikace MKF bude k dispozici v knižní podobě v nakladatelství Grada Publishing, a. s., U Příbory 22, Praha 7 a v elektronické podobě na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví (www.mzcr.cz) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (www.uzis.cz).

1. místopředseda Českého statistického úřadu
pověřen zastupováním předsedy Českého statistického úřadu:
Ing. Křovák, CSc. v. r.

Zdroj ze dne 20.10.2013: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-1982_3.html

Příloha č. 3:
ICF Check list

ICF CHECKLIST

Verze 2.1a, Klinický formulář

Pro mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví

Tento formulář je checklist velkých kategorií Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) Světové zdravotnické organizace. ICF checklist je praktický nástroj k získání a zaznamenání informací o funkčních schopnostech a disability jednotlivce. Tyto informace mohou být sumarizovány pro zaznamenání případu (např. v klinické praxi nebo sociální práci). Checklist může být použit zároveň s knižním vydáním ICF v plné nebo kapsní verzi.

H 1. Při kompletování tohoto checklistu užívejte všechny dostupné informace. Prosím zaznamenejte, které byly užity.

[1] psané záznamy [2] primární respondent [3] jiní informátoři [4] přímé pozorování

Pokud nejsou lékařské a diagnostické informace dostupné, je doporučeno zkompletovat appendix 1: stručná informace o zdraví (strana 9 - 10) který může vyplnit respondent.

Datum ___/___/___
Den Měsíc Rok

A. DEMOGRAFICKÉ INFORMACE

A.1 JMÉNO (nepovinné) Jméno _____

Příjmení _____

A.2 POHLAVÍ (1) [] žena (2) [] muž

A.3 DATUM NAROZENÍ __/__/__ (datum/měsíc/rok)

A.4 ADRESA (nepovinné)

A.5 DÉLKA FORMÁLNÍHO VZDĚLÁNÍ __

A.6 SOUČASNÝ RODINNÝ STAV: (označte pouze jedno, které nejvíce odpovídá)

(1) Nikdy nesezdán [] (4) Rozvedený/á []

(2) V současnosti vdaná/ženatý [] (5) Ovdovělý/á []

(3) Žijící v soužití []

A.7 SOUČASNÉ ZAMĚŠTNÁNÍ (označte jednu nejlepší volbu)

(1) Placené zaměstnání [] (6) V důchodu []

(2) OSVČ [] (7) Nezaměstnaný (zdravotní důvody) []

(3) Neplacená práce, jako volontér, charita [] (8) Nezaměstnaný (jiné důvody) []

(4) Student [] (9) Jiné []

(5) V domácnosti [] (prosím upřesněte) _____

A.8 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA existujících hlavních podmínek zdraví, pokud je možno, zadejte ICD-10 kód

1. ICD kód: _____

2. ICD kód: _____

3. ICD kód: _____

5. A Podmínka zdraví (nemoc, porucha, úraz) existuje, přestože její diagnóza není známa.

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

PART 1a: IMPAIRMENT TĚLESNÝCH FUNKCÍ

- **Tělesné funkce** jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických).
- **Poruchy (impairment)** jsou problémy v tělesných funkcích, jako je významná odchylka nebo ztráta.

<p>První kvalifikátor: Rozsah impairmentů</p> <p>0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém</p> <p>1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.</p> <p>2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.</p> <p>3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.</p> <p>4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.</p> <p>8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.</p> <p>9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku pre-menarche nebo post-menopause).</p>

