



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace
u pacientů se získaným poškozením mozku**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Mgr. Anna Kuželková

Školitel: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem “*Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku*” jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé školitelce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D., za její odborné vedení, podněty, cenné rady a odborné připomínky. Děkuji, že mě podpořila nejen odborně, ale dodala mi i energii a povzbuzení na cestě k cíli studia. Děkuji též panu doc. Vladimíru Rogalewiczovi, CSc., za konzultace při statistickém zpracování výsledků výzkumu.

Zvláštní poděkování, s velkou úctou, patří mé původní školitelce, paní profesorce MUDr. Olze Švestkové, Ph.D., in memoriam. Tato studie by nevznikla bez jejího prvotního odborného vedení, myšlenek a profesionální práce. Vdčím ji za ergoterapii takovou, jakou ji v dnešní podobě u nás známe, včetně základů, které dala pro vznik magisterskému studiu. Její myšlenky provází nejen tuto práci, ale i moje odborné pedagogické, vědecké působení a práci s osobami po poškození mozku.

Dále vdčím ve vzpomínce panu prof. Pfeifferovi, který patřil mezi mé učitele a za to, že mohu působit na klinice, kterou založil.

Data byla shromážděna za účasti dalších odborníků. Poděkování patří zejména ergoterapeutkám – Jana Jírková, Dana Bártová, Dorota Podzemná a Silvie Ptaková, fyzioterapeutům – Markéta Bendová, Martina Hartmanová, Edita Hanzalová a Filip Lukšan, sociálním pracovnícím – Kateřina Pechoušková, Anna Jirků, Andrea Matějková, Marie Bártová, Kateřina Mandátová a v neposlední řadě lékařkám – Marcela Míková a Jana Holická.

Velké poděkování patří klientům, kteří se zapojili do výzkumu.

V neposlední řadě patří nekonečné díky mé rodině, především manželovi, dvěma dětem a rodičům, kteří mi byli velkou oporou a svým trpělivým přístupem mi umožnili dotáhnout výzkum, publikace i celé studium do finále.

Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku

Abstrakt

Zaměření práce: Práce se zaměřuje na nalezení řešení v aktuální situaci komunitní neurorehabilitace, které chybí návaznost a propojenost služeb, systémové i organizační řešení. Mezi problémové oblasti zmiňované v práci patří domácí prostředí osob s disabilitou, které je často bariérové, přičemž se zároveň dotčené osoby a jejich rodiny neorientují v dostupných službách. Sociální služby a podpory se stávají neefektivní, čímž se zpomaluje, až znemožňuje jejich návrat do běžného života. Komunitní ergoterapie pořád není běžnou praxí, není zajištěno financování. Neurorehabilitace pro osoby ve fázi propuštění do domácího prostředí a následně též v chronickém stádiu nemoci je nesystémová, s velkými nedostatky. Narážíme na absenci zákona o koordinované rehabilitaci.

Cíle práce: Tato práce byla zpracována jako jeden z výstupů projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, registrační číslo projektu GAJU 138/2016/S. Hlavním cílem disertační práce bylo zjistit (v praxi ověřit) a popsat, jaký vliv má propojení zdravotně-sociální rehabilitace (ergoterapeut + sociální pracovník) na míru soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku, se zaměřením na sociální začlenění jedince do jeho běžného prostředí. Práce má tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo popsat diagnosticko-terapeutické metody, které může používat ergoterapeut u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí k dosažení optimální kvality jejich života. Druhým dílčím cílem bylo posoudit domácí prostředí individuálního klienta z hlediska bezbariérovosti, navrhnout vhodné facilitační prostředky a úpravu bytu pro dosažení optimální soběstačnosti a zlepšení kvality života v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku s důrazem na úzkou spolupráci se sociálním pracovníkem, např. výměna bytu v případě, že není možno z technických důvodů upravit byt na bezbariérový. K třetímu dílčímu cíli patří návrh řešení, které by umožnilo ergoterapeutům a v širším kontextu i ostatním odborníkům interprofesního týmu (fyzioterapeut, sociální pracovník), pracovat s klientem v domácím prostředí.

Způsob dosažení cíle: Jednalo se o akční kombinovaný výzkum prováděný jako experimentální kvalitativní studie s pomocnými kvantitativními indikátory. Osobám po získaném poškození mozku byla poskytována tříměsíční koordinovaná rehabilitace

po jejich propuštění ze zdravotnického zařízení. Nadstandardní interprofesionální intervence probíhala v domácím prostředí klientů, kde se na ní podíleli fyzioterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci. Pro prezentovanou ergoterapeutickou část výzkumu byl základní kvalitativní technikou sběru dat rozhovor doplněný o pozorování v domácím prostředí (zejména posouzení bytu a jeho úprav tak, aby byl bezbariérový), dále byla analyzována zdravotní dokumentace. Pro kvantitativní část bylo využito standardizované hodnocení Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti) - FIM systém® Verze 5.2 a dotazník kvality života WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Z organizačního a časového hlediska se na hodnocení WHODAS 2.0 podílely sociální pracovníce. Výzkum úspěšně ukončilo celkem 17 osob z Jihočeského kraje. Doplňkově byla zpracována data od 6 osob z oblasti Praha a Středočeský kraj. Převážná většina osob byla s diagnózou cévní mozková příhoda (CMP).

Vědecké přínosy: Hlavním praktickým výstupem je vytvořená metodika ergoterapie, která má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci. Vzhledem k dosavadním chybějícím evidencím byl výzkum unikátní svým průběhem, délkou pozorování i zapojením interprofesního týmu. Na základě praxe založené na důkazech, s vědecky potvrzeným pozitivním přínosem pro klienty díky práci interprofesního týmu, jsou navržené vhodné a ověřené postupy k dosažení funkční koordinované rehabilitace osoby po poškození mozku v jejím přirozeném sociálním prostředí, zejména se zaměřením na intervenci ergoterapeuta v kooperaci se sociálním pracovníkem. Tyto důkazy jsou důležité nejen pro pracovníky v oblasti rehabilitace, ale i pro zákonodárce, vědce i další jednotlivce či skupiny se zájmem o toto téma.

Získané poznatky, závěry: Na základě kvantitativních ukazatelů hodnocených jako pilotní studie se jeví koordinovaná komunitní rehabilitace z ergoterapeutického hlediska jako efektivní ve smyslu zvýšení soběstačnosti osob se získaným poškozením mozku s dopadem na snížení potřebné míry dopomoci či dohledu druhé osoby o 1-2 hodiny denně (dle FIM), při zajištění intervence v prvních třech měsících po propuštění do domácího prostředí. Další návaznost je velice žádoucí minimálně pro udržení efektu. V případě, že nejsou zajištěny další návazné komunitní služby v rámci koordinované rehabilitace, osoby po získaném poškození mozku se v dlouhodobém horizontu opět zhoršují (ze subjektivního hlediska a na základě hodnocení kvality života, dle WHODAS 2.0). Podstatou vzájemné spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně-)sociálního pracovníka

je kooperace při řešení bezbariérových úprav prostředí, včetně kompenzačních pomůcek financovaných ze sociální složky, a vzájemná interakce v rámci šetření ohledně dalších příspěvků a podpor pro adekvátní stanovení funkčních schopností a disability klienta.

Klíčová slova

ergoterapeut; sociální pracovník; získané poškození mozku; koordinovaná rehabilitace; interprofesní spolupráce; soběstačnost; kvalita života; domácí prostředí

The Role of Occupational Therapist within The Coordinated Rehabilitation of Patients with Acquired Brain Injury

Abstract

Introduction: This work focuses on finding a solution to the current situation of community neurorehabilitation, which lacks continuity and connectivity of services, as well as a systematic and organizational solution. The problematic fields mentioned in this work are the home environments of people with disabilities, which are often barrier, and the concerned people and their families cannot orient themselves with the available services. As a result, social services and support become inefficient, and the return to ordinary life is slowed or even nearly impossible. Community occupational therapy is still not common practice because its financing is not secured. Neurorehabilitation for people in the phase of release to their home environment and subsequently in the stage of chronic illness is not systematic and has great insufficiencies. The issue is the absence of a law of coordinated rehabilitation.

Aim: This work was processed as one of the outputs of the project named Coordinated Rehabilitation of Patients with Brain Injury, GAJU 138/2016/S. The main goal of this dissertation thesis was to find out (to verify in practice) and to describe what influence the connection of health-social rehabilitation (occupational therapist + social worker) has on the level of self-sufficiency of clients with acquired brain injury, with the focus on the social inclusion of the individual into their ordinary environment. This work has three sub-goals. The first sub-goal was to describe the diagnostic-therapeutic methods, which can be used by occupational therapists with clients who suffer from acquired brain injury in their home environment to achieve the optimal quality of their life. The second sub-goal was to assess the home environment of individual clients in terms of accessibility, to propose appropriate facilitation resources, and to modify the apartment to attain optimal self-sufficiency and improvement of life quality in the home environment of people with acquired brain injury, with an emphasis on close cooperation with a social worker, for example, apartment exchange in case the modification of the apartment into an accessible one cannot be done because of technical issues. The third sub-goal is the proposal of a solution, which could enable occupational therapists, and in the greater context, even other specialists of interprofessional

cooperation (physiotherapist, social worker), to work with the client in the home environment.

Methods: It was about active combined research, performed as an experimental qualitative study with auxiliary quantitative indicators. The people with acquired brain injury were provided with coordinated rehabilitation for three months in their home environment, where physiotherapists, occupational therapists, and social workers participated. The presented occupational therapeutic part of the research was a basic qualitative technique of data collection, performed by an interview supplemented with an observation in the home environment (especially the assessment of the apartment and its modification to achieve a barrier-free apartment); furthermore, the medical documentation was analyzed. For the quantitative part, the standardized evaluation Functional Independence Measure - FIM system® Version 5.2 and the questionnaire of life quality – WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) were used. Due to the organizational and time constraints, social workers participated in the evaluation of WHODAS 2.0. The research successfully concluded with a total of seventeen people from the South Bohemian Region. In addition, the data of six people from the region of Prague and the Central Bohemian Region were processed. The vast majority of people were diagnosed with cerebrovascular accident (CMP).

Scientific contributions: The main practical output is a newly created methodology of occupational therapy, which is intended to support deinstitutionalization and optimal quality of life for people with acquired brain injury, with an emphasis on interprofessional cooperation and coordinated rehabilitation. Because of the hitherto missing records, this research was unique in its process, in the length of observation, and in the participation of interprofessional cooperation. Based on the practice stemming from evidence with scientifically proven positive contributions for clients, thanks to the work of interprofessional cooperation, suitable and verified procedures are designed to achieve functional coordinated rehabilitation for the person with brain injury in their ordinary social environment, especially with a focus on the intervention of occupational therapists in cooperation with social workers. This evidence is important not just for workers in the field of rehabilitation but also for lawmakers, scientists, and other individuals or groups with an interest in this topic.

The achieved knowledge and conclusions: Based on the quantitative indicators evaluated as a pilot study, the coordinated community rehabilitation, from the point of the occupational therapist, appears effective in the sense of increasing the self-sufficiency of people with acquired brain injury, with an impact on decreasing the needed assistance or supervision of someone else for about 1-2 hours per day (according to FIM), upon detection of intervention in the first three months after the release into the home environment. The next continuity is very desirable, at least for maintaining the effect. In the case that there are no other community services provided within the coordinated rehabilitation, people with acquired brain injury are, in the long-term horizon, exacerbating again (from the subjective point of view and based on the evaluation of life quality by WHODAS 2.0). The quintessence of mutual cooperation between the occupational therapist and the medical-social worker is a combined effort in solving the barrier-free modification of the environment, including the compensational gadgets financed from social components, and mutual interaction as a part of an investigation regarding other benefits and supports for the adequate establishment of the functional abilities and disabilities of the client.

Key words

Occupational Therapist; Social Worker; Acquired Brain Injury; Coordinated Rehabilitation; Interprofessional Cooperation; Self-sufficiency; Quality of Life; Home Environment

Obsah

Úvod.....	13
1 Teoretická část	16
1.1 Získané poškození mozku	16
1.2 Neurorehabilitační proces	18
1.3 Koordinovaná rehabilitace v mezinárodním pojetí	20
1.3.1 Rehabilitace dle Úmluvy OSN	20
1.3.2 Příklad dobré praxe systému koordinované rehabilitace v Německu	20
1.4 Koordinovaná rehabilitace v ČR a legislativní problematika	24
1.4.1 Přípravovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci	24
1.4.2 Faktory vedoucí ke zlepšení situace	25
1.4.3 Bariéry pro zavedení koordinované rehabilitace v domácím prostředí	26
1.4.4 Financování ergoterapie ve vlastním sociálním prostředí	26
1.4.5 Systémy pro podporu občanů s disabilitou	28
1.5 Základní principy mezioborové spolupráce	32
1.6 Ergoterapie v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu	34
1.6.1 Ergoterapie v akutní fázi	36
1.6.2 Ergoterapie v subakutní fázi	36
1.6.3 Ergoterapie ve fázi přechodu do domácího prostředí	37
1.6.4 Ergoterapie v chronické fázi onemocnění	39
1.7 Zdravotně-sociální propojení koordinované rehabilitace a ergoterapie	40
1.7.1 Ergoterapie v kontextu sociální složky rehabilitace	41
1.7.2 Oblasti spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka	42
1.7.3 Sociální rehabilitace	43
1.7.4 Rozsah úkonů sociální rehabilitace	43
1.8 Funkční schopnosti a disabilita v souvislosti s faktory prostředí	44
1.8.1 Složky prostředí	46
1.8.2 Zaměření ergoterapie na evaluaci prostředí	48
1.8.3 Bezpečná domácnost z pohledu ergoterapeuta	48
1.8.4 Vybrané zahraniční nástroje k hodnocení domácího prostředí	51
1.8.5 Český standardizovaný nástroj k evaluaci domácího prostředí	52
2 Cíle práce, praktické výstupy, hypotézy a výzkumné otázky	54
2.1 Cíle práce	54

2.2 Praktické výstupy	54
2.3 Hypotézy a výzkumné otázky	55
2.3.1 Obecná teoretická hypotéza.....	55
2.3.2 Operacionalizace proměnných v hypotéze	55
2.3.3 Pracovní hypotézy	56
2.3.4 Výzkumná otázka pro kvalitativní část	56
3 Vymezení základních termínů užitých ve výzkumné části práce	57
4 Metodologie	61
4.1 Strategie výzkumu.....	62
4.1.1 Typ výzkumu.....	62
4.1.2 Časový harmonogram výzkumu, postup a techniky sběru dat	62
4.1.3 Popis práce v terénu.....	63
4.2 Výzkumné nástroje.....	65
4.2.1 Výzkumné nástroje v rámci komplexního projektu	65
4.2.2 Představení standardizovaných nástrojů využitých ergoterapeuty	67
4.3 Populace, výzkumný soubor a vstupní kritéria	71
4.4 Metody analýzy dat	73
4.4.1 Kvalitativní analýza.....	73
4.4.2 Kvantitativní analýza.....	74
4.5 Limity výzkumu	74
4.6 Etické aspekty výzkumu	74
5 Výsledky	77
5.1 Diagnosticko-terapeutické metody v ergoterapii	77
5.1.1 Ergoterapeutický proces	77
5.1.2 Nejčastější diagnostické a terapeutické metody v domácím prostředí	79
5.2 Domácí prostředí klientů z hlediska bezbariérovosti	85
5.2.1 Sociální situace	85
5.2.2 Bariéry a facilitátory	87
5.3 Praktické propojení zdravotně-sociální rehabilitace a vliv na soběstačnost	94
5.3.1 Návrh realizace propojení zdravotní a sociální oblasti.....	94
5.3.2 Soběstačnost	99
5.3.3 Kvalita života.....	110
5.3.4 Evaluace domácího prostředí, fyzického i sociálního	122

5.3.5 Indikace pomůcek, bezbariérových úprav a jejich financování	123
5.4 Hodnocení potřeb souvisejících s ergoterapií a srovnání vývoje v průběhu let..	125
5.5 Hodnocení týmového přístupu a přínosu ergoterapie klienty	128
6 Diskuze	130
7 Závěry a doporučení pro praxi.....	144
8 Seznam použitých zdrojů.....	149
9 Seznam zkratk	164
10 Přílohy.....	165
Příloha 1 Vyjádření Etické komise ZSF JU	166
Příloha 2 Informovaný souhlas	167
Příloha 3 Souhlas s pořízením fotodokumentace	168
Příloha 4 Podklad pro položený rozhovor formou CATI.....	169
Příloha 5 Etický kodex ergoterapeuta	170
Příloha 6 Certifikát FIM.....	171
Příloha 7 Vzorové ergoterapeutické kazuistiky	172
Příloha 8 Metodika ergoterapie v domácím prostředí.....	183

Úvod

V České republice není pro pacienty po poškození mozku zajištěn adekvátní postup systémem péče, jak uvádí Maršálek et al. (2011), přičemž rehabilitační proces u osob po poškození mozku rozděluje do čtyř fází na akutní, včasnou, regionální a komunitní. V zahraničí lze pozorovat trend upřednostňování rehabilitace v komunitě či v užším pojetí v domácím prostředí, díky čemuž je možné zkrátit délku hospitalizace a umožnit tak pacientovi brzký návrat do vlastního sociálního prostředí, s pozitivním efektem na úspěšnost rehabilitačního procesu (Winstein et al., 2016; Nordin et al., 2015). Dle dostupných studií je rehabilitace poskytována ve vlastním sociálním prostředí účinnější a zároveň méně finančně náročná, v porovnání s institucionálními službami (Weiss et al., 2004; Choi et al., 2016).

Rehabilitace osob s disabilitou je podle WHO (2008) proces, jehož cílem je umožnit těmto lidem dosáhnout a udržovat optimální úroveň fyzických, smyslových, mentálních, psychických a sociálních funkcí. Poskytuje nástroje a pomůcky potřebné k dosažení nezávislosti a sebeurčení. Disabilita je dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) zastřešujícím termínem pro pojmy porucha (z angl. impairment), limitace aktivity a omezení participace. Vzniká důsledkem interakce mezi zdravotními problémy jednotlivce na jedné straně a osobními a environmentálními (vnějšími) faktory na straně druhé (např. bariérové budovy a doprava, omezené sociální podpory a příspěvky, negativní postoje). Světová zdravotnická organizace také upozorňuje na to, že nedostatek vhodných služeb pro osoby s disabilitou je výraznou bariérou zdravotní péče (WHO, 2008).

V procesu návratu pacientů se získaným poškozením mozku do aktivního života hraje zásadní roli koordinovaná rehabilitace uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, které jsou rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní, s důrazem na včasnost, návaznost a interprofesní spolupráci (Švestková, 2013). V zahraničí tento systém koordinované komunitní rehabilitace funguje v řadě zemí, u nás bohužel systém není vytvořen a nejsou prakticky ani podklady pro jeho vytvoření. Proto koordinovaná rehabilitace bývá v České republice uskutečňována jen málokdy. Následkem toho je pomalý návrat osob s disabilitou do běžného života, který je vzhledem k nekomplexnímu přístupu odborníků ze všech oblastí rehabilitace často až nedosažitelný.

Na základě praktických zkušeností autorky s ergoterapií u osob po poškození mozku a jejich rodinami se tato práce věnuje problematice, která je v České republice z výzkumného hlediska velice okrajově řešená, i přes očekávání a snahy odborníků z oblasti rehabilitace směřujícím k zavedení zákona o koordinované rehabilitaci. Navzdory tomu, že osoby po poškození mozku by měly mít zajištěnou rehabilitaci po dobu, dokud se jejich funkční stav zlepšuje a je dosahováno konkrétních, předem stanovených cílů, nelze toto zatím z procesního hlediska zabezpečit. Uvedená situace byla podnětem ke vzniku projektu s názvem Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku, financovaného za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, grant č. GAJU 138/2016/S. Projekt byl financován v letech 2016-2018, avšak doplňkové sběry dat probíhaly až do roku 2021, kdy byl longitudinální výzkum ukončen. Jedním z výstupů tohoto projektu je i tato disertační práce.

Obecným cílem projektu bylo zjistit kvalitu života osob po poškození mozku a zapojit do řešení zdravotní a sociální situace interprofesní tým. Mezi klíčové odborníky interprofesního rehabilitačního týmu, kteří mají nezastupitelnou roli v řešení disabilní situace pacienta/klienta, patří ergoterapeut, fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník a další (Věstník MZ ČR, 2010, částka 2, Čl. 1). Dílčí cíle jsou vztaženy k jednotlivým odbornostem (ergoterapeut, fyzioterapeut, sociální pracovník) a k propojení jejich koordinované intervence a spolupráce. Disertační práce se věnuje cílům vztaženým k profesi ergoterapeuta, který by v propojení sociální a zdravotní složky mohl mít klíčovou roli.

Cílem disertační práce je zjistit (v praxi ověřit) a popsat, jaký vliv má propojení zdravotně-sociální rehabilitace (ergoterapeut + sociální pracovník) na míru soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku, se zaměřením na sociální začlenění jedince do jeho běžného prostředí.

Hlavním praktickým výstupem je vytvořená metodika ergoterapie, která má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

V České republice jsou již první ergoterapeuti, kteří vykonávají intervenci v domácím prostředí klienta, ale není zajištěno financování. Chybí zároveň koordinovaný a interprofesní přístup. Ergoterapeut je zdravotnický pracovník, jehož hlavními úkoly u osob po poškození mozku jsou komplexní včasná aktivizace a dosažení maximální

možné soběstačnosti, nezávislosti a participace ve společnosti (Švestková, 2015). Ústřední triádou ergoterapie je interakce osoba-činnost-prostředí (Jelínková, 2023). Ergoterapeut provádí funkční aktivizaci, zaměřuje se na horní končetiny s využitím různých přístupů, zároveň podporuje plasticitu mozku a ovlivňuje kognitivní funkce. Svými odbornými znalostmi a zaměřením je úzce spojen i se sociální rehabilitací a běžně pracuje v dlouhodobých sociálních službách (Švestková, 2015).

Ergoterapeutická část výzkumu byla provedena s přesvědčením podpořeným studiem dostupných zahraničních zdrojů, že docílením bezbariérového domácího prostředí, indikací vhodných pomůcek a zabezpečením návaznosti sociální rehabilitace, můžeme podpořit soběstačnost klienta, zvýšit jeho kvalitu života, a tedy zajistit mu další život mimo instituci. Přičemž by tento systém zároveň ulehčil ekonomické situaci v oblasti zdravotního pojištění a v oblasti sociálního zabezpečení. Protože, jak tvrdila paní profesorka Olga Švestková:

“I nejdražší (vhodně indikovaná) pomůcka je levnější než dlouhodobá pomoc druhé osoby.”

1 Teoretická část

1.1 Získané poškození mozku

Získané poškození mozku je náhle vzniklé poškození mozku, které negativním způsobem ovlivňuje jeho strukturu nebo funkci. Nejedná se o poškození dědičná, vrozená, porodní nebo degenerativní. Může zahrnovat úrazové (traumatické poškození) a také neúrazové poškození: cévní mozkové příhody, nádory, infekční onemocnění, hypoxická poškození, metabolické poruchy nebo vliv toxických látek (Zasler, Katz a Zafonte, 2013).

Mezi poškozením centrální nervové soustavy zauímají v České republice i v Evropě první místo cerebrovaskulární onemocnění, nejčetnější jsou **cévní mozkové příhody** (Votava, 2017). Bruthans (2019) uvádí, že cévní mozkové příhody (CMP) jsou v České republice jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Dodává, že počet zemřelých je vyšší například i v porovnání s akutním infarktem myokardu. Statisticky CMP představují v posledních letech až cca 6 % všech úmrtí. Postihují převážně starší populaci, přičemž 85 % úmrtí se týká osob ve věku ≥ 70 let. I přesto, že počet úmrtí na CMP od druhé poloviny 90. let 20. století trvale a významně klesá, je úmrtnost na CMP v ČR dosud výrazně vyšší než ve většině rozvinutých zemí (Bruthans, 2019). Zároveň vzhledem k neustále se zvyšujícímu věku dožití populace a současnému nárůstu dalších rizikových faktorů, lze v budoucnu předpokládat zvyšování incidence cévních mozkových příhod (Bryndziar et al., 2017). Dle odhadů lze očekávat, že se mezi lety 2017 a 2047 počet lidí žijících s CMP v EU zvýší na 27 % (Wafa et al., 2020). Se zvyšující se prevalencí pacientů po prodělané CMP vyvstává i další potřeba kvalitní zdravotní a sociální péče o tyto pacienty, jak uvádí Bruthans (2019) a zdůrazňuje, že ve většině případů se jedná o dlouhodobě nemocné pacienty. Vzhledem k tomu, že cévní mozkové příhody jsou heterogenní skupinou onemocnění, jsou rozděleny na ischemické (iCMP), které představují 80 % ze všech CMP, dále na hemoragické (hCMP), které tvoří 15 % a třetí nejmenší skupinu (5 %) s odlišným etiopatogenetickým mechanismem, kam patří subarachnoidální krvácení (SAK) a centrální venózní trombóza (CVT). Tuto klasifikaci uvádí Dufek (2002), přičemž dále podrobně a přehledně popisuje rozdělení dle lokalizace a též popisuje rizikové faktory, mezi které patří hypertenze, onemocnění srdce, diabetes mellitus, hyperlipoproteinémie, ateroskleróza i kouření.

Na druhém místě v celkovém počtu získaných poškození mozku jsou **mozková traumata**. Jsou ale nejzávažnější a nejpočetnější z hlediska trvalých následků a zároveň

jsou nejčastější příčinou úmrtí mladých osob do 45 let (Smrčka et al., 2001). Traumatické poranění mozku (TBI, z angl. traumatic brain injury) je *“náhlé zranění, které způsobí poškození mozku. Může k němu dojít při náhlém a prudkém úderu do hlavy (uzavřené poranění) nebo při proražení lebky ostrým předmětem, který pronikne až do mozku (penetrující poranění). Příznaky TBI mohou být mírné, střední nebo závažné – v závislosti na tom, do jaké míry byl mozek poraněn.”* (NZIP, 2024)

Ze získaných poškození mozku je důležité ještě zmínit **zhoubné nádory mozku**, kterým náleží deváté místo mezi afekcemi centrální nervové soustavy (Smrčka et al., 2001). Nádorů mozku je více než 100 typů podle toho, z jakých buněk primární nádor vzniká. Vzhledem k tomu nádory i různě rychle rostou a odlišně reagují i na léčbu. Např. gliomy mohou navíc z nezhoubné formy časem přejít do zhoubné. Zhoubné nádory mozku jsou tvořeny rychle se množícími buňkami, které prorůstají do zdravých oblastí mozku a tyto struktury poškozují (NZIP, 2024; Jirásek et al., 2022).

Poškození mozku má na jedince různorodý **dopad**, kdy rozsah potíží pro další život záleží na míře primárního poškození mozku a dalších přidružených poškozeních a poraněních, na výskytu případných komplikací a sekundárním poškození mozku. Významnými faktory jsou také aktuální věk jedince, stav před poškozením mozku, včasnost zásahu rychlé zdravotnické pomoci ještě před příjmem do nemocnice a poté samotný průběh hospitalizace, léčby a rehabilitace (WHO, 2006). Švestková et al. (2017) popisuje, že jen 1/3 pacientů s těžkou disabilitou se navrací do původní kvality života. Další 1/3 je schopna integrace do společnosti i zaměstnání s využitím různých pomůcek a dlouhodobých služeb a podpor. Poslední 1/3 pacientů potřebuje dlouhodobou péči v domácím prostředí nebo v domovech se zajištěnou potřebnou péčí. Problémem jsou velice často dlouhodobě a chronicky i bazální aktivity denního života (ADL – z angličtiny Activities of Daily Living), které jsou nevyhnutelné pro sebeobsluhu osoby, konkrétně jedení, oblékání, osobní hygiena a koupání, použití WC, přesuny a mobilita a následně i komplexnější činnosti související se schopností jedince samostatně fungovat v domácnosti a v širším prostředí v souvislosti se zvládnutím instrumentálních všedních denních činností – nakupování, vaření, péče o domácnost, používání dopravy a řízení auta, používání telefonu a počítače apod. (Krivošíková, 2011). Potíže bývají různé, konkrétně zejména pohybové, smyslové, kognitivní, emoční i osobnostní a mohou mít výrazný vliv na sociální participaci osoby a značně tak zasáhnou nejen do jejího osobního života, ale omezí také fungování v rodinném, společenském i pracovním životě.

Osoby s poškozením mozku se musí naučit objevovat nové možnosti seberealizace a přijmout fakt, že v mnoha oblastech to nebude stejné jako dříve. Je potřeba, aby postižená osoba i její rodina získala náhled a adaptovala se na novou situaci, což může být problematické, stejně tak jako i vztahy s blízkými i širší sociální vztahy, zájmy a volný čas, studium a zaměstnání (Lišková et al., 2014).

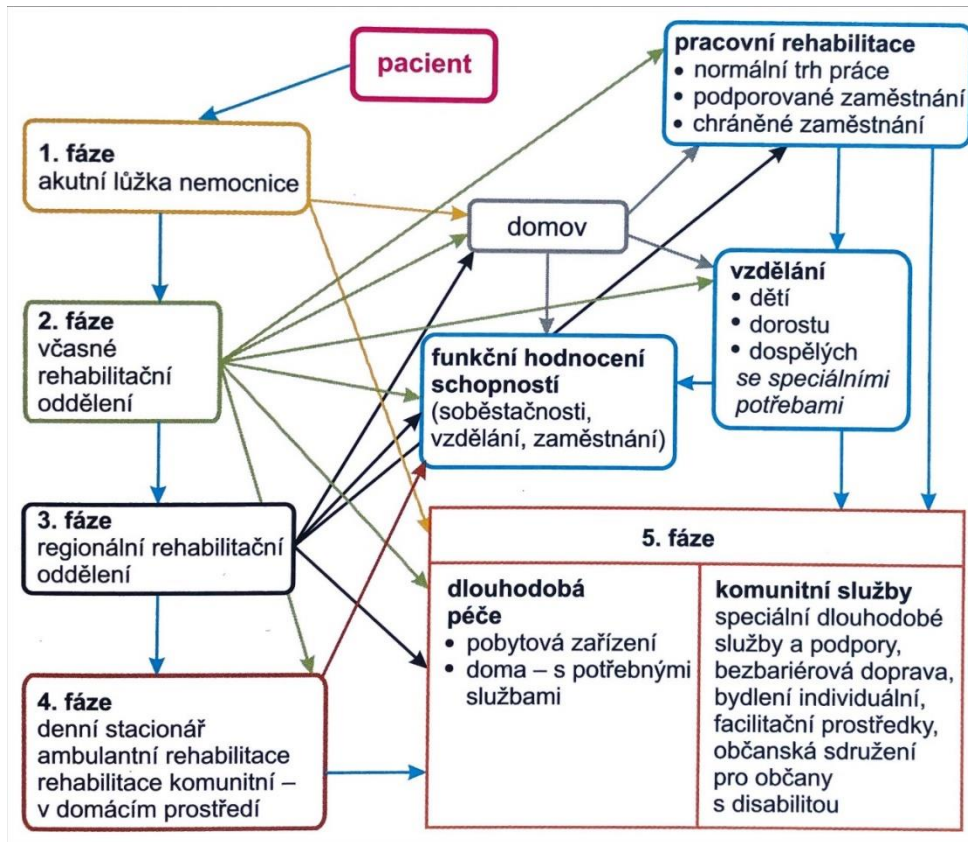
1.2 Neurorehabilitační proces

Koordinovaná neurorehabilitace má v léčbě osob po získaném poškození mozku svoje nezastupitelné místo. Hlavní zásadou je začít s ní co možná nejdříve, v akutní fázi na intenzivním nemocničním lůžku (Švestková et al., 2017). Sládková (2021) uvádí 7 hlavních zásad rehabilitace, která má být interprofesní, časná, intenzivní, dlouhodobá, individuální, koordinovaná a dostupná.

Jedná se často o velice zdlouhavý a ekonomicky náročný proces s hlavní úlohou zlepšení porušené funkce a v případě nevratného poškození i nalezení a zabezpečení kompenzačních mechanismů. Velmi podstatná je kontinuita rehabilitace ve všech fázích procesu a bez větších přerušení. U CMP trvá stacionární forma rehabilitace zhruba 3 měsíce. Včasný návrat do domácího prostředí hraje v rekonvalescenci důležitou roli. Proto se následně v ideálním případě přechází do formy, kdy je pacient doma a dochází ambulantně za odborníky, eventuálně v případě možností a dostupnosti je vhodná rehabilitace ve vlastním sociálním prostředí (Kalita, 2006; Lippertová-Grünerová, 2015). Rehabilitační program by měl být nastaven tak, aby cílil na všechny oblasti porušených funkcí, přičemž nejčastějšími problémy pacientů po cévní mozkové příhodě jsou v oblasti senzorické, kognitivní či motorické, objevují se poruchy symbolických funkcí, postižení hlavových nervů, čítí a poruchy v oblasti vestibulární a cerebelární (Kolář, 2009).

Dle Klusoňové (2011) po nemocniční léčbě může následovat další část na rehabilitačním lůžkovém oddělení, oddělení následné péče, v rehabilitačním ústavu, pacient může docházet do ambulance, či může probíhat péče v domácím prostředí. Velice přehledně znázorňuje fáze rehabilitace Švestková et al. (2017, s. 23), viz obrázek 1. Schéma dává domov do centra dění, jelikož s domovem a rodinou má být pacient/klient propojen ve všech fázích procesu a ke včasnému propuštění do vlastního sociálního prostředí se zaměřením na zvýšení funkčních schopností cílí i samotná rehabilitace.

Níže je schématicky uvedeno 5 základních fází rehabilitace.



Obrázek 1 Fáze rehabilitace (Švestková et al., 2017, s. 23)

Zároveň je podstatné zdůraznit, že rehabilitační proces je cyklus, který začíná identifikací funkčních schopností a disability osoby, stanovením limitací v oblasti aktivit a participací a následným nastavením rehabilitačních cílů z hlediska pacienta i z hlediska terapeuta. Na základě toho je stanoven krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační plán a je koordinována interprofesní rehabilitace dle indikace lékaře. Součástí cyklu je průběžné objektivní funkční hodnocení, na podstatě kterého je v rámci interprofesního týmu rozhodováno o dalším postupu. Pokud pacient/klient pokračuje v procesu, cyklus se opakuje, případně je rozhodnuto o ukončení rehabilitačního procesu na základě závěrečného funkčního zhodnocení (Švestková et al., 2017).

Z hlediska zotavování osoby po poškození mozku, můžeme rozdělit stadia na akutní, subakutní a chronické. Každé má svá specifika a vyžaduje odlišnou intervenci. V subakutním stadiu lze pozorovat postupné zlepšování stavu, navracení aktivní hybnosti, začíná se většinou rozvíjet různý stupeň spasticity. Pacienti bývají oproti akutnímu stadiu

mobilnější. Klíčová je zmíněná týmová spolupráce, přičemž z hlediska ergoterapie je zásadní vést pacienta k nácviku a podpoře soběstačnosti (Bar, Chmelová, 2011).

1.3 Koordinovaná rehabilitace v mezinárodním pojetí

V Evropské unii je dle odhadů 14 % lidí, kteří jsou poznamenáni nějakou formou disability. Kvalita úrovně rehabilitace je dle OSN kritériem kulturní úrovně společnosti (Švestková et al., 2017). Z hlediska neurorehabilitace byl významným milníkem rok 1996, kdy iniciovala Evropská federace neurologických společností (EFNS) vytvoření standardů neurorehabilitace (Švestková, 2013).

1.3.1 Rehabilitace dle Úmluvy OSN

Habilitace a rehabilitace je konkretizována v článku 26 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, přičemž uvádí, že mají státy umožnit osobám s disabilitou dosáhnout a udržet co nejvyšší úroveň samostatnosti a uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti. Za tímto účelem mají státy rozšiřovat i rehabilitační služby a programy, zejména v oblasti zdravotnictví, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb, přičemž mají začínat co nejdříve, založené na interdisciplinárním posouzení individuálních potřeb a předností, mají podporovat zapojení a začlenění do společnosti a všech oblastí života osoby a mají být dobrovolné a dostupné, co nejbližší místu bydliště. Státy jsou povinné podporovat rozvoj vzdělávání odborníků habilitačních a rehabilitačních služeb. Zároveň státy podporují dostupnost, znalosti a využívání kompenzačních pomůcek a technologií určených pro osoby s disabilitou, které usnadňují habilitaci a rehabilitaci.

1.3.2 Příklad dobré praxe systému koordinované rehabilitace v Německu

Jako příklad dobré praxe je uvedena sousední země, Německo. Gerdes et al. (2006) uvádí, že významnou roli v systému rehabilitace v Německu hraje zákonné důchodové pojištění, které do značné míry formovalo vývoj rehabilitačního systému se specifickým cílem zabránit předčasnému odchodu do důchodu. Vzhledem k tomu byl systém rehabilitace určitým způsobem odpojen od akutní péče a mohl si vybudovat své vlastní postupy. Toto umožnilo rozvinout holistický přístup s uceleným pohledem na člověka a jeho psychosociální problémy, i se širším zaměřením na předpracovní programy a vzdělávání.