Krátký seznam tělesných funkcí	Kvalifikátor
b1. MENTÁLNÍ FUNKCE	
b110 Funkce vědomí	
b114 Orientační funkce (čas, místo, osoba)	
b117 Intelektuální funkce (včetně retardace, demence)	
b130 Funkce energie a řízení	
b134 Funkce spánku	
b140 Funkce pozornosti	
b144 Funkce paměti	
b152 Funkce emocionální	
b156 Funkce vnímání	
b164 Kognitivní funkce vyšších úrovní	
b167 Mentální funkce jazyka	
b2. SMYSLOVÉ FUNKCE A BOLEST	
b210 Funkce zraku –vypadky zorného pole, stp. OS orbity, stp. kontasi n. opticus	
b230 Funkce sluchu	
b235 Vestibulární funkce (včetně rovnovážných funkcí)-tinibace	
b280 Vnímání bolesti	
b3. FUNKCE HLASU A ŘEČI	
b310 Funkce hlasu	
b4. FUNKCE KARDIOVASKULÁRNÍHO, HEMATOLOGICKEHO, IMUNITNÍHO A RESPIRAČNÍHO SYSTÉMU	
b410 Funkce srdce	
b420 Funkce krevní tlaku	
b430 Funkce hematologického systému (krev)	
b435 Funkce imunitního systému (alergie, hypersenzitivita)	
b440 Funkce dýchání	
b5. FUNKCE ZAŽIVACÍHO, METABOLICKÉHO A ENDOKRINNÍHO SYSTÉMU	
b515 Zaživací funkce	
b525 Funkce defekace	
b530 Funkce udržování hmotnosti	
b555 Funkce endokrinních žláz	
b6. UROGENITÁLNÍ A REPRODUKČNÍ FUNKCE	

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

b620 Funkce močení	
b640 Sexuální funkce	
b7. FUNKCE NEUROMUSKULOSKELETALNÍ A FUNKCE VZTAHUJÍCÍ SE K POHYBU	
b710 Funkce kloubní hybnosti - kontraktura vaziva, OS bérce, fr. P klavikuly	
b730 Funkce svalové síly	
b735 Funkce svalového tonu – opakované obstríky BTX	
b765 Funkce mimovolní hybnosti	
b8. FUNKCE KŮŽE A PRIDRUŽENÝCH STRUKTUR	
JINÉ TĚLESNÉ FUNKCE	
b455 funkce tolerance cvičení – snadná unavitelnost mírná	

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

Part 1 b: IMPAIRMENT TĚLESNÝCH STRUKTUR

- Tělesné struktury jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti.
- Poruchy (impairment) jsou problémy struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.

První kvalifikátor: <i>Rozsah impairmentu</i>	Druhý kvalifikátor: <i>Druh změny</i>	Třetí kvalifikátor: <i>Lokalizace impairmentu</i>
<p>0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém</p> <p>1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.</p> <p>2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.</p> <p>3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.</p> <p>4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.</p> <p>8 Nеспециfikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.</p> <p>9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku premenarche nebo post-menopause).</p>	<p>0 Není změna ve struktuře</p> <p>1 Úplné chybění</p> <p>2 Částečné chybění</p> <p>3 Přidatá část</p> <p>4 Aberantní rozměry</p> <p>5 Discontinuita</p> <p>6 Odchylná pozice</p> <p>7 Kvalitativní změny struktury, včetně akumulace tekutiny</p> <p>8 Nеспециfikováno</p> <p>9 Neaplikovatelné</p>	<p>0 Více než jedna oblast</p> <p>1 Vpravo</p> <p>2 Vlevo</p> <p>3 Na obou stranách</p> <p>4 Vpředu</p> <p>5 Vzadu</p> <p>6 Proximálně</p> <p>7 Distálně</p> <p>8 Nеспециfikováno</p> <p>9 Neaplikovatelné</p>

<i>Krátký seznam tělesných struktur</i>	První kvalifikátor: <i>Rozsah impairmentu</i>	Druhý kvalifikátor: <i>Druh změny</i>	Třetí kvalifikátor: <i>Lokalizace impairmentu</i>
s1. STRUKTURY NERVOVÉHO SYSTÉMU			
s110 Struktura mozku	3	7	3
s120 Mícha a přidružené struktury			
s2. OKO, UCHO A PŘÍSLUŠNÉ STRUKTURY			
s3. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K HLASU A ŘEČI			
s4. STRUKTURY KARDIOVASKULÁRNÍHO, IMUNITNÍHO A RESPIRAČNÍHO SYSTÉMU			
s410 Struktury kardiovaskulárního systému			

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

s430	Struktury dýchacího systému			
s5. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K ZAŽIVÁNÍ, METABOLIZMU A ENDOKRINNÍMU SYSTÉMU				
s6. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE KE GENITÁLNÍMU A REPRODUKČNÍMU SYSTÉMU				
s610	Struktura močového systému			
s630	Struktura reprodukčního systému			
s7. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K POHYBU				
s710	Struktura hlavy a krční krajiny			
s720	Struktura oblasti ramenní			
s730	Struktura horní končetiny (<i>paže, ruka</i>)			
s740	Struktura oblasti pánevní			
s750	Struktura dolní končetiny			
s760	Struktura trupu			
s8. KŮŽE A K NÍ SE VZTAHUJÍCÍ STRUKTURY				
JINÉ TĚLESNÉ STRUKTURY				

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

PART 2: OMEZENÍ AKTIVIT A OMEZENÍ PARTICIPACE

- **Aktivita** je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem. **Participace** je zapojení do životní situace.
- **Aktivita a její limity** jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit. **Participace a její omezení** jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací.

Kvalifikátor výkonu popisuje, co a jak člověk dělá ve svém běžném prostředí. Poněvadž prostředí běžně přináší různé souvislosti s danou společenskou situací, výkon označený tímto kvalifikátorem může být chápán jako "účast v dané životní situaci" nebo "prožívaná zkušenost" člověka v daných souvislostech, ve kterých právě žije. Tyto souvislosti obsahují faktory prostředí – všechny aspekty okolního světa fyzického, společenského a postoje společnosti, které mohou být kódovány za použití komponent faktorů prostředí.

Kvalifikátor kapacity popisuje schopnost člověka, jak může provádět úkol nebo aktivitu. Tento kvalifikátor zjišťuje nejvyšší možný stupeň funkční schopnosti daného člověka, kterého může v dané doméně a v daném momentě dosáhnout. Kapacita je měřena ve stejném nebo standardním prostředí, které představuje přizpůsobenou schopnost dané osoby. Komponenty faktorů prostředí se mohou použít k popisu vlastností tohoto uniformního, standardního prostředí.

První kvalifikátor: Výkon <i>Rozsah omezení participace</i>	Druhý kvalifikátor: Kapacita (bez asistence) <i>Rozsah omezení aktivity</i>
<p>0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém</p> <p>1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.</p> <p>2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.</p> <p>3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.</p> <p>4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.</p> <p>8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.</p> <p>9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku pre-menarche nebo post-menopause).</p>	

Krátký seznam A a P domén	Kvalifikátor výkonu	Kvalifikátor kapacity
d1. UČENÍ SE A APLIKACE ZNALOSTÍ		
d110 Pozorování		
d115 Naslouchání		
d140 Učení – čtení		
d145 Učení – psaní		
d150 Učit se počítat		
d175 Řešení problémů		
d2. VŠEOBECNÉ ÚKOLY A POŽADAVKY		
d210 Provádění jednotlivého úkolu		
d220 Provádění mnohočetných úkolů		
d3. KOMUNIKACE		
d310 Komunikace přijímáním mluvených zpráv		
d315 Komunikace přijímáním neverbálních zpráv		
d330 Mluvení – dysartrie		
d335 Vytváření neverbální zprávy		
d350 Konverzace –		
d4. POHYBLIVOST		

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

d430 Zvedání a nošení předmětů		
d440 Využití ruky k jemným pohybům (<i>sbrání, uchopení</i>)		
d450 Chůze – matka pomáhá		
d465 Pohyb za použití různých zařízení (<i>kolečkové křeslo, brusle, atd.</i>)		
d470 Používání dopravy (<i>auto, autobus, vlak, letadlo atd.</i>)- rodina vozí, doprovází MHD		
d475 Řízení (jízda na kole a motorce, řízení auta atd.)		
d5. PEČE O SEBE		
d510 Sam se umýt (<i>koupání, sušení, mytí rukou atd.</i>)+matka		
d520 Péče o části těla (<i>čistění zubů, holení, atd.</i>)		
d530 Používání toalety		
d540 Oblékání -matka		
d550 Jídlo - musí být připravené, utěrka, miska, neklouzavá podložka		
d560 Pítí		
d570 Péče o své zdraví – matka a otec pečují, vozi ji na preventivní kontroly		
d6. ŽIVOT V DOMÁCNOSTI		
d620 Získání nezbytných věcí (<i>nakupování atd.</i>)-rodina		
d630 Příprava jídla (<i>vaření atd.</i>)- matka		
d640 Vykonalování domácích prací (<i>úklid domu, mytí nádobí, praní, sehnání atd.</i>)		
d660 Pomoc druhým		
d7. MEZILIDSKÁ JEDNÁNÍ A VZTAHY		
d710 Základní mezilidská jednání		
d720 Složitá mezilidská jednání		
d730 Jednání s cizími lidmi		
d740 Formální společenské vztahy		
d750 Neformální společenské vztahy		
d760 Rodinné vztahy		
d770 Intimní vztahy		
d8. HLAVNÍ OBLASTI ŽIVOTA		
d810 Neformální výchova		
d820 Školní výchova		
d830 Vyšší vzdělání		
d850 Placené zaměstnání		
d860 Základní ekonomické operace		
d870 Ekonomická soběstačnost		
d9. ŽIVOT KOMUNITNÍ, SOCIÁLNÍ A OBČANSKÝ		
d910 Život v komunitě		
d920 Rekreační a volný čas – malování, rodina		
d930 Náboženství a duchovní život		
d940 Lidská práva		
d950 Politický život a občanství		
NEJAKÁ JINÁ AKTIVITA A PARTICIPACE		
d345 psaní zpráv – modifikovaný telefon		
d410 měnění základní pozice těla – facilitátor matka, otec, chodítko		
d420 přemisťování – facilitátor matka, osoba		