Ačkoli v posledních letech hraje při rehabilitaci stále větší roli nemocenské pojištění, lze s jistotou říci, že systém rehabilitace v Německu by nedosáhl této zcela unikátní podoby, kdyby vývoj neprobíhal pod záštitou penzijních pojišťoven.

Vzhledem k celkovému počtu více než 1300 rehabilitačních klinik v Německu, představuje rehabilitace jako celek významný sektor ekonomiky, který poskytuje i mnoho pracovních příležitostí. Důležitou součástí programů je i pracovní rehabilitace, s cílem stále větší investice do přímých opatření pro pracovní integraci, spíše než řešení lékařských opatření kvůli dlouhodobé nezaměstnanosti, jak doplňuje Gerdes et al. (2006). Systém rehabilitace v Německu je přehledný, jasně daný. Dostupný je elektronický registr zařízení, kde si žadatelé mohou vybírat z řady rehabilitačních klinik v souvislosti s konkrétní fází rehabilitace apod. Kupříkladu Neurorehabilitační klinika v Kolíně nad Rýnem (BOOKINGHEALTH.COM, 2024) specializovaná na osoby po poškození mozku, u které lze na základě praktických zkušeností z ergoterapeutické stáže potvrdit funkčnost německého rehabilitačního systému, koordinovanou spoluprací odborníků a efektivitu procesu.

Zaměření na preventivní programy a pracovní uplatnění

Ve většině zemí je rehabilitace iniciována po vážné zdravotní události (srdeční infarkt, mrtvice atd.) nebo chirurgickém zákroku s cílem podpořit zotavení a obnovení funkční kapacity pacientů. Tento typ „post-akutní rehabilitace“ existuje také v Německu, ale představuje pouze přibližně 25 % všech rehabilitačních opatření. Větší část rehabilitační intervence je však zaměřena na preventivní programy. Toto rozšířené zaměření na prevenci je pravděpodobně nejvýraznějším rysem rehabilitačního systému v Německu. Cílové skupiny jsou osoby s chronickými nemocemi a s omezenou hybností, jejichž diagnózy mají progresivní charakter vývoje, který by vedl k neschopnosti pracovat a ke ztrátě nezávislosti v každodenním životě. Hlavní lékařské indikace se v těchto případech týkají onemocnění pohybového aparátu (40 %), psychosomatických poruch (17 %), rakoviny (17 %) nebo kardiovaskulárního systému (9 %). V těchto případech jsou zahajována rehabilitační opatření s cílem terciární prevence ve smyslu zpomalení progresu samotného onemocnění; edukaci v oblasti funkčních kapacit a činností; managementu bolesti; podání dostatečných informací o nemoci a výchově k vhodnému chování specifickému pro nemoc (léky, výživa, škola zad, fyzické cvičení, zvládání stresu a konfliktů, životní styl); zvládání onemocnění a jeho funkčních nebo psychosociálních

důsledků; snížení psychické tísně (úzkost, deprese, strach z budoucnosti, syndrom vyhoření, sociální izolace, narušený obraz těla nebo sebe sama atd.); poskytování poradenství v sociálních nebo pracovních problémech. Komplexní preventivní rehabilitační programy jsou prováděné pro vybrané rizikové skupiny populace při průměrné délce 3-4 týdny hospitalizace v rehabilitačních centrech specializovaných pro určité skupiny lékařských indikací (např. ortopedické, kardiologické apod.). Programy jsou nastaveny s cílem snížení počtu osob, které by odcházely do předčasného důchodu a jako prevence předcházení vážným zdravotním postižením a následkům dříve, než bude nutná intenzivní rehabilitace po vzniku náhlé zdravotní události (Gerdes et al., 2006).

Fázový model v neurorehabilitaci

V neurorehabilitaci od roku 1994 funguje v Německu fázový model, s označením fází A-F. V modelu je jasně stanoveno, do které fáze rehabilitace má být pacient přijat. Podle Barthelové indexu (BI) probíhá zařazení pacientů v rámci jednotlivých fází (Hömberg in Hempler et al., 2018; Lippertová-Grünerová, 2012).

Fáze A – Akutní péče – Pacienti jsou hospitalizováni na iktové jednotce nebo na jednotce intenzivní péče. Z rehabilitace probíhá nejčastěji fyzioterapie a ergoterapie.

Fáze B – BI 0-35 bodů – Postakutní období časně rehabilitační fáze (lůžková péče) – Pacienti stále potřebují intenzivní péči, ale mohou začít s komplexními včasnými rehabilitačními opatřeními. Rehabilitace je zaměřena zejména na podporu senzoryky, motoriky, aktivit denního života. Pokud po osmi týdnech není znatelné funkční zlepšení (za podmínky nenarušeného průběhu terapie), tato fáze je ukončena. Po propuštění z fáze B je indikováno pokračování ve fázi C nebo F.

Fáze C – BI 35-65 bodů – Postakutní období – fáze rehabilitace (lůžková péče) – Pacienti se již během terapie mohou aktivně zapojit, ale stále potřebují vysokou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Pacient má několik terapií denně trvajících průměrně 30 minut. Zaměření je zejména na co nejvyšší samostatnost v aktivitách denního života, znovuoobnovení základních funkcí nervového systému, zlepšení mobility a lokomoce, indikaci pomůcek, poradenství. Fáze zahrnuje většinou 8týdenní interval průběžných hodnocení a může trvat u některých pacientů i půl roku. Dále záleží na průběhu

rehabilitace, zda pacient dále pokračuje ve fázi D, E nebo F. V případě funkčního zlepšení je z fáze F možnost opětovného příjmu do fáze C.

Fáze D – BI nad 65 bodů – Postakutní období – Rehabilitační a následná léčebná péče (lůžková nebo ambulantní) – Pacienti dokončili časnou mobilizační fázi a jsou většinou nezávislí. Cílem terapií je znovuoobnovení funkcí centrálního nervového systému, nezbytných pro aktivní život ve společnosti. Dále se vzhledem k tomu tedy pokračuje ve fázi D s možností opětovného přijetí do fáze D po určitém časovém intervalu.

Fáze E – Pracovní rehabilitace a následná péče – Pacienti absolvovali léčebnou rehabilitaci, ale potřebují další léčebné služby, aby se mohli začlenit např. do pracovního a komunitního života. Terapie je zaměřená na udržení dosažených úspěchů a zamezení sekundárnímu poškození s využitím kompenzačních strategií. Dále se jedná o podporu zlepšení tělesné, psychické a duševní kondice podporující integraci v rodinném životě či školním a sociálním okolí s nutností zajištění potřebných technických pomůcek pro život v domácím prostředí, nutné stavební úpravy, podpora participace nejen v zaměstnání, ale též ve volném čase pacienta/klienta.

Fáze F – Dlouhodobá péče – Pacienti potřebují trvalou a podpůrnou dlouhodobou péči. Jedná se o péči o pacienty s těžkými funkčními deficity. Je možná i péče v rodinném kruhu s technickou a terapeutickou podporou, avšak doporučována je kombinovaná forma umístění pacientů s intervaly možností rodinné péče, z důvodu hrozícího vysílení rodiny. V případě zlepšení stavu je opět možné přijmout pacienta do předchozích rehabilitačních fází.

1.4 Koordinovaná rehabilitace v ČR a legislativní problematika

V České republice výborně funguje přednemocniční i nemocniční péče o pacienty s těžkým postižením mozku. Co se týče nákladů za péči, jedná se o úplný opak v porovnání s německým modelem, jelikož 80–90% nákladů je využito v prvních týdnech, avšak zcela chybí následná adekvátní neurorehabilitace. Přitom by bylo vhodné se inspirovat právě v Německu efektivním systémem fázové neurorehabilitace, který lze aplikovat i u nás s minimálními úpravami. Na rozdíl od našeho systému tvoří v německém modelu náklady za akutní péči pouze zlomek nákladů. Vzhledem k našemu nefungujícímu systému se u nás pacienti nevracejí do práce, nejsou schopni samostatně žít v rodinách, a dokonce v některých, bohužel ne ojedinělých případech, zůstávají odloženi bez adekvátní péče na lůžkách dlouhodobě nemocných (LDN) (Navrátil in MPSV, 2012). Tato *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* byla popsána již v roce 2012. Bohužel i navzdory snahám odborníků z oblasti neurorehabilitace dochází ke změnám jen postupně a velice pomalu, díky rigiditě našeho systému. Z fází rehabilitace z výše uvedeného obrázku 1 pořád převažuje 1. a 2. fáze, tedy akutní a včasné rehabilitace. Na jednu stranu je sice důležité začít s intenzivní rehabilitací co nejdříve, avšak návaznost a podpora přechodu do vlastního sociálního prostředí je neméně důležitá pro následné zlepšování funkčního stavu a výše popsanou podporu návratu do pracovního procesu.

1.4.1 Připravovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci

V roce 2012 byla vydána *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* (MPSV, 2012).

V květnu 2015 časopis Florence zveřejnil informace na základě konference v Senátu, že MPSV chystá zákonnou úpravu koordinované rehabilitace, přičemž pořád zatím zůstalo jen u věcného záměru zákona. MPSV mělo snahu spolupracovat s ministry zdravotnictví a školství a věřilo, že napotřetí se již podaří stanovit pravidla a řád (Florence, 2015).

Asociace ucelené rehabilitace (2024) na svém webu hodnotí na základě informací z MPSV aktuální stav následovně:

“Chápeme rehabilitaci jako koordinovaný proces složený z rehabilitace léčebné, psychologické, rodinné, volnočasové, ale také sociální, výchovné, pracovní, a nově úrazové. Léčebnou složku považujeme za směrodatnou pro úspěšnost dalších

navazujících procesů, tedy i rehabilitace sociální či pracovní a dalších. Připravovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci by měl být v souladu s koncepcí oboru Rehabilitační a fyzikální lékařství, stejně tak jako prostředky léčebné rehabilitace, síť lůžek včasné rehabilitace a síť rehabilitačních center.”

“Od roku 1999 usiluje Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti o přijetí myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace odbornou i laickou veřejností. Od roku 1999 MPSV pracuje na koncepci ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Ani jedna z těchto snah nedoznala očekávaných výsledků tedy schválení tolik potřebného zákona o rehabilitaci, a to včetně ustanovení rehabilitačních center a sítě rehabilitačních lůžek. Ministerstvo práce a sociálních věcí takřka dvě desetiletí řeší rehabilitaci osob se zdravotním postižením a odborná obec z rehabilitačního lékařství nezajistila legislativní podporu ministerstva zdravotnictví.” (Asociace ucelené rehabilitace, 2024)

1.4.2 Faktory vedoucí ke zlepšení situace

Navzdory výše popsaným negativům lze pozitivně hodnotit vývoj v oblasti iktové péče. V roce 2019 výbor cerebrovaskulární sekce analyzoval faktory vedoucí ke zlepšení péče o pacienty po CMP. Jak popisuje Bar a Tomek (2020), nastaly tyto pozitivní změny:

- zřízení sítě iktových center,
- uveřejnění přednemocniční triáže pro záchrannou službu s povinností iktového centra převzít pacienta s podezřením na CMP 24 hodin od vzniku příhody,
- sběr indikátorů kvality a jejich zpětné souhrnné zasílání iktovým centrům,
- publikování doporučených postupů odbornou společností,
- aktivita iniciativy Angels v edukaci záchranářů a zdravotnického personálu iktových center.

Jak je ale z výše uvedeného popisu patrné, opět se jedná o fázi ve chvíli záchrany života a fázi akutní. Léčba pacientů po cévní mozkové příhodě na specializovaných iktových jednotkách se ale ukázala jako přínosná vzhledem ke zvyšujícímu se počtu reintegrovaných do rodinného a komunitního života, jak uvádí v závěru studie Angerová et al. (2021). Autoři doplňují, že pro pacienty v produktivním věku však může být užitečné větší zaměření na návrat do pracovního procesu jako součást rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Je také možné využít již existující síť ergodiagnostických

center a subjektů poskytujících předpracovní a pracovní rehabilitace, která je zabezpečována dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění a vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. Chybí nám stále koordinovaná rehabilitační intervence ve vlastním sociálním prostředí.

1.4.3 Bariéry pro zavedení koordinované rehabilitace v domácím prostředí

Problémem je zejména financování, nepropojenost zdravotní a sociální sféry a celková (ne)systémová koordinace péče, proto je pouze velice málo poskytovatelů zaměřených na domácí zdravotní péči nabízející v rámci rehabilitace i další důležité služby, jako je například ergoterapie.

Příkladem dobré praxe může být Komplexní domácí péče EZRA, patřící do systému sociálních služeb. Poskytuje integrovanou formu sociální a zdravotní péče, jejímž cílem je odstranění nepříznivé životní situace, aktivizace a podpora soběstačnosti a nezávislosti a podpora života uživatelů služeb ve vlastním domácím prostředí. Mimo klasickou domácí zdravotní péči zajišťuje například i ergoterapii, která je poskytována na doporučení ošetřujícího lékaře nebo pracovníků KDP EZRA, jak uvádí na svých stránkách. Lze tedy najít cestu, jak zabezpečit tyto služby, avšak často obtížným způsobem. Jelikož domácí zdravotní péče je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění a je určena pro všechny věkové kategorie klientů, kteří mají zdravotní problém. Domácí zdravotní péči předepisuje registrující praktický lékař klienta, či lékař při propuštění z nemocnice, který zároveň rozhoduje o rozsahu poskytování domácí zdravotní péče (Custodium, 2024). Často pacientům a jejich rodinám chybí tyto informace. Zároveň zdravotní pojišťovny kladou velké bariéry pro některé odbornosti ve snaze o jejich působnost v komunitní oblasti, zejména co se týče nasmlouvání kódů pro domácí intervenci, konkrétně například v případě ergoterapie.

1.4.4 Financování ergoterapie ve vlastním sociálním prostředí

Podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), § 10, je Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta *a) návštěvní služba, b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.* Dle § 11 mohou být mimo zdravotnické zařízení poskytovány zdravotní výkony v rámci preventivní péče zaměřené

na předcházení onemocnění a jeho včasné rozpoznání, a to na základě povolení uděleného krajským úřadem.

Úhrady upravuje Vyhláška č. 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví, v aktuálním platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Pokud se podíváme na odbornost ergoterapeut, speciální kód pro domácí návštěvu ergoterapeutem zde chybí. Ke zvážení jsou kódy bez omezení místa intervence, konkrétně vhodné:

- ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ – kód 21614 –2x (celkem 2 x 20 min. za jeden den), 6x za čtvrtletí: *Vyšetření prováděné ergoterapeutem za účelem doporučení vhodných produktů a technologií pro překonání bariér v aktivitách a participaci denního života. Ergoterapeut při vyšetření posuzuje aktuální schopnost provedení denní činnosti v porovnání s jeho výkonem za předpokladu dostupnosti vhodných technologií a produktů k usnadnění denních činností. Na základě zjištění doporučuje vhodné facilitátory.*
- NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL - 21625 – 2x (2 x 30 min. Za den), 48x za čtvrtletí: *Trénink všedních denních činností personálních a instrumentálních, pod vedením ergoterapeuta.*
- KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ (v případě, že ergoterapeut využije i hodnocení dle ICF) - kód 21612 – 1x (30 min.), 3x za čtvrtletí: *Klasifikování funkčního stavu osoby s disabilitou z bio-psycho-sociálního pohledu především v oblasti tělesných funkcí, aktivit a participací a faktorů prostředí. Určení výše kvalifikátoru výkonu a kapacity v oblasti komponent aktivit a participací u osoby s disabilitou. A dále určení výše kvalifikátoru u bariéry a facilitátoru v oblasti faktorů prostředí u osoby s disabilitou pomocí škály MKF.*

Vzhledem k tomu, že domácí ergoterapeutická návštěva bývá časově náročná a zpravidla obsahuje minimálně první dva úkony, lze tak počítat s časem 100 minut při nasmlouvání uvedených kódů. Pokud terapeut využije i hodnocení ICF, čas lze prodloužit o dalších 30 minut, tedy maximálně celkem 130 minut. Opět úhradová vyhláška nepočítá v tomto případě pro ergoterapeuta s proplacením cesty ke klientovi. Je potřeba zdůraznit, že vždy

je uveden konkrétní nositel kódu dle požadovaného vzdělání, dohledu apod. A je důležité splnit další podmínky stanovené platnou legislativou pro poskytování služby v místě bydliště a celkově poskytování zdravotnických či sociálních služeb.

Dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění, může ergoterapeut provádět bez odborného dohledu a bez indikace, kromě jiného poradenskou činnost a instruktáž v oblasti úprav pracovního prostředí, aplikovat zásady ergonomie, doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí i seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Ve všech zákonech, týkajících se jak zdravotní, tak sociální sféry, narážíme na chybějící popis koordinace složek rehabilitace a absenci propojení sociální a zdravotní složky, kterou by právě vyřešil zákon o koordinované rehabilitaci.

1.4.5 Systémy pro podporu občanů s disabilitou

Systém sociálního zabezpečení je v ČR tvořen třemi základními pilíři, jak uvádí Sládková (2021), konkrétně *systémem sociálního pojištění* (nemocenské a důchodové pojištění), *systémem státní sociální podpory* dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, porodné a pohřebné) a *systémem sociální pomoci* dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi (dávky v hmotné nouzi, mezi které patří příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc a *dávky sociální péče* zahrnující příspěvek na péči dle 4 stupňů závislosti na pomoci fyzickou osobou a příspěvek pro zdravotně postižené - průkazy, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a na výpůjčku zvláštní pomůcky).

V rámci nepojistných systémů lze žádat právě o dávky sociální péče. Nepojistné systémy se řídí se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním platném znění a zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tyto systémy nejsou vázané na platbu sociálního ani zdravotního pojištění. Veškeré dávky nepojistných systémů má na starosti místo příslušná krajská pobočka Úřadu práce na základě podané písemné žádosti žadatele (Sládková, 2021). Vzhledem k charakteru práce jsou dále specifikovány dávky sociální péče.

Příspěvek na péči

“Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění pomoci, která může být poskytována prostřednictvím sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.” (MPSV, 2024)

Na základě výše uvedeného je potřeba zdůraznit, že příspěvek patří osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příjemci mohou z příspěvku dle vlastního uvážení hradit služby jim poskytované osobou blízkou, asistenty sociální péče, registrovaným poskytovatelem sociálních služeb nebo zařízením hospicového typu (pece.cz, 2024).

“Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládnout tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let).” (MPSV, 2024)

Od 1. 7. 2024 se zvýšil příspěvek na péči pro osoby ve stupni závislosti II, III a IV a nově byl přidán stupeň IV+, pro osoby zcela závislé na pomoci v domácí péči. Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc je tímto následující:

- stupeň závislosti I (lehká závislost) - 880 Kč (bez zvýšení)
- stupeň závislosti II (středně těžká závislost) - ze 4.400 Kč na 4.900 Kč
- stupeň závislosti III (těžká závislost) - z 12.800 Kč na 14.800 Kč
- stupeň závislosti IV (úplná závislost s péčí v pobytových službách) - z 19.200 Kč na 23.000 Kč
- stupeň závislosti IV+ (úplná závislost s péčí mimo pobytové služby) - 27.000 Kč (nový stupeň)

Průkaz občana se zdravotním postižením

Průkazy občanů s disabilitou jsou vydávány dle stupně postižení (MPSV, 2024):

- *Průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (průkaz TP)*
Nárok má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti, včetně osob s poruchou autistického spektra, při dlouhodobě nepříznivém zdravotním

stavu, která je schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Nárok má dále osoba se středně těžkým funkčním postižením orientace při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, která je schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a má zhoršenou schopnost orientace jen v exteriéru.

- *Průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP)*
Nárok má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti, včetně osob s poruchou autistického spektra, která je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Dále má nárok osoba s těžkým funkčním postižením orientace, která je schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.
- *Průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P)*
Nárok má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku, případně při postižení orientace není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Příspěvek na mobilitu

Dle Zákona č. 329/2011 Sb. má nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením „ZTP“ nebo „ZTP/P“, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách. Výše příspěvku na mobilitu činí za kalendářní měsíc 900 Kč, případně 2900 Kč pro osobu, která využívá po celý kalendářní měsíc zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnický prostředek pro domácí plicní umělou ventilaci, a tuto skutečnost krajské pobočce Úřadu práce prokázala potvrzením příslušné zdravotní pojišťovny.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Dle Zákona č. 329/2011 Sb. příspěvek na zvláštní pomůcku nelze poskytnout, jestliže zvláštní pomůcka je zdravotnickým prostředkem, který je plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou. *“Příspěvek se poskytuje na zvláštní pomůcku v základním provedení, které osobě vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení plně vyhovuje a splňuje podmínku nejmenší ekonomické náročnosti.”* Tato podmínka se nevyžaduje v případě příspěvku na pořízení motorového vozidla nebo je-li oprávněnou osobou dítě.

Zákon č. 329/2011 Sb. dále uvádí: *“Příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení svislé zdvihací plošiny nebo šikmé zvedací plošiny se poskytne, jen jestliže odstranění bariéry nelze dosáhnout prostřednictvím schodolezu. Jde-li o poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení svislé zdvihací plošiny, šikmé zvedací plošiny, schodišťové sedačky nebo stropního zvedacího systému, je osoba povinna pro účely posouzení splnění podmínky uvedené ve větě první předložit na výzvu krajské pobočky Úřadu práce alespoň 2 návrhy řešení odstranění bariéry, včetně ceny.”*

Výše příspěvku dle Zákona č. 329/2011 Sb. je následující: Na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je nižší než 10000 Kč, se příspěvek na zvláštní pomůcku poskytne v případě splnění podmínek životního minima. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, aby spoluúcast osoby činila 1000 Kč. U pomůcky, jejíž cena je vyšší než 10000 Kč, se stanoví tak, aby spoluúcast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350000 Kč, v případě svislé zdvihací plošiny nebo šikmé zvedací plošiny maximální výše příspěvku činí 500000 Kč. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti 10 %, krajská pobočka Úřadu práce na základě řádného posouzení určí nižší výši spoluúčasti, minimálně však 1000 Kč. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla, činí 100000–200000 Kč dle úrovně životního minima nebo 200000 Kč, je-li tento příspěvek poskytován nezletilé osobě.

“Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800000 Kč nebo 850000 Kč, jestliže byl v této době poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení svislé zdvihací plošiny nebo šikmé zvedací plošiny. Od vyplacených částek se při určování součtu odečítají částky, které osoba v tomto období vrátila nebo jejichž vrácení bylo prominuto.” (Česko, 2011)

1.5 Základní principy mezioborové spolupráce

Koordinovaná rehabilitace bez fungující interprofesní spolupráce nemůže být koordinovanou rehabilitací. V neurorehabilitaci hraje významnou roli interdisciplinární tým odborníků, mezi které patří zejména ošetřující lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, klinický logoped, (zdravotně-)sociální pracovník (Klusoňová, 2011). Švestková et al. (2017) nevynechává dále ani speciálního pedagoga, zdravotní sestry, dále do týmu patří i protetici, nutriční terapeuti, biomedicínské inženýři, posudkoví lékaři a zcela opodstatněně i rodina a přátelé pacienta/klienta. Dominující osobou interprofesního týmu je rehabilitační lékař, se specializací v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, který indikuje intervenci dalších odborníků dle potřeb rehabilitanta na základě klinického vyšetření, jak uvádí Sládková (2021) a dále doplňuje, že se na práci týmu mohou podílet i další odborníci, jako např. adiktolog, muzikoterapeut či taneční terapeut apod.

Důležitost včasné intervence odborníků a jejich vzájemné týmové spolupráce v rámci neurorehabilitace nelze popřít (Mokrusch, 2021, Krogager Mathiasen et al., 2020). Jak uvádí i Ponsford (2004), týmový přístup zaměřený na facilitaci potřebných oblastí souvisejících s potřebami osoby po poškození mozku je důležitý pro úspěšný návrat osoby s poškozením mozku do komunity. V této souvislosti je významný moment přechodu pacienta/klienta ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí. Je obvyklé, že ergoterapeut s fyzioterapeutem často pracují v tandemu, jsou zvyklí spolupracovat a mají k sobě profesně blízko. Ale právě ve fázi přechodu z institucionálního do domácího prostředí je důležitá i úzká spolupráce ergoterapeuta se sociálním pracovníkem. Je potřeba si též uvědomit, že absence návaznosti zdravotně-sociální rehabilitace zvyšuje předpoklad zpomalení návratu osob do běžného života.

Význam efektivní komunikace s pacientem a komunikace mezi terapeuty navzájem je nezpochybnitelný. „*Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií.*“ (Janáčková, Weiss, 2008)

Vzájemnou komunikací a spoluprací se zároveň rozvíjí každý člen a zkušenosti a dovednosti jednotlivých členů se při spolupráci kombinují (Kolajová, 2006).

Komunikace v týmu se nesmí zastavit, lidé mají být průběžně informováni a mají možnost se vyjádřit k výsledkům (Vosoba, 2001).

Motorem spolupráce je naplnění zájmů účastníků procesu (Plamínek, 2009). Při společné práci má každý člen svoji roli a akceptuje ji. Tým nemůže fungovat, aniž by jeho členové nepovažovali za ústřední věc společnou práci, společné zájmy a ve spolupráci viděli výhody (Meier, 2009). Týmová spolupráce je základní pracovní metoda týmů, jejími klíčovými předpoklady jsou rozmanitost rolí a lidských zdrojů a sdílení cílů a hodnot. Spolupráce nevzniká na kurzu. Nevzniká ani tým, že ji někdo nařídí. Spolupráce vzniká vytvářením vhodných podmínek pro to, aby se lidem vyplatilo spolupracovat (Plamínek, 2008). Meier (2009) tvrdí, že důkazem týmové schopnosti je vyvážení vlastností jednotlivých členů. Mezi tyto týmové schopnosti patří pozitivní postoj k týmové práci, myšlenková pružnost, kreativita a zvědavost, frustrační tolerance (schopnost zvládat situaci, ve které se člověku nepodařilo prosadit), schopnost přijmout kritiku, schopnost a ochota učit se.

Kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků jsou uvedeny ve *Vyhlášce č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* Nejnovější *Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů*, žádné změny pro odbornost ergoterapeut neuvádí.

Tato práce se specificky věnuje zejména intervenci ergoterapeuta v kooperaci se sociálním pracovníkem. Dle toho je dále i blíže uveden popis zaměření této odbornosti v různých fázích rehabilitačního procesu a specificky též interakce v rámci zdravotní a sociální rehabilitace.

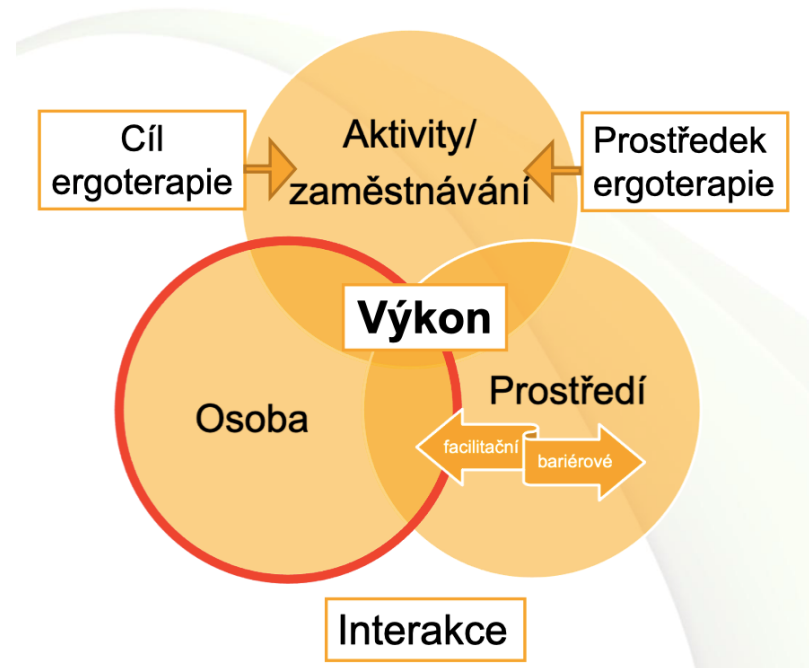
1.6 Ergoterapie v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu

Pojem “ergoterapie” pochází z řeckého “ergon”, v překladu “práce” a “therapia” značí “vedení, doprovázení, léčení”. V angličtině se pro ergoterapii používá označení „occupational therapy.“

Ergoterapeut je zdravotnický pracovník, jehož hlavním terapeutickým cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti, nezávislosti a participace jedince ve společnosti. Snahou je dosažení optimální kvality života a nezávislosti osob s různým typem disability (fyzickým, psychickým, mentálním, smyslovým nebo sociálním znevýhodněním) v jakémkoliv věku. Ergoterapeut plně respektuje osobnost, individualitu a možnosti jedince. Ergoterapeut využívá různé přístupy pro funkční aktivizaci horní končetiny, čímž zároveň podporuje plasticitu mozku a ovlivňuje kognitivní funkce. Prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností potřebných pro zvládnutí běžných denních činností, pracovních, zájmových a rekreačních aktivit (Jelínková, Krivošíková, 2007). Svými odbornými znalostmi a zaměřením je úzce spojen i se sociální rehabilitací a běžně pracuje v dlouhodobých sociálních službách. Zaměstnanost a návrat osoby do běžného života je nejvyšším úspěchem v ergoterapii, přičemž smysluplná činnost je terapeutickým prostředkem i cílem samotné terapie (Švestková, Svěcená, 2014; Švestková, 2015).

Interakce osoba-činnost-prostředí je ústřední triádou ergoterapie, přičemž aktivity a zaměstnávání jsou cílem a zároveň terapeutickým prostředkem. V ergoterapii jsou tyto pojmy často skloňovány; *osoba* (především její funkční schopnosti a soběstačnost – aktivity denního života, (z anglického originálu Activities of Daily Living, ADL), *prostředí* (v němž osoba žije, s důrazem na hodnocení bariér a řešení facilitátorů – kompenzačních pomůcek, úprav prostředí apod.) a *zaměstnávání* (veškeré činnosti, které osoba provádí – od základních běžných denních aktivit po komplexní činnosti, volnočasové aktivity a zaměstnání, tedy práci, kterou vykonává či vykonávala). Tato vzájemná interakce ovlivňuje výkon jedince (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Vycházíme z tzv. Modelu PEO (The Person-Environment-Occupation Model), znázorněný na obrázku 2, který pomáhá ergoterapeutům si uvědomit, že veškeré činnosti se odehrávají v určitém prostředí, které může být facilitační nebo bariérové. Prostředí je jednou z komponent, která rozhoduje o tom, jak bude terapie klienta cílená (Jelínková, 2023).

V ergoterapii je myšleno **zaměstnáváním** (z angl. “occupation”) skupina činností, která má individuální a sociokulturní význam, podporuje participaci ve společnosti a má v dané kultuře svůj smysl a označení. Zaměstnávání je možné rozdělit na tři oblasti: soběstačnost, produktivitu (práci) a volný čas. **Aktivita** je uspořádaný sled úkonů nebo úkolů, které se podílí na zaměstnávání (Česká asociace ergoterapeutů, 2008; Jelínková, Krivošíková, 2007; Jelínková, 2023).



Obrázek 2 PEO Model – Zaměření ergoterapie a interakce osoba-činnost-prostředí (Zdroj: Vlastní zpracování publikováno in Vacková et al., 2020 dle Law et al., 1996; Česká asociace ergoterapeutů, 2008; Jelínková, Krivošíková, 2007; Jelínková, 2023)

Aby byla ergoterapeutická intervence vhodně přizpůsobena individuálním potřebám dané osoby s disabilitou, je důležité pečlivé a podrobné posouzení soběstačnosti, která je rozdělena do dvou hlavních kategorií (Krivošíková, 2011):

- pADL - personální aktivity denního života (z angl. Personal Activities of Daily Living), mezi které patří jedení, oblékání, osobní hygiena, koupání, přesuny, mobilita, použití WC a kontinence;
- iADL - instrumentální aktivity denního života (z angl. Instrumental Activities of Daily Living) zahrnující přípravu jídla, domácí práce, nakupování, transport, vedení domácnosti a management financí, funkční komunikace, management léků, péče o druhé.

Mezi hlavní fáze ergoterapeutického procesu patří vstupní hodnocení, intervence a hodnocení průběžné či závěrečné ke stanovení výsledků a úspěšnosti procesu. Cílem je dosažení zdraví, stavu životní pohody a participace jedince v životních aktivitách přes angažovanost v zaměstnávání (AOTA, 2020). Tyto fáze ergoterapie se mohou zároveň opakovat v jednotlivých fázích rehabilitačního procesu, ve kterých má ergoterapie svá specifika dle toho, jak se vyvíjí funkční stav osoby, její soběstačnost, schopnost začlenění do domácího prostředí, společnosti či pracovního procesu.

1.6.1 Ergoterapie v akutní fázi

Je důležité, aby byla rehabilitace zahájena co nejdříve, obvykle již po dvou dnech od stabilizace stavu pacienta. V této fázi je velice důležité časté polohování jako předcházení rozvoje kontraktur a dekubitů, dle možností i mobilita na lůžku (minimálně přetáčení). Pomocí zdravé končetiny pohybuje pacient postiženou končetinou, později se cvičí i opěrná funkce končetin. Kromě funkcí pohybových je cíleno i na poruchy řeči, vnímání apod. (NZIP, 2024).

V této fázi je kromě výše uvedeného ergoterapie (ideálně v tandemu s fyzioterapeutem) zaměřena na základní životní potřeby a soběstačnost na lůžku (zapojování do sebesycení, samostatné napití, hygiena na lůžku), provádění základních pohybů a aktivizace dle stavu pacienta. Dle Věstníku MZ ČR (2010) má být v komplexním cerebrovaskulárním centru i v iktovém centru 1 ergoterapeut na 7 lůžek s dostupností 6 dnů v týdnu.

1.6.2 Ergoterapie v subakutní fázi

Pacienti jsou překládáni na rehabilitační oddělení nemocnic nebo do rehabilitačních ústavů. Pokud by se z důvodu naplnění kapacity pacient na takovéto lůžko nedostal a byla by přerušena návaznost, je nutné dodržovat pokyny rehabilitačního lékaře pro cvičení v domácím prostředí pod maximálním odborným dohledem. Rehabilitace se v každém případě v tomto období soustředí na maximální možné uvedení pacienta zpět do života, proto je zásadní právě ergoterapie, která se zaměřuje nejdříve na aktivity jednoduchých denních činností (hygiena, koupání, jedení, oblékání) až po činnosti širší soběstačnosti v instrumentálních aktivitách v souvislosti s péčí o domácnost, jako je vaření, úklid či nakupování. Mobilita a lokomoce jsou doménou fyzioterapeuta, přičemž ergoterapeut vertikalizaci či chůzi podporuje zejména v rámci nácviku výše uvedených aktivit a ideálně v tandemu s fyzioterapeutem. Velice důležitou část intervence tvoří zaměření na vyzkoušení a instruktáž v oblasti kompenzačních pomůcek, které pacientům pomohou

překonat nedostatky spojené s disabilní situací. Pozornost je věnována i případným poruchám řeči, kognitivních funkcí apod. (NZIP, 2024).

Ergoterapeut provádí terapii horních končetin, přičemž vzhledem k hemiparéze trénuje s využitím specifických přístupů a technik zapojení postižené končetiny do činností s využitím bimanuálních úchopů, kdy jsou ruce vzájemně propletené, a zdravá ruka dopomáhá nemocné. Později trénuje každou končetinu zvlášť a provádí pořád jemnější činnosti. Často dochází ke změnám v oblasti paretického ramene, zejména bolestivosti či ztuhlosti, které je potřeba též ovlivnit. Dále je prováděna terapie s cílem prevence rozvoje kontraktur a zabránění celkové imobilizace osoby, terapie se zaměřením na posílení psychického stavu apod. (Votava, 2001).

Dle dostupných studií a doporučení by u pacientů po poškození mozku, specificky CMP, měla být rehabilitace strukturována tak, aby poskytovala co nejvíce plánované ergoterapie (Lohse et al., 2014; Veerbeek et al., 2014; Schneider et al., 2016). Doporučuje se denně minimálně tři hodiny plánované terapie (ergoterapie a fyzioterapie), přičemž je třeba zajistit, aby během této doby proběhly alespoň dvě hodiny aktivního nácviku úkolů (Lohse et al., 2014; Schneider et al., 2016). U pacientů je důležitá motivace k pokračování v aktivitách i mimo plánované terapie. Součástí by měly být strategie samostatného, nezávislého cvičení, částečně řízeného cvičení, cvičení s asistencí, případně se zapojením rodiny/přátel.

Výzkum na lůžkách včasné rehabilitace potvrdil, že ergoterapeutická intervence na těchto lůžkách ovlivňuje soběstačnost i délku hospitalizace. Cílem bylo zhodnotit délku hospitalizace ve vztahu k soběstačnosti pacientů na konci hospitalizace. Výsledky na souboru 84 pacientů ukázaly, že hodnoty vstupního FIM testu souvisejí s délkou hospitalizace na lůžkách včasné rehabilitace a že délka hospitalizace souvisí s hodnotou rozdílu vstupního a výstupního FIM testu. Autoři doporučují na základě výsledků uvažovat již při příjmu o delší hospitalizaci u velmi těžce disabilních pacientů (Kráľová, Gueye, Švestková, 2019).