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

PART 3: FAKTORY PROSTŘEDÍ

- *Faktory prostředí vytvářející, fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí.*

<i>Kvalifikátory v prostředí:</i>	0 Nejsou bariéry	0 Není facilitátor
<i>Bariéry nebo facilitátory</i>	1 Mírné bariéry	+1 Mírný facilitátor
	2 Střední bariéry	+2 Střední facilitátor
	3 Silné bariéry	+3 Podstatný facilitátor
	4 Kompletní bariéry	+4 Kompletní facilitátor
	8 bariéry, nespecifikováno	+8 facilitátor, nespecifikováno
	9 bariéry, neaplikovatelné	+9 facilitátor, neaplikovatelný

<i>Krátký seznam environmentu</i>	<i>Kvalifikátor Bariéra nebo facilitátor</i>
e1. PRODUKTY A TECHNOLOGIE	
e110 Produkty nebo látka k osobnímu požívání (jídlo, léky)	
e115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e125 Produkty a technologie pro komunikaci	
e150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie budov pro soukromé užití	
e2. PŘÍRODNÍ PROSTŘEDÍ A ČLOVĚKEM ZPŮSOBENÉ ZMĚNY V PROSTŘEDÍ	
e225 Podnebí	
e240 Světlo	
e250 Zvuky	
e3. PODPORA A VZTAHY	
e310 Nejbližší rodina	
e320 Přátelé	
e325 Známí, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství	
e330 Osoby v pozicích autorit	
e340 Pečovatelé a osobní asistenti	
e355 Zdravotníci profesionálové	
e360 Ostatní profesionálové	
e4. POSTOJE	
e410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	
e420 Jednotlivé postoje přátel	
e440 Individuální postoje pečujících osob	
e450 Individuální postoje zdravotnických profesionálů	
e455 Osobní postoje jiných odborníků	
e460 Postoje společnosti	
e465 Sociální normy, praxe a ideologie	
E5. SLUŽBY, SYSTÉMY A PRINCIPY ŘÍZENÍ	
e525 Služby, systémy a principy řízení bydlení	
e535 Služby, systémy a pravidla řízení komunikace	
e540 Služby, systémy a principy řízení dopravy	
e550 Právní služby, systémy a principy řízení	
e570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e575 Služby, systémy a principy řízení obecné sociální podpory	
e580 Zdravotnické systémy a principy řízení	
e585 Výchova a výchovkové služby, systémy a principy řízení	
e590 Služby, systémy a principy řízení zaměstnanosti	
NEJAKÉ JINÉ FAKTORY PROSTŘEDÍ	

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.



Zdroj: Klinika rehabilitačního lékařství

ICF Checklist © World Health Organization, September 2001.