1.6.3 Ergoterapie ve fázi přechodu do domácího prostředí

Volný et al. (2016) v přehledně zpracovaném materiálu pro pacienty po CMP uvádí, že délka hospitalizace se v jednotlivých zařízeních liší, většinou se pohybuje v rozmezí jednoho až tří měsíců, dále dle individuálních potřeb pacienta a schválení délky hospitalizace pojišťovnou. V jakékoliv fázi léčby lze zajistit péči v domácím prostředí

v případě, že zdravotní stav nevyžaduje celodenní lékařskou péči. Obecně je stěžejní zajistit pečující osobu (v případě potřeby), dále terénní služby či kompenzační pomůcky na základě indikace lékaře (nejčastěji rehabilitačního či praktického lékaře, neurologa, ortopeda). Dále je nezbytné zvážit žádost o příspěvek na péči ve spolupráci se sociálním pracovníkem, příspěvek na mobilitu a po uplynutí lhůty pracovní neschopnosti požádat v případě disability o invalidní důchod. Je možnost využít pečovatelskou službu na základě Zákona o sociálních službách, kterou hradí uživatel. Dále je ke zvážení agentura domácí zdravotní péče, nebo také domácí ošetrovatelská péče poskytovaná na základě doporučení ošetřujícího lékaře a hrazena zdravotní pojišťovnou, zahrnující i ošetrovatelskou rehabilitační péči (Volný et al., 2016).

Ve fázi přechodu do domácího prostředí by měl hrát důležitou roli case manager. Nejčastěji jím bývá sociální pracovník, ale předpoklady pro tuto roli má i ergoterapeut. Cílem je dosažení efektivity poskytovaných služeb. Stuchlík (2002) definuje case management jako aktivitu propojující systém služeb s uživatelem a koordinující různé součásti systému služeb jako základní řešení k zajištění kontinuity péče a odstranění systémových problémů rigidity či fragmentace systému, zneužívání některých zařízení a nedostupnosti některých služeb.

Ambulantní péče je vhodná především pro pacienty, kteří mají jen lehčí formy disability a jsou schopni sami, nebo s pomocí členů rodiny pravidelně docházet do rehabilitačního zařízení (NZIP, 2024). Ergoterapeutická intervence formou domácí návštěvy s cílem evaluace bytu může právě v této fázi urychlit návrat pacienta do jeho přirozeného prostředí a významně ovlivnit jeho adaptaci na novou situaci. Ergoterapeut hodnotí funkční schopnosti klienta vzhledem k provádění běžných denních činností (personálních i instrumentálních) v domácím prostředí a provádí nácvik těchto aktivit, řeší ergonomii a bezpečnost provádění ADL. Nejdůležitější součástí ergoterapeutické evaluace bytu je v tomto období identifikace architektonických bariér v exteriéru a interiéru, zhodnocení a návrhů facilitačních prostředků – kompenzačních pomůcek a úprav (Jelínková, Krivošíková, 2007). V této fázi se ergoterapeut více zaměřuje na komplexnější, instrumentální aktivity běžného denního života (iADL), v souvislosti s fungováním v domácnosti, péčí o domácnost, rodinu, transport, nakupování apod. Zároveň sociální pracovník provádí sociální šetření dle zákona o sociálních službách (Sládková, 2021). Kooperace s ergoterapeutem by byla optimální v souvislosti se zaměřením této činnosti. V praxi vzhledem k systému a nedostatku ergoterapeutů není toto zatím běžné.

1.6.4 Ergoterapie v chronické fázi onemocnění

Case manager by měl ve své aktivitě pokračovat, případně může roli převzít jiná odbornost, pokud jím byl například sociální pracovník a klient využívá spíše jiné služby. Může jím být i ergoterapeut. I když jak Sládková (2021) uvádí, klíčovou osobou pro oblast sociální práce je sociální pracovník, který nejen pomáhá s návratem do domácího prostředí z ústavního zařízení, tedy v části popisované výše, ale zároveň následně pomáhá při začleňování do pracovního procesu. Jedná se o nezastupitelného člena interprofesního rehabilitačního týmu.

Cílem ergoterapie je udržení dosaženého funkčního stavu a kvality života, řešení pracovního uplatnění, sociálních interakcí či zájmů. V této fázi se jedná především o sociální a pracovní rehabilitaci. Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, případně v centrech sociálně rehabilitačních služeb dle zákona o sociálních službách. V rámci komunitní rehabilitace má být odpovědnost za osoby s disabilitou přenesena na regiony podle místa trvalého bydliště osoby, přičemž úřad v obci by měl zajistit i vyhledávání potenciálně potřebných osob/rodin a naplánovat formu a typ pomoci, včetně předání kontaktů na příslušná místa, kde dotyčné osobě pomohou (Sládková, 2021).

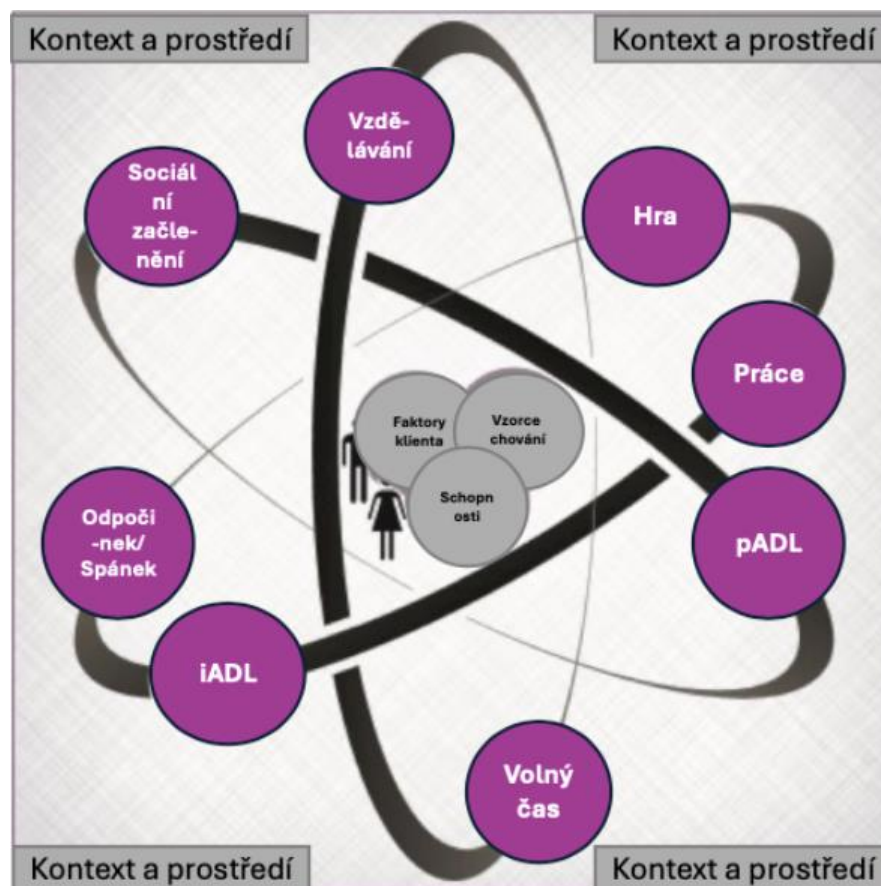
Pokud bereme v potaz, že jedna třetina osob po poškození mozku se uplatní na normálním trhu práce a žijí svůj "původní život", je potřeba se zaměřit i na další skupiny. Tedy zejména 1/3, která pro takovéto začlenění potřebuje podporu a zajištění dlouhodobých sociálních služeb, podporované zaměstnání nebo chráněné místo (Lippertová-Grünerová, 2005). I s tímto procesem není potřeba otálet, jelikož postupně se pak vytrácí s průběhem času pracovní návyky i motivace, zejména po třetím roce vyřazení z pracovního procesu. Pro účely zaměstnanosti je prováděna ergodiagnostika a předpracovní rehabilitace. Ergodiagnostika se provádí k vyšetření funkčního psychosenzomotorického potenciálu k práci, přičemž žadatelem je Úřad práce, samotná osoba s disabilitou či zaměstnavatel. Ergodiagnostiku hradí žadatel. Opět velice důležitý v procesu je interprofesní tým. Klienti mohou v ČR využít síť 13 ergodiagnostických center. Ergoterapeutické vyšetření se zaměřuje na oblast ADL, funkci horních končetin, behaviorální zhodnocení kognitivních funkcí, motivaci a volnočasové aktivity. Závěrečná zpráva z ergodiagnostiky by měla obsahovat pozitivní rekomandaci vzhledem k možnostem pracovního uplatnění hodnocené osoby (Sládková, 2021). Ergoterapeut má významné

místo v následném procesu začlenění do práce a v rámci předpracovní rehabilitace též trénuje konkrétní pracovní aktivity a návyky s využitím modelových činností.

Poslední třetina osob s disabilitou potřebuje dlouhodobou péči doma nebo v instituci, jelikož zůstává po zbytek života výrazně disabilní v běžných denních aktivitách (Lippertová-Grünerová, 2005). Zabezpečení návazných komunitních služeb, zejména ergoterapie pro osoby vyžadující dlouhodobou rehabilitaci v České republice je pro obce často problematické, jak bude popisováno i v následujících částech této práce.

1.7 Zdravotně-sociální propojení koordinované rehabilitace a ergoterapie

V rámci rehabilitačního cyklu pacient/klient prochází oblastmi rehabilitace ve zdravotnictví, sociální rehabilitaci, následně je možná i pracovní rehabilitace či rehabilitace vzdělávací (Švestková et al., 2017). Úzkou souvislost ergoterapie se sociální oblastí lze vidět i dle základního rámce ergoterapeutické praxe (AOTA, 2014) na hlavních doménách ergoterapie v kontextu prostředí, mezi které patří, kromě jiného, i sociální začlenění jedince, práce, vzdělávání či volný čas (viz obr. 3).



Obrázek 3 Domény ergoterapie v kontextu prostředí a zdravotně-sociálního propojení (Zdroj: Přeloženo a upraveno dle AOTA, 2014)

1.7.1 Ergoterapie v kontextu sociální složky rehabilitace

I přesto, že ergoterapeut je primárně dle vzdělání zdravotnický pracovník, je svými odbornými znalostmi a zaměřením úzce spojen i se sociální rehabilitací a běžně pracuje v dlouhodobých sociálních službách, v kontextu sociálním dále provádí též například výše uvedenou ergodiagnostiku, předpracovní a pracovní rehabilitaci.

Zároveň nelze zpochybnit roli ergoterapeuta při hodnocení a následných bezbariérových úpravách domácího prostředí. V České republice je odborná způsobilost pro tyto činnosti definována ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle toho může ergoterapeut kromě jiného „*poskytovat poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění*“ a „*aplikovat zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí*“ (Česko, 2011).

Wolf et al. (2015) v přehledové studii potvrzuje vysokou evidenci zlepšení výkonu v ADL u pacientů po cévní mozkové příhodě na základě ergoterapeutické intervence v domácím prostředí, zaměřené na nácvik běžných denních činností, používání asistivních technologií a edukaci v oblasti sebeobsluhy. Výzkum z Manchesterské university autorů Hughes et al. (2016) uvádí, že intervence ergoterapeuta v domácím prostředí pacienta (v komunitě) je důležitá pro zlepšení a zachování fyzických funkcí, nezávislosti a kvality života širokého spektra osob. Autoři práci ergoterapeuta rozdělují na přímou péči, nepřímou péči, týmovou práci a rozvoj služby. Identifikovali 200 různých dennodenních aktivit v ergoterapeutické komunitní praxi.

I další evidence dokládají význam ergoterapeutické intervence v domácím prostředí. Randomizovaná kontrolní studie autorky Markle-Reid (2011) popisuje klinicky významné výsledky, týkající se fyzického a sociálního fungování u probandů (pacienti po cévní mozkové příhodě a traumatickém poškození mozku), kterým byla poskytována komunitní rehabilitace prostřednictvím interprofesního týmu, jehož součástí je i ergoterapeut. Rowland et al. (2008) představuje ergoterapii jako nenahraditelnou součást rehabilitace. Uvádí několik základních aspektů. Jako jeden z nejdůležitějších cílů zmiňuje usnadnění a zlepšení kontroly motorických funkcí současně s maximalizací schopností v oblasti soběstačnosti. Součástí ergoterapie je příprava domácího a pracovního prostředí

pro návrat pacienta formou poradenství ohledně úprav tohoto prostředí, včetně doporučení kompenzačních pomůcek. V rámci ergoterapie probíhá zhodnocení schopnosti pacienta a dopadu poškození mozku na provádění jeho každodenních činností, osobních záležitostí, domácích prací a pracovních či volnočasových aktivit. Ergoterapie je prakticky cílená i na funkční trénink kognitivních funkcí, které ovlivňují nebo omezují výkon zaměstnávání. Ergoterapie je zaměřena dle předem stanovených cílů a plánů, především na rozvoj požadovaných dovedností pro fungování v běžném životě. Ergoterapeut se na základě cílů pacienta snaží nastavit rehabilitační cíle tak, aby byly konkrétní, měřitelné, dosažitelné, realistické a významné.

1.7.2 Oblasti spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka

Ergoterapeut a sociální pracovník řeší v rámci intervence mnoho společných oblastí. Nemělo by se jednat o soupeření a dojednávání kompetencí, které jsou pro jednotlivé profese jasně dané. Především se podívejme na Vyhlášku č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění.

Na základě toho patří kromě jiných činností ergoterapeuta dle § 6 i zaměření vyšetření a terapie na běžné denní aktivity, indikaci kompenzačních pomůcek, řešení ergonomie provádění činností, poradenství ohledně úprav prostředí, řešení prevence, zaměření na předpracovní a pracovní rehabilitaci, výcvik komunikačních a rozumových funkcí v rozsahu své odborné způsobilosti a na základě indikace. Ergoterapeut může též dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. *“seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče ve spolupráci s odpovědnými orgány a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením.”*

Zdravotně-sociální pracovník v rámci své působnosti dle § 9 Vyhlášky č. 55/2011 Sb. může vykonávat sociální prevenci, sociální šetření a posuzovat sociální situace osob či zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k nemoci či k následkům i s využitím návštěvní služby v rodinách, účastnit se integrace pacientů, participovat na rekondičních pobytech, dále při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče i služeb a též je jeho nepostradatelná role v odborném poradenství v sociální oblasti v případě úmrtí pacientů. Sociální pracovník může též dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. *“sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat”*.

1.7.3 Sociální rehabilitace

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, lze nalézt mnoho společných prolínajících se oblastí u obou profesí, zejména v oblasti sociální rehabilitace, která je v § 70 definována jako “*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*” (Česko, 2006)

Může se jednat o formu terénních nebo ambulantních služeb s poskytováním základních činností jako je nácvik dovedností pro zvláštní péči o vlastní osobu, soběstačnost či další činnosti směřující k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále jsou popsány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti či pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.). Opět participace ergoterapeuta i zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka při poskytování těchto činností je velice žádoucí.

Pobytové služby vedle poskytnutí ubytování a stravy obsahují i činnosti související s pomocí při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (Zákon č. 108/2006 Sb.), přičemž efektivně může pomoci ergoterapeut, kdy na základě vyšetření osoby v průběhu provádění aktivity zjistí míru nutné dopomoci a případně indikuje vhodné pomůcky, které mohou efektivně snížit závislost klienta na dopomoci a odlehčit tímto i sociálním službám.

1.7.4 Rozsah úkonů sociální rehabilitace

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v § 35 *Sociální rehabilitace* popisuje **rozsah úkonů při poskytování sociální rehabilitace**:

a) v rámci nácviku dovedností: nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, nácvik péče o domácnost (například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování), nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,

- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět, nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky, nácvik chování v různých společenských situacích, nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti: upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkovávání služeb, a při pobytové službě centrech sociálně rehabilitačních služeb
- e) poskytnutí ubytování,
- f) poskytnutí stravy,
- g) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu: pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC (Česko, 2006).

Záměrně je zde uveden celý výčet úkonů, služeb a činností, aby bylo zřejmé a patrné široké zaměření a zároveň úzké propojení ergoterapie se sociální oblastí a z toho evidentní potřeba úzké spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka.

1.8 Funkční schopnosti a disabilita v souvislosti s faktory prostředí

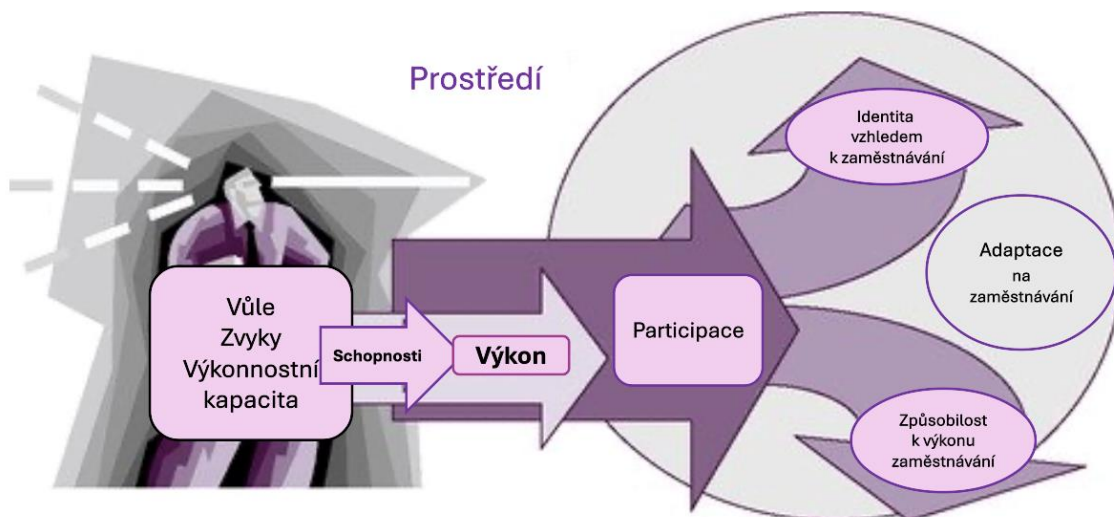
Prostředí jako spolupůsobící faktor je popisováno v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Jedná se o klasifikaci, která byla vyvinuta Světovou zdravotnickou organizací WHO. Je jednou z mnoha klasifikací, které lze ve zdravotnické sféře využívat (WHO, 2008). Dle MKF: „*Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí*“ (WHO, 2008, str. 22). Tato „komponenta MKF“ je členěna do kapitol „*Produkty a technologie; Přirozené prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí; Podpora a vztahy; Postoje; Služby, systémy a politické postupy*“ (WHO, 2008, str. 42).