Příloha č. 4

Ukázka programu denního rehabilitačního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Hl. ter.:	FYZIO: I. W. / MK ERGO: V. Č. / K. S. LOGO: Z. S. / E. K. LÉKAŘ: M. B.	FYZIO: R. A. / K. M. ERGO: L. E. / Z. R. LOGO: E. K. / Z. S. LÉKAŘ: M. B.	FYZIO: I. W. / S. T. ERGO: V. Č. / Z. R. LOGO: Z. S. / E. K. LÉKAŘ: M. B.	DOHLED TERAPEUTŮ V DS
2011	1. p. K 3. týden ze 3.	3. M 4. týden ze 3.	4. N 1. týden ze 2	
Pondělí	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 Ergo (VČ) 10.00 Fyzio (IW) 11.00 RELAXAČNÍ SKUP. 11.30 oběd 13.00-14.30 KERAMIKA	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 Fyzio (RA) 10.00 Ergo (LE) 11.00 RELAXAČNÍ SKUP. 11.30 oběd 13.00-14.30 KERAMIKA	8:00 UVITÁNÍ A NASTUP DO DS 8.30 vizita 9.00 Fyzio (KM) 10.00 Ergo (ZR) 11.00 RELAXAČNÍ SKUP. 11.30 oběd 13.00-14.30 KERAMIKA	12:00 -12:30- O. N. 12:30 – 13:00-K. M.
Úterý	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 Logo (ZS) 10.00 Spec. Ped (MG) 11.00 Ergo (KS) 12.00 oběd 13.00 E/F SKUPINA 14.30 Fyzio (IW)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 Psychologie 10.00 Ergo (LE) 11.00 (Fyzio RA) 12.00 oběd 13.00 E/F SKUPINA 14.30 Fyzio (RA)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 Fyzio (IW) 10.00 Psychologie (JŠ) 11.00 Logo (ZS) 12.00 oběd 13.00 E/F SKUPINA 14.30 Ergo (VČ)	12:00 -13:00 – I. W.
Středa	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 TAN.TERAP 10.30. Psychologie (JŠ) 11.30 RELAXAČNÍ SKUP 12.00 oběd 13.30 ARTETERAPIE 14.30 Ergo (KS)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 TAN.TERAP 10.45 Logo (EK) 11.30 RELAXAČNÍ SKUP 12.00 oběd 13.30 ARTETERAPIE 14.30 Ergo (LE)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 TAN.TERAP 10.30.Fyzio (ST) 11.30 RELAXAČNÍ SKUP 12.00 oběd 13.30 ARTETERAPIE 14.30 Ergo (VČ)	12:00 -13:00 – L. E.
Čtvrtek	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 MEDICI 10.30 SKUP. VAŘENÍ 12.30 oběd 13.30 Logo (ZS) 14.30 Fyzio (KM)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 MEDICI 10.30 SKUP. VAŘENÍ 12.30 oběd 13.30 Fyzio (KM) 14.30 Ergo (LE)	8:00 ranní setkání 8.30 vizita 9.00 MEDICI 10.30 SKUP. VAŘENÍ 12.30 oběd 13.00 Logo (ZS) 13.30 Ergo (ZR) 14.30 Fyzio (ST)	12:00 -13:00 O. N.
Pátek	8.30 ranní setkání 9.00 vizita 9.30 MUZIKOTERAPIE 11.00 Logo (ZS) 12.00 oběd 13.30 Ergo (VČ)	8.30 ranní setkání 9.00 vizita 9.30 MUZIKOTERAPIE 11.00 Spec. Ped. (MG) 12.00 oběd 13.30 Fyzio (KM)	8.30 ranní setkání 9.00 vizita 9.30 MUZIKOTERAPIE 11.00 Ergo (VČ) 12.00 oběd 13.30 Spec. Ped. (MG)	12:00 -13:00 – M. K.

Vysvětlení:

Každý z pacientů má svého ošetřujícího lékaře, hlavního ošetřujícího terapeuta (plánuje a vede veškeré cíle terapie) a vedlejšího terapeuta. Program denního stacionáře koordinuje sociální pracovník.

V době oběda je v denním stacionáři vždy jeden z terapeutů, který je pacientům k dispozici v případě potřeby asistence. V programu jsou použité iniciály terapeutů a lékařů

Použité zkratky v programu denního stacionáře (DS):

Fyzio – fyzioterapie Spec.ped. – speciální pedagogika
Ergo – ergoterapie Skup. Vaření – skupinové vaření
Logo – logopedie Tan. Terapie – taneční terapie

Příloha č. 5

Obrazová galerie z průběhu denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze



Ergoterapie – individuální ergoterapie, využití přístupu PANAT v rámci ergoterapeutické jednotky v průběhu denního stacionáře



Ergoterapie – skupinové vaření, klienti využívají během skupinového vaření facilitátorů – kompenzačních pomůcek a učí se s nimi zacházet v reálných aktivitách denního života

Příloha č. 6

Obrazová galerie z průběhu rekondičního pobytu, který je organizován v rámci denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pro jeho pacienty/klienty

Pro klienty/pacienty denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze je každý rok organizován rekondiční pobyt. Jde o týdenní rehabilitační program, který organizují a zároveň se jej účastní terapeuti kliniky: během tohoto týdne terapeuti aplikují ergoterapii a fyzioterapii během pobytu tak, že ani sami klienti si neuvědomují, že absolvují terapie. V rámci tohoto pobytu se mnozí klienti se po dlouhé době dostanou do přírody, „posadit se na živou trávu“.



Fyzioterapie v rámci rekondičního pobytu – ranní rozcvička a protahování pod vedením fyzioterapeutů a studentů fyzioterapie



Fyzioterapie, ergoterapie v rámci rekondičního pobytu – terapeuti aplikují mnohdy terapeutické přístupy během denních prožitků, kdy si např. pacientka/klientka, která se chce podívat o kašny, musí sama dojít ke kašně, překonat bariéry – schody a teprve pak se může dotknout se vody. Poté musí dojít pod vedením terapeutů zpět. Celou tuto aktivitu provádí sama.



Ergoterapie, fyzioterapie v rámci rekondičního pobytu - ergoterapeuti a fyzioterapeuti aplikují terapeutické přístupy během hry minigolfu. Tento pacient/klient, který běžně většinu dne tráví na mechanickém vozíku, byl terapeuti aktivizován do stoje, aby mohl hru odehrát. Během této aktivity je tedy trénován stoj, koordinace pohybu horních končetin, koncentrace soustředění a motorika horních končetin.

Příloha č. 7

Formulář používaný pro účely disertační práce, zaměřený na domény aktivit, participací a faktorů prostředí

ICF FORMULÁŘ pro účely disertační práce Aktivity, participace a faktory prostředí Pro mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví

Datum / /
Den Měsíc Rok

A. DEMOGRAFICKÉ INFORMACE

A.1 JMÉNO (nepovinné) Jméno _____
Příjmení _____

POHLAVÍ (1) žena (2) muž

ROČNÍK NAROZENÍ / / (datum/měsíc/rok)

DĚLKA FORMÁLNÍHO VZDĚLÁNÍ

SOUČASNÝ RODINNÝ STAV: (označte pouze jedno, které nejlépe odpovídá)

(1) Nikdy nesezdán (4) Rozvedený/á
(2) V současnosti vdaná/ženatý (5) Ovdovělý/á
(3) Žijící v soužití

SOUČASNÉ ZAMĚSTNÁNÍ (označte jednu nejlépe volbu)

(1) Placené zaměstnání (6) V důchodu
(2) OSVČ (7) Nezaměstnaný (zdravotní důvody)
(3) Neplacená práce, jako volontér, charita (8) Nezaměstnaný (jiné důvody)
(4) Student (9) Jiné
(5) V domácnosti (prosim upřesněte) _____

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA existujících hlavních podmínek zdraví, pokud je možno,
zadejte ICD-10 kód.

1. ICD kód: / /

Rok onemocnění

Postižení (pravostranné x levostranné)