MKF (WHO, 2008) uvádí facilitující (usnadňující) a bariérové (omezující) faktory prostředí. Tyto faktory prostředí mají vliv na všechny složky funkčních schopností a disabilitu, vzájemně se tedy ovlivňují s funkcemi těla, působí na výkon jedince v běžném prostředí, na zapojení do životní situace z hlediska hmotného, sociálního a také i postojového světa. Faktory prostředí jsou cíleně zaměřené na osoby v jejich bezprostředním prostředí na úrovni jedince (dům, práce, škola) obsahujícím fyzikální a materiální prvky, dále na kontakty s lidmi (rodina, známí, vrstevníci, cizí lidé), případně jsou na úrovni společnosti (společenské struktury, služby, systémy v komunitě, transportní služby a další). Pokud se jedinec setkává s bariérami prostředí (např. nepřístupné budovy), může to výrazně negativně ovlivnit nebo dokonce až znemožnit samotný výkon činnosti nebo aktivity. V případě prostředí, ve kterém se vyskytují facilitační prvky (např. speciální pomůcky, bezbariérové úpravy, služeb apod.), může mít jedinec výrazně vyšší výkon, případně mu tyto prvky dokonce umožní výkon. Bez těchto prvků by často byl například odkázán na pomoc druhé osoby, nebo by například nemohl nastoupit do zaměstnání, pokud by neměl pracovní prostředí adekvátně upravené jeho potřebám. Tyto prvky mohou tedy zároveň výrazně ovlivnit kvalitu života jedince. Faktory prostředí jsou rovněž ve výrazné interakci s osobními faktory, jako je věk, pohlaví, zdravotní problémy, zdatnost, způsob života, výchova, sociální zázemí, povolání a zkušenosti, vzory chování, psychika apod.

Facilitační prostředky dle MKF (WHO, 2008) usnadňují, umožňují či podporují soběstačnost jedince (facilitují) a mají vliv na všechny složky funkčních schopností a disabilitu, vzájemně se tedy ovlivňují s funkcemi těla, působí na výkon jedince v běžném prostředí, na zapojení do životní situace z hlediska hmotného, sociálního a také i postojového světa. Opakem facilitačních prostředků (facilitátorů) jsou bariéry. Výběrem vhodných facilitátorů a zabezpečením návaznosti sociální rehabilitace, lze podpořit soběstačnost klienta a zvýšit jeho kvalitu života. Rovněž v souvislosti s podporou kvalitního života osoby mimo instituci, v jeho vlastním sociálním prostředí (Vacková et al., 2020).

Model lidského zaměstnávání, MOHO, z angl. Model of Human Occupation (Kielhofner, 2008), viz obrázek 4, který je jedním ze základních teoretických rámců používaných v ergoterapii, zdůrazňuje velice úzký vzájemný vztah jednotlivce (např. zdravotní stav, návyky, hodnoty a přesvědčení), prostředí (např. domov, sousedství, sociální kontext) a zaměstnávání (angl. "occupations", pro vysvětlení viz též

kapitola 1.6). Vzájemný vztah je významný vzhledem k provádění jakýchkoliv aktivit (zaměstnávání/occupation), které jedinec vykonává a jejich vlivu na spokojenost jednotlivce. Každá doména by mohla být zdrojem postižení, nebezpečí či nespokojenosti a zároveň každá doména je potenciálně modifikovatelná. Koncept je tedy zároveň potřeba vnímat v souvislosti s doménami ergoterapie, viz část 1.7.



Obrázek 4 Koncept MOHO (Zdroj: Kielhofner, 2008 in musculoskeletalkey.com, 2016, vlastní úpravy a překlad)

Švédská studie autorů Thordardottir et al. (2016) identifikovala homogenní klastry v heterogenním vzorku lidí žádajících o bezbariérové úpravy bydlení. Determinovali nejčastější facilitační prostředky potřebné k dosažení nezávislosti, participace a zdraví v oblastech osoba-prostředí-zaměstnávání u různých skupin osob s disabilitou v jejich domácím prostředí. Zároveň bylo zjištěno, že důležitou oblastí intervence je zaměření na bezpečnost v domácnosti – prevence pádů.

1.8.1 Složky prostředí

Rozlišujeme 5 složek, faktorů prostředí dle MKF (2008).

První složkou jsou produkty a technologie, kde řadíme látky k osobní spotřebě, produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, pro komunikaci, výuku, zaměstnání, kulturu, rekreaci a sport, náboženství a duchovní život, konstrukce a stavební produkty, technologie staveb pro soukromé i veřejné použití, produkty a techniku rozvoje země, hmotný majetek a další produkty a technologie blíže neurčené.

Druhá složka je přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny prostředí zahrnující také fyzické a geografické prostředí, obyvatelstvo, faunu, flóru, klima, přírodní i člověkem způsobené události, světlo, změny závislé na čase, zvuky, vibrace, kvalitu vzduchu.

Třetí složkou je podpora a vztahy, konkrétně nejbližší i širší rodina, přátelé, známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, osoby v pozicích autorit, osoby v podřízených pozicích, osoby zajišťující péči a osobní asistenci, patří zde i cizinci, domácí zvířata, zdravotničtí pracovníci, pracovníci se zdravotnictvím spjati a další blíže neurčená podpora a vztahy.

Čtvrtou složkou jsou postoje členů rodiny nejbližší i široké, individuální postoje přátel, známých, vrstevníků, kolegů, sousedů, autorit osob v podřízeném postavení, individuální postoje osob zajišťujících péči a osobní asistenci, osobní postoje cizích osob, zdravotnických pracovníků, postoje společnosti, sociální normy, praxe, ideologie a jiné blíže neurčené postoje.

Pátou složkou faktorů prostředí jsou služby, systémy a principy řízení: služby, systémy a pravidla produktivity spotřebního zboží, architektura a konstrukce služeb, služby, systémy a principy řízení otevřeného prostoru, služby domů, systémy a principy řízení veřejně prospěšné služby, komunikační služby, dopravní služby, civilní ochrany, systémy a principy řízení právní služby, asociace a organizační služby, médií a jejich služeb, hospodářské služby, dále služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení služby základní sociální podpory, zdravotní služby, školství a vzdělávací služby, služby pro práci a zaměstnání, systémy a principy řízení politické služby a služby, systémy a principy řízení jiné, blíže neurčené.

MKF se nezaměřuje tedy pouze na fyzické faktory prostředí, ale zohledňuje rovněž sociální i postojové aspekty. Faktor prostředí může být facilitující (facilitátor), pokud jedinci usnadňuje či umožňuje provádění aktivit a participaci, nebo bariérový (bariéra), pokud ho v tom naopak omezuje. Jedním z cílů MKF je „*zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za účelem zlepšení komunikace mezi různými uživateli, jako jsou např. pracovníci ve zdravotní péči*“ (WHO, 2008, str. 17). Nabízí se tedy další možnost popisu faktorů prostředí k využití např. v rámci působení interprofesního týmu na pracovišti.

Autoři Tempest et al. (2012) ve svém článku zdůrazňují potřebu zavádět MKF klasifikaci do praxe. V tomto projektu byla např. MKF klasifikace zavedena do praxe interprofesního týmu, který pracuje s lidmi po cévních mozkových příhodách v akutní fázi onemocnění. Ve studii od autorů Randtröm, Asplund a Svedlund (2012) byly prostřednictvím MKF klasifikace určeny kvalifikátory facilitátorů a bariér, které ovlivňují rehabilitaci starších lidí v jejich domácím prostředí. Mezi novější zdroje popisující využití MKF můžeme zařadit např. studii z Thajska, kdy autoři prováděli hodnocení vnitřního i vnějšího domácího prostředí seniorů na základě struktury MKF (Putthinoi, Lersilp a Chakpitak, 2017).

1.8.2 Zaměření ergoterapie na evaluaci prostředí

Krivošíková (2011) popisuje důležité parametry hodnocení domácího prostředí ergoterapeutem. V exteriéru hodnotíme například vstup do domu, typ bydlení, schody, terén před domem, rozměry výtahu případně jeho absenci, dostupnost služeb. V interiéru patří mezi časté bariéry vana, toaleta, úzké prostory a nevyhovující šířka dveří, prahy, koberce, případně absence drobných kompenzačních pomůcek a dalších facilitačních prostředků (např. madla, protiskluzové podložky, sedačka na vanu nebo do sprchy, nástavec na toaletu, pomůcky k lokomoci, pomůcky s prodlouženou rukojetí a podavače, navlékače ponožek, dlouhé obouvací lžice, upravené oblečení, upravené příbory k jedení a další ergonomické pomůcky apod.). Zároveň ergoterapeut posuzuje sociální bariéry a facilitátory (osoby blízké a sousedé, dostupnost a míra potřebné pomoci a asistence...). Výstupem z evaluace je především navržení facilitačních prostředků. Kromě drobných pomůcek mohou zahrnovat také komplexnější bezbariérové úpravy interiéru či exteriéru, např. rekonstrukce koupelny, toalety, kuchyně, bezbariérový vstup do bytu/domu apod. Pokud nelze byt/dům z různých důvodů upravit (odstranit bariéry), je namístě ve spolupráci se sociálním pracovníkem a rodinou klienta řešit výměnu bytu za bezbariérový.

1.8.3 Bezpečná domácnost z pohledu ergoterapeuta

Zaměření na bezpečnou domácnost a prevenci pádů nalzáme zejména ve spojitosti se starší dospělou populací. V souvislosti se zaměřením na osoby se získaným poškozením mozku nelze tuto oblast opomenout, kromě jiného vzhledem k vysokému procentu osob vyššího věku s těmito diagnózami, zejména CMP. Lytras et al. (2022)

uvádí ve své studii konkrétní místnosti a jich rizika včetně navrhované intervence, viz tabulka 1.

Tabulka 1 Jednotlivé místnosti, rizika pádů a navrhované úpravy

Místnost	Rizika	Intervence
Ložnice	Tma Klopýtnutí o přikrývku nebo předmět na podlaze u postele Kabel od telefonu Topení či jiné elektrické zařízení Lampa na nevhodném místě Špatný přístup k osvětlení Kluzká podlaha Koberec vedle postele	Dostatečné osvětlení Zábrany u postele Dostatečný a volný prostor kolem postele a cestou na toaletu Lampa u postele (ideálně pevně přichycená) Podlaha bez kluzkých koberečků
Koupelna, toaleta	Přesun do/z vany/sprchy Chybějící madla Kluzký povrch ve vaně/sprše Kluzká podlaha Chybějící sedátko či sprchová židle Nízká toaleta	Instalace madel v koupelně či WC Madla ve sprše/vaně Protiskluzová podlaha Protiskluzové koberečky Sedačka do vany/na vanu/sprchová židle Nástavec na toaletu
Schody v interiéru	Předměty na schodišti Špatné světelné podmínky Kluzké schody Nevhodná obuv	Neklouzavé rohože na schodech Zábradlí po obou stranách Odpovídající osvětlení Snadný přístup k vypínačům v horní i dolní části schodiště Pevná obuv
Kuchyně	Vysoce uložené předměty/nádobí a stoupání na židli či jiný předmět – ztráta rovnováhy Přenášení jídla z kuchyně do jiné místnosti Kluzký koberec před dřezem Vylitá tekutina či olej na podlaze Nevhodná obuv	Používané předměty v dosahu v nižších částech kuchyňské linky Pro přenášení jídla do jiné místnosti používat servírovací vozík Protiskluzová opatření u dřezu Pevná protiskluzová obuv Vhodné elektrické spotřebiče Spotřebiče v dosahu (mikrovlňka apod.)
Obývací pokoj	Předměty na podlaze Nevhodně umístěné kabely Nevhodné koberečky Kluzká dřevěná podlaha v kombinaci s nevhodnou obuví	Odstranění předmětů v přístupových částech místnosti Pevně umístěné kabely, např. v lištách Protiskluzové povrchy, pevná obuv Odstranění malých koberečků Vhodná vyšší sedačka či křeslo
Kotelna, garáž, sklepy Balkón, terasa, dvůr, venkovní schody a jiné části exteriéru v blízkosti obydlí	Mokré, kluzké povrchy Vadné venkovní povrchy – praskliny, výmoly Opatřované zábradlí Nevhodná obuv Špatné světelné podmínky, nefunkční lampy	Protiskluzová opatření Úprava povrchů, pevná obuv Pevné zábradlí Instalace ramp/výtahů Dostatečné osvětlení, vypínače v dosahu Vhodné strategie pro práce ve výškách, pevné schůdky

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků studie Lytras et al. (2022)

Lytras et al. (2022) dále specifikuje procentuální rozložení pádů v rámci jednotlivých místností, přičemž za nejvíce rizikové lze považovat ložnici (28,6 %) a koupelnu (28 %). Schodiště v interiéru způsobilo 10,5 % pádů u zkoumané populace, což též není zanedbatelné procento. Za nejméně rizikové jsou označeny kuchyně (4,9 %) a obývací pokoj (3,3 %). Mezi rizikové faktory autoři řadí psychotropní medikaci, nedostatek ergonomického prostoru, nedostatečné základní bezpečnostní standardy, nedostatečné osvětlení, poruchy zraku a závratě. Venkovní pády nejčastěji způsobuje chabá konstrukce či neadekvátní osvětlení.

Přes 60 % pádů se vyskytlo v noci, buď před spaním, nebo během noci, kdy dotazovaní vstávali a šli si do koupelny nebo kuchyně pro vodu. Asi 40 % uvedlo, že velmi důležitou roli hrály špatné světelné podmínky nebo problémy se zrakem, zatímco mnohem méně důležitým kauzálním faktorem se zdá být nevhodná obuv nebo skutečnost, že byli bosí. Nejčastěji se pády dějí zakopnutím o nějaký předmět nebo uklouznutím. V kuchyni většina pádů nastává ztrátou rovnováhy při dosahování předmětů z vyšších pozic, zejména při stoupaní na židli či jiný předmět. Venkovní pády dle výzkumu tvořilo pouze 22,4 % všech pádů, přičemž nejvyšší procento z nich se vyskytovalo na balkóně nebo na dvoře (Lytras et al., 2022).

V rámci docílení bezpečné domácnosti je potřeba myslet i na celkovou bezpečnost ve smyslu vstupu osob do domácnosti, konkrétně schopnost bezpečně zkontrolovat před odemčením dveří, kdo je za dveřmi. Důležité je též ujistění se, kdo má přístup k náhradním klíčům od domova a s jistotou mít takovou osobu pro případ nouze. Na toto se zaměřoval i výzkum Aclan et al. (2023). Dále uvádí důležitost vhodných strategií pro výměnu žárovky, čištění okapů či jiných prací ve výškách. Vhodné pevné schůdky k dispozici jsou nutností.

Výsledkem úprav je nejenom bezpečná domácnost, ale zároveň umožnění optimální kvality života osob ve vlastním domácím prostředí a umožnění provádění aktivit, které jsou pro jejich život důležité, jak lze odvodit i ze závěrů australské studie autorů Ainsworth et al. (2023). Autoři zjistili, že nejvíce zásadních úprav bylo provedeno v oblasti zábradlí, podlahových krytin, kompletní bezbariérové rekonstrukce koupelny, uvádí též rampy, výtahy a bezbariérové kuchyně. Dále se jednalo i o rozšíření dveří, automatické dveře nebo instalaci plošiny či zvedacího zařízení do koupelny. Ve studii byly zařazené starší osoby a osoby s disabilitou.

1.8.4 Vybrané zahraniční nástroje k hodnocení domácího prostředí

Pro hodnocení domácího prostředí může ergoterapeut využít jak standardizovaná hodnocení, tak vlastní hodnocení či formuláře, u nichž však není stanovena jejich reliabilita a validita (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). V českém jazyce v současné době neexistuje příliš mnoho aktuálních zdrojů, zejména odborných studií, zabývajících se obecně problematikou hodnocení domácího prostředí nebo hodnotícími nástroji. Ergoterapeuti často zaznamenávají informace z domácí návštěvy do vlastních předem připravených formulářů. V závěru procesu je vyhotovena písemná zpráva poskytující souhrnné informace o soběstačnosti pacienta v domácím prostředí, doporučených kompenzačních pomůckách, bariérách, úpravách a dalších doporučovaných facilitátorech zahrnujících interiér i exteriér obydlí (Krivošíková, 2011). Zahraniční ergoterapeutické studie se zaměřují rovněž na význam používání standardizovaných nástrojů a doporučují používat tyto nástroje pro dobré porozumění vlivům prostředí na výkon jedince s disabilitou, který na základě řádné analýzy prostředí, funkčních schopností a indikovaných úprav může následně plně využívat své funkční zdraví (Radomski a Latham, 2014).

K dispozici je řada nástrojů, kde se ale potýkáme s problémem nedostupnosti v různých jazykových mutacích. Příkladem takového nástroje může být Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) autorů Tomita et al. (2011) k hodnocení bezpečné domácnosti zejména starších osob.

Podzemná (2019) uvádí ve své práci 3 intervenční strategie hodnocení domácího prostředí dle účelu hodnocení a k nim uvádí 6 hodnotících nástrojů, přičemž vychází z publikace autorů Weeks, Lamb a Pickens (2010).

- **Základní intervence zaměřená na bezpečnost klienta**

Může být provedena v rámci krátké domácí návštěvy nebo prostřednictvím konzultace během hospitalizace v daném zařízení. Jedná se o jednoduché zásahy do domácího prostředí za účelem zvýšení bezpečnosti a detekce pádů. Doporučovanými hodnotícími nástroji jsou v tomto případě Cougar Home Safety Assessment v 4.0 – „Cougar“ (Fisher & Ewonishon, 2006) nebo Home Assessment Profile – HAP (Chandler et al., 2001). Jedná se o jednoduché a krátké hodnocení formou checklistu.

Další níže uvedené intervenční strategie již bezpodmínečně vyžadují návštěvu domácího prostředí klienta.

- **Jednoduché úpravy domácího prostředí**

Může se jednat o drobnější úpravy domácího prostředí jako je instalace madel nebo doporučení a vyzkoušení kompenzačních pomůcek v domácím prostředí např. sedačky na vanu. Je vhodné zvolit nástroje jako HEAP (Home Environmental Assessment Protocol, Gitlin et al., 2002) nebo SAFER-HOME (Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement and Evaluation, Chiu et al., 2006).

- **Hlavní úpravy domácnosti**

Znamenají poměrně velký zásah do domácího prostředí a vyžadují spolupráci s dalšími kvalifikovanými odborníky, jako jsou např. architekti, stavební inženýři, instalatéři nebo elektrikáři. Do této kategorie řadíme např. zajištění zábradlí po obou stranách schodiště, rozšíření dveří, instalaci ramp nebo schodišťových plošin, renovaci koupelen atd. Při plánování náročnějších úprav prostředí lze dle autorů využít nástroje CASPAR (Housing Enabler a Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents, Iwarsson et al., 2011).

1.8.5 Český standardizovaný nástroj k evaluaci domácího prostředí

Jak uvádí Podzemná (2019), prvním českým standardizovaným nástrojem sloužícím k evaluaci domácího prostředí je **SEMAFOR home** – Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home, autorů Macháčová et al. (2014). Díky nástroji lze systematicky identifikovat architektonické bariéry v domácím prostředí s ohledem na aktuální zdravotní stav, konkrétní potřeby a preference klienta.

Metodika se skládá celkem ze tří částí (Macháčová et al., 2014).

Popisná část sloužící k základní identifikaci klienta (věk, pohlaví, zdravotní stav, používání kompenzačních pomůcek atd.) a popisu prostředí (způsob, charakter, typ bydlení) ve kterém žije. Tuto část vyplňuje hodnotitel.

Subjektivní hodnocení k identifikaci potřeb a preferencí klienta. Část je doplňková a nemusí být v rámci domácí návštěvy vyplněna. Vyplňuje ji klient samostatně.

Objektivní hodnocení je stěžejní částí celé metodiky s cílem objektivní identifikace existujících bariér. Vyhodnocuje se závažnost bariér a četnost potřeby danou bariéru překonávat. Obsahuje celkem 88 položek rozdělených do 12 oblastí dle jednotlivých částí domácnosti. Hodnocení se provádí na základě rozhovoru s klientem doplněném o pozorování jeho chování v domácím prostředí nebo posouzení konkrétního provedení činnosti. Lze využít elektronického formuláře k automatickému vyhodnocení objektivní části a k barevnému zvýraznění jednotlivých bariér v barvách semaforu (červená – nejzávažnější bariéry, oranžová – středně závažné bariéry, zelená – nejméně závažné bariéry. Odtud název SEMAFOR home.

SOUHRN TEORETICKÉ ČÁSTI

Získané poškození mozku si vyžaduje velkou pozornost vzhledem k incidenci i závažnosti onemocnění, s dlouho přetrvávajícími následky pohybovými, smyslovými, emočními či osobnostními. Tyto následky mohou výrazně ovlivnit participaci v každodenním životě, na který byl jedinec běžně zvyklý. Při řešení nové situace je zapotřebí zapojit interprofesní tým odborníků v rámci neurorehabilitačního procesu, který začíná již na akutním lůžku a měl by kontinuálně pokračovat i po propuštění do domácího prostředí se zaměřením na funkční schopnosti, sociální začlenění odpovídající věku a potřebám jedince, zájmy a v neposlední řadě na řešení disabilních situací. Neoddělitelnou součástí koordinované rehabilitace by měly být i preventivní programy a zaměření na pracovní uplatnění. Pro inspiraci v řešení systémových problémů a zavedení legislativně zakotvené koordinované rehabilitace v České republice byl popsán systém rehabilitace v Německu, včetně fázového modelu. Jednotlivé fáze neurorehabilitačního procesu mají svá specifika. S ohledem na zaměření práce jsou specifika konkretizována z pohledu ergoterapeuta a spolupráce v rámci interprofesního týmu. Cíleno je na propojení zdravotní a sociální složky rehabilitace, k dosažení kontinuity a efektivity procesu. V souvislosti s faktory prostředí, osobou a zaměstnáváním práce vychází z principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) a též ze základních ergoterapeutických teoretických rámců, modelů a konceptů. Z teoretického hlediska bylo popsáno zaměření ergoterapie na evaluaci prostředí vzhledem k disabilitě jedince a vzhledem k prevenci pádů. Velice dobře může posloužit i výše představená standardizovaná česká metodika SEMAFOR-home. Bylo zmíněno mnoho dalších zahraničních nástrojů zaměřených na architektonické bariéry i bezpečnost, avšak chybí české verze.

2 Cíle práce, praktické výstupy, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem disertační práce je zjistit (v praxi ověřit) a popsat, jaký vliv má propojení zdravotně-sociální rehabilitace (ergoterapeut + sociální pracovník) na míru soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku, se zaměřením na sociální začlenění jedince do jeho běžného prostředí.

Dílčí cíle práce

- A) popsat diagnosticko-terapeutické metody, které může používat ergoterapeut u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí k dosažení optimální kvality jejich života,
- B) posoudit domácí prostředí individuálního klienta z hlediska bezbariérovosti, navrhnout vhodné facilitační prostředky a úpravu bytu pro dosažení optimální soběstačnosti a zlepšení kvality života v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku s důrazem na úzkou spolupráci se sociálním pracovníkem, např. výměna bytu v případě, že není možno z technických důvodů upravit byt na bezbariérový,
- C) navrhnout řešení, které by umožnilo ergoterapeutům a v širším kontextu i ostatním odborníkům interprofesního týmu (fyzioterapeut, sociální pracovník), pracovat s klientem v domácím prostředí.

2.2 Praktické výstupy

Hlavním praktickým výstupem je vytvořená metodika, která má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

Metodika obsahuje tyto části:

- A) Metodika evaluace bytu.
- B) Metodika ergoterapie v domácím prostředí.
- C) Manuál k nejčastěji používaným facilitačním prostředkům v domácím prostředí pro klienty se získaným poškozením mozku z hlediska ergoterapie.
- D) Zpracování reálného propojení zdravotně-sociální rehabilitace (ergoterapeut + sociální pracovník) a popis vlivu tohoto propojení na míru soběstačnosti klientů.

2.3 Hypotézy a výzkumné otázky

2.3.1 Obecná teoretická hypotéza

Koordinovaná spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka v rámci komunitní rehabilitace zvyšuje soběstačnost osob se získaným poškozením mozku.

2.3.2 Operacionalizace proměnných v hypotéze

Specifikovaná hypotéza

3měsíční koordinovaná intervence ergoterapeuta ve spolupráci se sociálním pracovníkem u klientů se získaným poškozením mozku v jejich sociálním prostředí (na základě využití facilitačních prostředků, tedy kompenzačních pomůcek včetně bezbariérových úprav) **zvýší soběstačnost (a zároveň sníží nutnou míru osobní asistence)** u respondentů (měřeno testem FIM a WHODAS 2.0).

Operacionalizace proměnných

Závisle proměnná (y): míra soběstačnosti (nutná míra osobní asistence), sledována následujícími ukazateli:

- výsledky v testu FIM (objektivní hodnocení soběstačnosti)
- výsledky v dotazníku WHODAS 2.0 (subjektivní hodnocení kvality života pacienta v uvedených oblastech)

Nezávisle proměnná (x): 3měsíční koordinovaná intervence ergoterapeuta ve spolupráci se sociálním pracovníkem

- zaměřena na typ indikovaných facilitačních prostředků – pomůcky, bezbariérové úpravy...
- sledování typu další potřebné ergoterapeutické intervence v různých oblastech, např. trénink jemné motoriky, soběstačnosti, kognitivních funkcí – *v rámci kvalitativní části výzkumu*
- sledování koordinovanosti procesu (kontinuita, spolupráce odborníků a předávání informací) – fungování koordinace řídí sociální pracovník v roli case managera, který má zároveň na starosti administrativní záležitosti

Z: další vlivy: vedlejší diagnóza, spolupráce klienta, spolupráce rodiny, intervence fyzioterapeuta, úroveň kognitivních funkcí, míra disability, čas od vzniku onemocnění

2.3.3 Pracovní hypotézy

Na základě koordinované rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku se zvýší jejich soběstačnost, konkrétně:

H₁: *skóre při závěrečném hodnocení testem FIM (po ukončení koordinované 3měsíční intervence) bude vyšší v porovnání se skórem FIM dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.*

H₂: *skóre při závěrečném hodnocení testem WHODAS 2.0 bude vykazovat zvýšení kvality života v porovnání se skórem WHODAS 2.0 dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.*

Hypotézy za jinak stejných podmínek pro všechny participanty: frekvence intervence, délka intervence, interprofesní spolupráce, diagnóza v souvislosti se získaným poškozením mozku, výrazněji nepoškozené kognitivní funkce.

2.3.4 Výzkumná otázka pro kvalitativní část

Jaké diagnosticko-terapeutické metody jsou vhodné pro využití ergoterapeutem v domácím prostředí u klientů se získaným poškozením mozku?

Konkrétně:

- v rámci evaluace bytu
- v rámci ergoterapie zaměřené na další oblasti (jemná motorika, soběstačnost, kognitivní funkce)
- v rámci indikace facilitačních prostředků (doporučování kompenzačních pomůcek a úprav bytu)
- v rámci propojení spolupráce ergoterapeut-sociální pracovník.

3 Vymezení základních termínů užitých ve výzkumné části práce

Intervence a koordinovaná spolupráce

Pojem intervence je používán místo pojmu péče, jelikož péče je pasivní, kdy pro rehabilitaci není považován pojem za vhodný. V rehabilitaci je naopak snahou aktivní participace rehabilitované osoby na procesu (Švestková et al. 2017). Intervence je v projektu pravidelná s předem určenou frekvencí tří základních odborníků (ergoterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut) a dle potřeby je lékařem indikována intervence psychologická či logopedická. Intervencí je specificky vzhledem k výzkumné části předkládané disertační práce poskytována služba ergoterapeuta ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Úspěšnost intervence je měřena nástroji FIM a WHODAS 2.0.

Koordinovaná spolupráce je základním přístupem terapeutů vzhledem k dosažení cílů u klientů. Koordinaci zabezpečovala v projektu vždy sociální pracovnice, v roli case managera, přičemž intervence probíhala na základě indikace lékaře. Koordinovanost spolupráce a intervence byla sledována a prováděna kontrolou dokumentace, komunikací sociální pracovnice s terapeuty a vzájemnou komunikací mezi odborníky.

Domácí prostředí, vlastní sociální prostředí, sociální začlenění

Pro účely Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 44, se vlastním sociálním prostředím pacienta rozumí *“domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.”*

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 2 je v základních zásadách poskytování služeb uvedeno, že *“přednost mají takové formy poskytování sociálních služeb, které podporují setrvání osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí”*. Dle § 3 je *“přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity”*.

Domácím prostředím je myšleno vlastní (přirozené) sociální prostředí a v této práci jsou tyto pojmy synonyma. Sociální začlenění je ve smyslu začlenění do komunity, co nejlíže fungování, na které byl klient zvyklý před vznikem onemocnění či úrazu, tedy do školního či pracovního procesu, volnočasových aktivit, sociálních skupin apod. V domácím prostředí bylo měření zaměřeno na ergoterapeutickou evaluaci bytu/domu, identifikaci bariér, rizikových oblastí v rámci prevence pádů a na indikaci facilitátorů. V rámci

nácviku soběstačnosti a funkčních schopností klienta se zároveň jednalo o nácvik aktivit s využitím modelových činností v reálných podmínkách vlastního sociálního prostředí.

Komunita, komunitní praxe

Za komunitu je zde považován souhrn lidí žijících ve vymezeném prostoru (v domě, práci, obci apod.), kde jedinec vykonává každodenní aktivity a ke které cítí příslušnost a vazby (Jelínková, 2023). Použité standardizované nástroje FIM a WHODAS 2.0 umožnily měřit soběstačnost a kvalitu života v komunitě.

Komunitní praxe (z angl. community-based practice) zahrnuje zdravotnické a sociální služby realizované v komunitě s cílem směřujícím k tomu, aby se osoba stala integrální součástí konkrétní komunity, jak uvádí Jelínková (2023). Výzkum propojuje sociální a zdravotní služby v komunitě přes spolupráci ergoterapeuta se sociálním pracovníkem díky intervenci zahrnující zdravotně-sociální problematiku klientů.

Pacient a klient

V rámci výzkumu byly zjištěny nesrovnalosti ohledně terminologie „pacient/klient“. Ve zdravotnictví je zaveden pojem „pacient“, v sociální práci, kromě jiných pojmů, termín „klient“. Vzhledem k tomu, že se jednalo o práci v domácím prostředí, bylo domluveno v rámci týmu používání pojmu „klient“. Častá záměna za pojem „pacient“ souvisela s předchozími praktickými zkušenostmi výzkumníků z oblasti zdravotnictví. S tímto souvisí i případné terminologické nesrovnalosti ve výstupech publikovaných jednotlivými odborníky, kdy pojem pacient často převažuje i navzdory výše uvedenému (např. Pechoušková, 2017; Matějková, 2018; Mandátová, 2018).

V disertační práci je používán pojem „pacient“ v případě, že se jedná o osobu pobývajících ve zdravotnickém zařízení. „Pacient/klient“ je uveden, pokud mluvíme o komplexním (uceleném) rehabilitačním procesu v různých fázích onemocnění a nelze zcela vyčlenit jeden nebo druhý pojem. V praktické části práce převažuje pojem „klient“, jelikož hlavní část výzkumu byla zaměřena na poškození mozku pobývajících v domácím prostředí.

Soběstačnost

Soběstačnost, která je jednou z domén ergoterapeuta, je schopnost osoby uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v konkrétním prostředí (WHO, 2006).

Za soběstačnou osobu ve výzkumu považujeme osobu po získaném poškození mozku, která nepotřebuje žádnou pomoc od okolí, a zvládá tedy běžné denní aktivity bez pomoci fyzické, verbální nebo dohledu v prostředí neupraveném nebo bezbariérovém, s případnými pomůckami. Míra zvýšení soběstačnosti je zde hodnocena objektivně na sedmibodové škále s využitím standardizovaného testu FIM a subjektivně s využitím hodnocení kvality života dle WHODAS 2.0.

Osobní asistence, pečovatelská služba, pečovatel

Definice vychází ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Osobní asistence je dle § 39 *“terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.”*

Pečovatelská služba je v § 40 uvedena jako *“terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.”* Pečovatelská služba dle zákona poskytuje služby ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb (Česko, 2006).

Obě uvedené služby poskytují dle zákona pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti, dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při zajištění bezpečí a možnosti setrvání v přirozeném sociálním prostředí. Osobní asistence poskytuje i výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Dle § 75 hradí osoby za poskytování služeb úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou (Česko, 2006).

Dle § 3 je pečující osobou: *“1. osoba blízká uvedená v žádosti o příspěvek na péči poskytující pomoc osobě před přiznáním příspěvku na péči, 2. osoba blízká poskytující pomoc osobě, již byl přiznán příspěvek na péči, 3. osoba, které je vypláceno dlouhodobé ošetrovné z nemocenského pojištění z důvodu péče o osobu potřebující poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí, 4. osoba, již bylo vyplácení dlouhodobého ošetrovného ukončeno, ale nadále pečuje o osobu vyžadující péči v domácím*

prostředí, 5. osoba poskytující péči osobě, která spadá do cílové skupiny poskytované služby.” (Česko, 2006).

Osobní asistenci je ve výzkumu myšlena služba asistenta nebo pečovatele formálního či neformálního. V případě neformální péče se jedná o neprofesionální péči rodinného příslušníka, přítele nebo jiné blízké osoby. Nutná míra dopomoci, včetně hodinové zátěže pečujícího byla měřena ve výzkumu testem FIM. Na základě tohoto hodnocení je snížení míry zátěže, tedy nutnosti využití osobní asistence, pečovatelské služby nebo pečující osoby (pečovatele formálního či neformálního), v projektu ukazatelem úspěšnosti rehabilitačního procesu.

4 Metodologie

Tato práce je součástí projektu s názvem *Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku*, který byl financován za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, grant č. GAJU 138/2016/S. Obecným cílem projektu bylo zjistit kvalitu života osob po poškození mozku a zapojit do řešení zdravotní a sociální situace interprofesní tým.

V rámci projektu byly zpracovány práce studentek Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Diplomové práce sociálních pracovníků:

- *Potřeby pacientů po poškození mozku* (Pechoušková, 2017)
- *Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacientů po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu* (Matějková, 2018)
- *Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích* (Prášková, 2018)
- *Pozitiva a negativa sociální práce u pacientů po poškození mozku z pohledu sociálního pracovníka* (Mandátová, 2018)

Disertační práce fyzioterapeutická:

- *Potřeby klientů a jejich rodin po získaném poškození mozku z pohledu koordinované rehabilitace* (Bendová, dosud nepublikováno)

Dále byly zpracovány diplomové práce ergoterapeutek 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze pod vedením autorky této předkládané práce:

- *Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku: Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (Podzemná, 2019)
- *Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku* (Ptaková, 2019)

Vzhledem k tomu, že se jednalo o velký projekt a longitudinální výzkum, byla nutná velká spolupráce výzkumníků i při zpracovávání výstupů a závěrů. Tímto relevantní výstupy vybraných prací tvoří i některé sekundární podklady pro finální ergoterapeutické výstupy

publikované v předkládané práci, se zaměřením na potřeby klientů, týmovou spoluprací či hodnocení domácího prostředí, přičemž jsou zdroje a podklady vždy řádně citovány.

4.1 Strategie výzkumu

Výzkum byl designován jako pilotní experimentální kvalitativní studie s pomocnými kvantitativními indikátory. Z hlediska geografického umístění se jedná o studii ze střední Evropy, konkrétně České republiky, členského státu Evropské unie. Participanty výzkumu byli pacienti/klienti po získaném poškození mozku a jejich rodinní příslušníci, kterým byla následně v rámci akčního výzkumu (Hendl, 2016) poskytována 3měsíční koordinovaná rehabilitace. Rehabilitace byla indikována lékařem a poskytována fyzioterapeutem, ergoterapeutem a sociálním pracovníkem v domácím prostředí osob v subakutní fázi nemoci po jejich propuštění ze zdravotnického zařízení.

4.1.1 Typ výzkumu

Jedná se o akční výzkum (Hendl, 2016) s metodologickou triangulací a využitím QUAL-quant modelu, z angl. „The QUAL-Quan Model“ (Nastasi et al., 2007). Níže bude podrobněji uveden postup při kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu, přičemž převažuje kvalitativní přístup. Jde o případ, kdy se jednotlivé typy metod mezi sebou různě kombinují, v tomto případě je používáme ve stejném časovém okamžiku a jedná se o simultánní/paralelní užití (Nastasi et al., 2007). Zároveň je využito několik výzkumníků. Výzkumnou metodou je případová studie s kombinací různých technik sběru informací: pozorování klienta v domácím prostředí, rozhovor s klientem, analýza dokumentů (zdravotní dokumentace pacientů, statistiky, domácí i zahraniční studie) apod. (Hendl, 2016). Zařazeny jsou i metody statistické, konkrétně neparametrické metody (Wilcoxonův test pro párové výběry a Mann-Whitney U test pro nezávislé výběry). Tyto statistické metody jsou využity pro kvantifikaci vývoje soběstačnosti sledovaných klientů.