Dominance HK **PHK** **LHK**

OMEZENÍ AKTIVIT A OMEZENÍ PARTICIPACE

<i>Krátký seznam A a P domén</i>	<i>Kvalifikátor výkonu</i>	<i>Kvalifikátor kapacity</i>
d1. UCENÍ A APLIKACE ZNALOSTI		
d175 Řešení problémů		
d3. KOMUNIKACE		
d310 Komunikace přijímáním mluvených zpráv		
d325 Komunikace přijímáním psaných zpráv		
d345 Komunikace psaní zpráv		
d330 Mluvení		
d350 Konverzace		
d4. POHYBLIVOST		
d 410 Měnění základní pozice těla (přesuny)		
d 415 Udržení pozice těla (přesun)		
d 420 Přemisťování (přesun)		
d440 Využití ruky k jemným pohybům (<i>sbrání, uchopení</i>)		
d 450 Chůze		
d 460 Pohyb po různých lokalitách		
d465 Pohyb za použití různých zařízení (<i>kolečkové křeslo, brusle, atd..</i>)		
d470 Používání dopravy (<i>auto, autobus, vlak, letadlo atd..</i>)		
d475 Řízení (jízda na kole a motorce, řízení auta atd.)		
d5. PÉČE O SEBE		
d510 Sam se umýt (<i>koupaní, sušení, mytí rukou atd..</i>)		
d520 Péče o části těla (<i>čistění zubů, holení, atd..</i>)		
d530 Používání toalety		
d540 Oblekání		
d550 Jídlo		
d560 Pít		
d6. ŽIVOTV DOMÁCNOSTI		
d620 Získání nezbytných věcí (<i>nakupování atd..</i>)		
d630 Příprava jídla (<i>vaření atd..</i>)		
d640 Vykonávání domácích prací (<i>úklid domu, mytí nádobí, praní, žehlení atd..</i>)		
d650 Péče o předměty v domácnosti (pes)		
d7. MEZILIDSKÁ JEDNÁNÍ A VZTAHY		
d730 Jednání s cizími lidmi		
d760 Rodinné vztahy		
d770 Intimní vztahy		
d8. HLAVNÍ OBLASTI ŽIVOTA		
d850 Placené zaměstnání		
d860 Základní ekonomické operace		
d870 Ekonomická soběstačnost		
d9. ŽIVOT KOMUNITNÍ, SOCIÁLNÍ A OBCANSKÝ		
d920 Rekreační a volný čas		
d930 Náboženství a duchovní život		
NĚJAKÁ JINÁ AKTIVITA A PARTICIPACE		

FAKTORY PROSTŘEDÍ

<i>Krátký seznam environmentu</i>	<i>Kvalifikátor Bariéra nebo facilitátor</i>
e1. PRODUKTY A TECHNOLOGIE	
e110 Produkty nebo lažka k osobnímu požívání (jídlo, léky)	
e115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e125 Produkty a technologie pro komunikaci	
e150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie budov pro soukromé užití	
e3. PODPORA A VZTAHY	
e310 Nejbližší rodina	
e320 Přátelé	
e325 Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství	
e340 Pečovatele a osobní asistenti	
e355 Zdravotníci profesionálové	
e360 Ostatní profesionálové	
e4. POSTOJE	
e410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	
e420 Jednotlivé postoje přátel	
e460 Postoje společnosti	
e5. SLUŽBY, SYSTÉMY A PRINCIPY ŘÍZENÍ	
e525 Služby, systémy a principy řízení bydlení	
e550 Právní služby, systémy a principy řízení	
e570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e575 Služby, systémy a principy řízení obecné sociální podpory	
e580 Zdravotnické systémy a principy řízení	
e590 Služby, systémy a principy řízení zaměstnanosti	
NEJAKE JINE FAKTORY PROSTREDI	

Příloha č. 8

Formulář používaný pro účely disertační práce, vytvořený pro hodnocení domácího prostředí

FORMULÁŘ PRO ÚČELY DISERTAČNÍ PRÁCE:
DOMÁCÍ NÁVŠTĚVA

Datum:

Adresa:

Typ bydlení: RD činžovní dům panelový dům Jiný typ:

Patro: Výťah: Mezipatra:

POZN:

Počet členů v domácnosti:

Zajištěné Služby:

Ošetrovatelské Asistenční Pečovateľské Další typ služeb

Frekvence:

POZN:

Navržení chybějících služeb:

SA:

Pracovní neschopnost

Invalidní důchod stupeň:

Příspěvek na péči

Nezaměstnaný

Zaměstnaný –brigáda - melouchy

RA:

Mobilita klienta

Mobilita na lůžku samostatně s dopomocí 2. Os. s pomůckou (typ.....) nezvládá

Chůze samostatně s dopomocí 2. Os. s pomůckou (typ.....) nezvládá

V interiéru samostatně s dopomocí 2. Os. s pomůckou (typ.....) nezvládá

V exteriéru samostatně s dopomocí 2. Os. s pomůckou (typ.....) nezvládá

Orientace klienta po bytě:

Bezpečnost samostatného pobytu klienta:

Porucha paměti:

Bytová situace:

Exteriér: příchodová cesta

Kompenzační pom.

Dostupnost služeb:

Vnější bariéry:

Navržené facilitátory:

Interiér:

Kompenzační pom.

Kuchyň

Ložnice:

Obývací:

Koupelna:

WC:

Další místnosti:

Chodba:

Přístupnost do místností:

Vnitřní bariéry:

Navržené facilitátory

Další poznámky:

Příloha č. 9

Obrazová galerie facilitátorů a bariér některých pacientů/klientů participujících na studii



Facilitátor pro chůzi - speciální obuv



Facilitátory pro soběstačnost – speciální přísavné madlo, které pacient/klient využíval pro soběstačnost v koupelně. Madlo mu pomáhalo eliminovat riziko pádu, protože pacient/klient měl zhoršenou stabilitu. Druhý obrázek ukazuje nevhodný facilitátor, který pacient/klient vyžíval jako protiskluznou podložku. Tato konkrétní podložka je nebezpečná, protože nemá přísavky a zvyšuje riziko pádu. Při napouštění vody se tato podložka vydouvá a pacienti/klienti o ní často zakopávají.



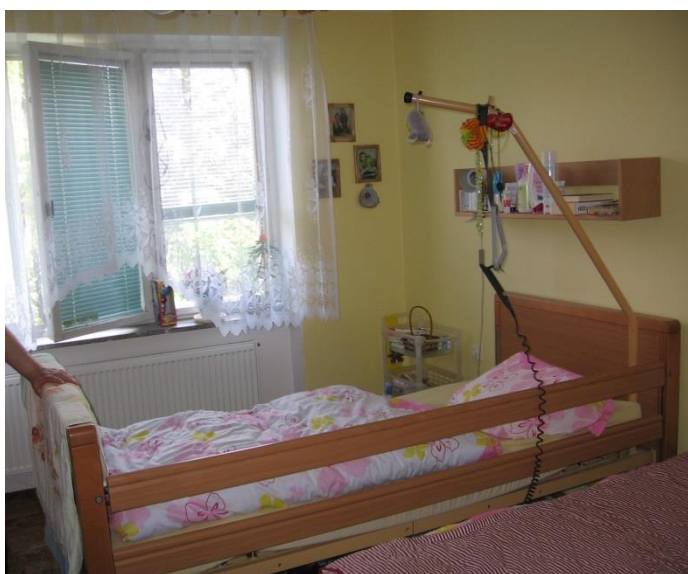
Facilitátory pro chůzi a soběstačnost – vysoké chodítko, které je facilitátorem pro klientku/pacientku. Na druhém obrázku je vidět upravené WC tak, aby pacientka/klientka sebeobsluhu na WC zvládala samostatně. Tato úprava není zcela vhodná, ergoterapeut doporučoval ještě odstranění koberečku, aby bylo zabráněno pádu, nicméně pacientka/klientka se rozhodla kobereček ponechat. Koš v tomto případě částečně slouží jako opěrný bod pacientky/klientky v sedu.



Facilitátor pro přesun a pro komunikaci – Na prvním obrázku je vidět pacientka/klientka a její facilitátor pro přesun na lůžko. Pacientka/klientka se přesouvá naprosto ojedinelým přesunem a to pomocí židle. Je to jediný typ přesunu, který zvládá v rámci mobility samostatně. Na obou obrázcích je vidět speciální telefon, který pacientka/klientka ovládá, jak pro telefonické hovory, tak pro sms zprávy. Pro pacientku/klientku je to jeden z mála způsobů, jakým je v kontaktu s vnějším světem.



Facilitátor pro mobilitu a přesun - systém madel, který jedné z pacientek/klientek dopomáhá k přesunu a sebeobsluze na WC.



Facilitátor – lůžko, které dopomáhá pacientovi/klientovi v přesunu a mobilitě, protože je výškově nastavitelné. Zároveň zabraňuje pádu pacienta/klienta, protože umožňuje na noc nasadit zábrany. Do té doby pacient/klient padal i 2x za noc z klasického lůžka.



Facilitátor - „zvláštní pomůcka“ – zdvižná schodišťová plošina, aplikovaná na doporučení ergoterapeuta u různých pacientů/klientů.