4.1.2 Časový harmonogram výzkumu, postup a techniky sběru dat

Jednalo se o longitudinální studii, financovanou v letech 2016-2018, po roce 2018 probíhaly doplňkové sběry dat a intervence s ohledem na čas vstupu klienta do studie. Zakončení studie proběhlo v dubnu 2021. Celková délka studie byla tedy téměř 6 let. Následovala kompletní analýza dat, příprava podkladů pro publikování v odborných periodících a finálních pracích.

V úvodu výzkumu byly na základě praktických odborných zkušeností a studia odborné literatury i nejnovějších studií vybrány standardní diagnosticko-terapeutické metodiky vhodné pro použití ergoterapeutem v domácím prostředí klienta. Byl rovněž vytvořen manuál pomůcek pro klienty v domácím prostředí a základní příručka Bezpečná domácnost (uveřejněno v rámci Metodiky ergoterapie, příloha 8).

Byl definován aktuální stav a navržen „standard“ pro intervenovanou skupinu s cílem zjistit, jaká je předpokládaná velikost účinku. Na základě výsledků je navržená metodika, která má za cíl podpořit začlenění klientů do jejich sociálního prostředí a získání optimální kvality života, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

Jak je i výše uvedeno, bylo využito **schéma QUAL-quant (The QUAL-Quant Model)**, kde kvalitativní výzkum doplňoval výzkum kvantitativní. Jednalo se o simultánní kombinování metod (Nastasi et al., 2007).

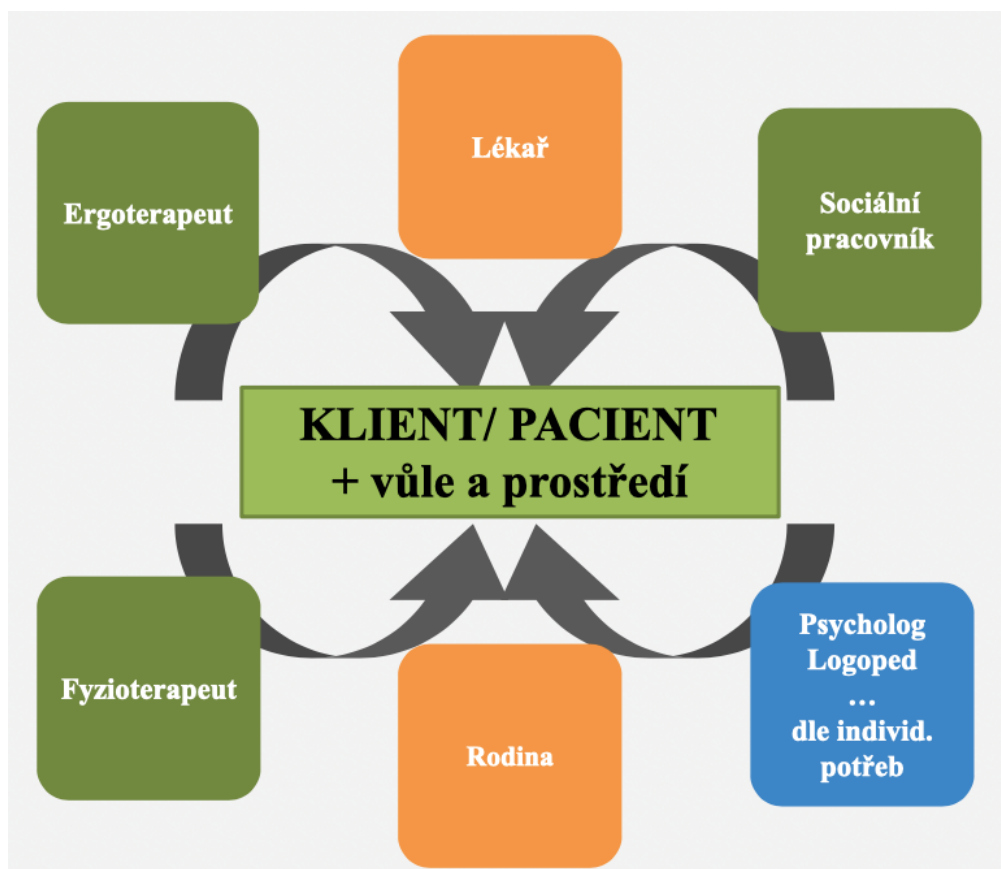
Kvalitativní část probíhala v domácím prostředí a byla zaměřena na hlubší popis sociální a zdravotní problematiky klientů po poškození mozku formou případové studie (case study). Technikou sběru dat byly rozhovor a pozorování v domácím prostředí (např. posouzení bytu a jeho úprav tak, aby byl pro tyto osoby bezbariérový) a analýza dokumentů (zdravotní dokumentace pacientů, statistiky, domácí i zahraniční studie) apod.

Kvantitativní část obsahuje strukturované dotazování a strukturované pozorování s využitím standardizovaných testů. Objektivní hodnocení vývoje funkčního stavu respondentů bylo prováděno s využitím Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti) - FIM systém® Verze 5.2. Hodnocení FIM bylo realizováno při zahájení sledování, po měsíci intervence a v závěru. Subjektivní hledisko pacienta/klienta bylo hodnoceno při první návštěvě klienta, po měsíci a v závěru, vždy s využitím dotazníku kvality života WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) vydaného Světovou zdravotnickou organizací. Z organizačního a časového hlediska se na hodnocení WHODAS 2.0 podílely sociální pracovnice.

4.1.3 Popis práce v terénu

Nadstandardní interprofesionální intervence byla klientům poskytována přímo v jejich bydlišti, kde se na ní podíleli fyzioterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci. V indikovaných případech měli klienti zařazenou i psychologickou či logopedickou

intervenci (neprobíhala v domácím prostředí). Interprofesní týmovou spoluprací v terénu názorně zobrazuje obrázek 5.



Obrázek 5 Systém založený na interprofesní spoluprací (Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

U každého klienta byly standardně provedeny následující intervence (publikováno ve Vacková et al., 2020):

- 2 vyšetření rehabilitačním lékařem (při prvním vyšetření na začátku zařazení pacienta do výzkumu lékař navrhl terapeutický postup, po 3 měsících koordinované rehabilitace provedl kontrolní vyšetření a sestavil závěrečnou zprávu s doporučeními všech členů interprofesního týmu),
- 44 návštěv fyzioterapeuta (2 pravidelné návštěvy týdně v prvních třech měsících, kontrolní návštěva v 6. a 9. měsíci). Jednalo se o terapii s prvky neurovývojových přístupů (byly použity prvky z Bobath konceptu, Proprioceptivní neuromuskulární facilitace, prvky z Dynamické neuromuskulární stabilizace a prvky ze Senzomotorické stimulace. Dále byly využity techniky měkkých tkání,

antiedematózní techniky, kinesiotaping, balanční trénink, lokomoční trénink, senzomotorika, kondiční trénink a kognitivně vedená terapie.

- *6 návštěv sociálního pracovníka (celkem 4 návštěvy v prvních třech měsících, kontrolní návštěva v 6. a 9. měsíci). Zaměření bylo na sociální poradenství týkající se sociálních dávek a žádostí o financování kompenzačních pomůcek či úprav bytu, doprovod klientů či jejich rodinných příslušníků na úřady pro vyřízení sociálních dávek. Vedle této činnosti poskytovali sociální pracovníci klientům psychickou podporu a zastávali i funkci koordinátora týmu, vytvářeli administrativní zázemí projektu.*
- *6 návštěv ergoterapeuta (celkem 4 návštěvy v prvních třech měsících, kontrolní návštěva v 6. a 9. měsíci, řešení zabezpečení pomůcek pro klienty probíhalo i mimo tyto intervence). Ergoterapie byla zaměřena na podporu maximální možné soběstačnosti klientů v domácím prostředí, zejména edukaci v oblasti sebeobsluhy, používání asistivních technologií a poradenství ohledně bezbariérových úprav v domácnosti. Ve spolupráci s fyzioterapeutem bylo zaměření ergoterapie na funkční schopnosti klientů v souvislosti s poškozenými motorickými, senzorickými či v některých případech i kognitivními funkcemi.*
- *1 kontrolní měření u všech pacientů v dubnu 2021 provedeno ergoterapeutem, případně fyzioterapeutem.*

4.2 Výzkumné nástroje

V této části jsou popsány výzkumné nástroje pro komplexní výzkum, včetně frekvence jejich využití. Následně je věnována pozornost nástrojům, které jsou součástí vyhodnocení ergoterapeutické části výzkumu.

4.2.1 Výzkumné nástroje v rámci komplexního projektu

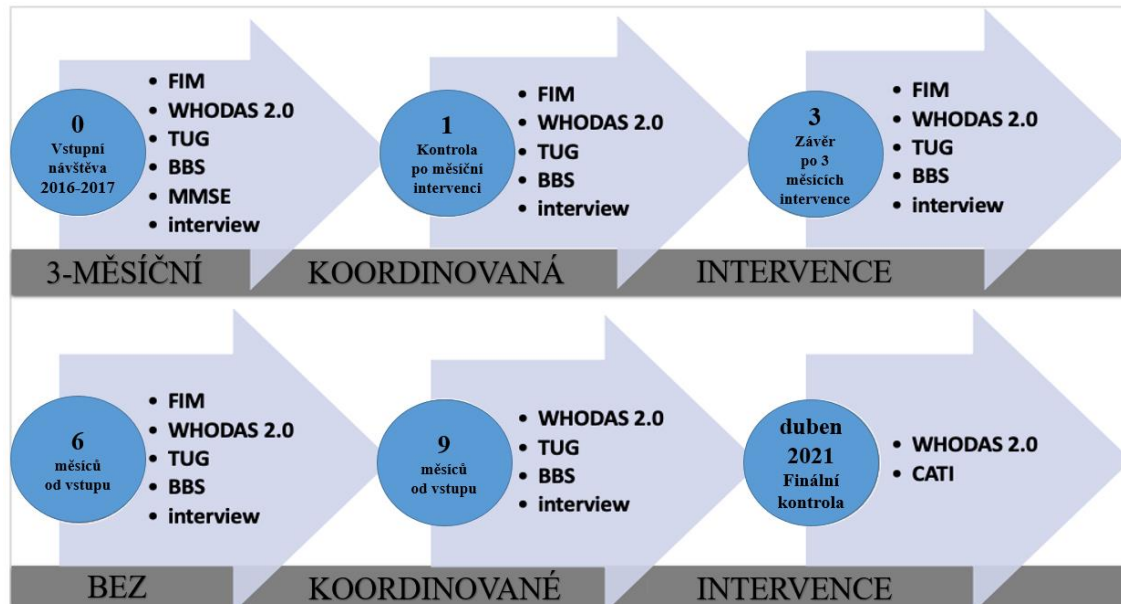
Paralelně s poskytovanou terapeutickou intervencí byl proveden sběr dat, a to:

- *dotazník kvality života WHODAS II (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) (Sládková & UZIS 2016; Üstün, Kostanjsek, Chatterji, Rehm, & WHO 2010);*
- *nástroj k měření funkční nezávislosti – FIM („Functional Independence Measure“), jenž byl realizován členy týmu, kteří složili test a byli oprávněni toto měření vykonávat na základě licence (Chumney et al. 2010);*

- další techniky sběru dat pro ergoterapeuty (včetně podkladů na sestavení evaluace bytu; diagnostická metoda k měření kognitivních funkcí – Mini-Mental State Examination (Bartoš et al. 2016; Folstein et al. 1975);
- techniky sběru dat pro fyzioterapeuty (kineziologický rozbor, nástroj k posouzení mobility člověka – Timed Up and Go Test – TUG (Podsiadlo et al., 1991, Michalčinová et al., 2022), nástroj na zjištění osobních statických a dynamických rovnovážných schopností – Berg Balance Scale – BBS (Berg et al.1992), nástroj na měření dynamické rovnováhy – Four Square Step Test (Moore et al. 2017);
- podklady pro rozhovory pro různé cílové skupiny (klienty po poškození mozku, rodiny, organizace pracující s touto cílovou skupinou, odborníky – členy interprofesního týmu) – jednalo se o pět výzkumných nástrojů v sociální oblasti;
- podklady pro computer-assisted telephone interviewing (CATI) pro finální zjištění potřeb a vývoje stavu klientů, viz příloha 4.

Frekvenci využití jednotlivých nástrojů konkretizuje časová osa, schéma 1.

Schéma 1 Časová osa využití výzkumných nástrojů



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

4.2.2 Představení standardizovaných nástrojů využitých ergoterapeuty

Základními nástroji pro hodnocení ergoterapeutické intervence a cílů projektu z hlediska ergoterapie jsou FIM a WHODAS 2.0. Doplnkově ergoterapeuti hodnotili soběstačnost (pADL) s využitím Barthelové Indexu (BI). Kognitivní funkce pro vstup do projektu byly ergoterapeuty měřeny s využitím MMSE.

- **FIM – Funkční míra nezávislosti**, z angl. „*Functional Independence Measure*“ (Chumney et al., 2010)

Jedná se o standardizovaný hodnotící licencovaný nástroj, který je součástí jednotného systému zpracování dat v rehabilitaci. Pro výzkumné účely tohoto projektu byla pořízena licence a členové týmu, kteří hodnocení prováděli, absolvovali školení a test k získání certifikátu UDSMR, viz Příloha 6.

Tento nástroj byl ve studii primárním hodnocením pro sledování úspěšnosti rehabilitačního procesu.

FIM je určen ke stanovení stupně poruchy a lze ho používat u různých diagnostických skupin. Rovněž je vhodný ke sledování změn v průběhu rehabilitace a k hodnocení efektivity rehabilitačních programů. Hodnocení by mělo být provedeno při příjmu, kdy se hodnotí první tři dny hospitalizace, následně při propuštění se hodnotí poslední tři hospitalizační dny a další kontrolní hodnocení se doporučuje v rozpětí 80-180 dnů, což bylo i v předkládaném výzkumu dodrženo. Význam hodnocení je v získání objektivních informací ohledně změn ve funkčním výkonu pacienta v průběhu rehabilitace, kdy je stanoven typ a míra dopomoci či asistence k provedení dané činnosti. Tímto FIM umožňuje hodnocení efektivity rehabilitačních programů (Krivošíková a Krulová in UZIS, 2017). Právě pro jeho vysokou citlivost byl zvolen jako primární hodnotící nástroj sledující efektivitu koordinované rehabilitace i v tomto výzkumu.

Bodování je na škále od 1 do 7 bodů, od celkové závislosti na fyzické dopomoci až po úplnou nezávislost, kdy při hodnocení na škále 1 až 5 osoba vyžaduje fyzickou asistenci, procentuálně odstupňovanou dle zapojení klienta po 25 %, úroveň 5 značí pouze dohled, Úroveň 6 a 7 je pro výkon bez asistence, přičemž 6 je modifikovaná nezávislost, tedy např. s využitím pomůcky a 7 značí úplnou nezávislost (Chumney et al., 2010).

Hodnocení obsahuje celkem 18 položek zařazených do 2 kategorií (Chumney et al., 2010):

Motorické položky (celkem 13 položek označených A-M): Příjem jídla, Osobní hygiena, Koupání, Oblékání horní poloviny těla, Oblékání dolní poloviny těla, Použití WC, Kontrola močení, Kontrola vyprazdňování, Přesuny postel-židle-vozik, Přesuny na toaletu, Přesuny do vany nebo sprchového koutu, Chůze/jízda na vozíku, Schody.

Kognitivní položky (celkem 5 položek N-R): Rozumění, Vyjadřování, Sociální interakce, Řešení problémů a Paměť.

Velkou výhodou hodnocení je určená zátěž spojená s péčí na základě výsledného skóre. Zátěž péče (z angl. Burden of Care - "BoC") je počítaná na hodiny či minuty dopomoci druhé osoby, konkrétně hodiny dle stupňů závislosti jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Zátěž spojená s péčí dle FIM (Chumney et al., 2010)

Level	Výsledné skóre FIM	Zátěž péče (v hodinách)
1	18	Více než 8 hodin
	24	7-8 h
	30	6-7 h
2	36	6-7 h
	45	5-6 h
3	54	4-5 h
	63	3-4 h
4	72	2-3 h
	80	2-3 h
5	90	1-2 h
	100	Méně než 1 h
6-7	108-126	0

Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (číslo projektu GAJU 138/2016/S)

- **WHODAS 2.0** z angl. *WHO Disability Assessment Schedule 2.0*
(Sládková & UZIS, 2016; Üstün, Kostanjsek, Chatterji, Rehm, & WHO 2010)

V projektu byl dotazník využitý v kompletní verzi s 36 otázkami pro sledování subjektivního vnímání disability a kvality života klientů. Jedná se o standardizované hodnocení z dílny WHO, které vychází z principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), přičemž využívá stejnou pětistupňovou škálu jako

MKF (0-4), s procentuálním upřesněním vnímání obtíží, finálně na škále 0 % (zjednodušeně naznačující nejlepší vnímání kvality života) - 100 % (nejhorší hodnocení obtíží a kvality života). Terapeuti a sociální pracovníci zainteresovaní do hodnocení WHODAS 2.0 v projektu absolvovali základní školení pod vedením Dr. Sládkové, autorky české verze dotazníků (Sládková & UZIS, 2016).

Vzhledem k tomu, že WHODAS 2.0 je určen především pracovníkům v rehabilitaci, včetně sociálních pracovníků, byl výzkumníky považován za optimální nástroj k využití pro účely předkládaného projektu. Jak Sládková & UZIS (2016) uvádí, nástroj umožňuje hodnocení kvality života pacienta a následnou identifikaci aktuálních potřeb pacientů, umožňuje stanovení dalších intervencí, měření výsledků terapie a její efektivity. Zároveň napomáhá v učení priorit v následné péči, případně i při určování pracovní a sociální schopnosti.

Výhodou nástroje je jeho poměrně rychlá administrace, obecně se uvádí cca 20 minut, kdy respondenti určují míru obtíží, které zažívají při provádění činností. Respondenti hodnotí reálnou situaci tak, jak ji aktuálně vnímají, pokud tedy používají pomůcky, hodnotí činnosti s využitím pomůcek či jiných adaptací. Respondenti hodnotí posledních 30 dní, přičemž obtíže při vykonávání činnosti jsou ve smyslu zvýšené námahy, bolesti či nepříjemného pocitu, pomalém tempu či v případě změny způsobu vykonávání činnosti. Hodnocenými doménami jsou *porozumění a komunikace; mobilita; sebeobsluha; vztahy s lidmi; životní aktivity (domácnost, práce, škola); účast (participace) ve společnosti* (Sládková a Hrehová, 2023, s. 24; Sládková & UZIS, 2016). Výhodou dotazníku je možnost jeho vyhodnocení přímo v dostupném formátu MS Excel.

- **BI –Barthelové index základních všedních činností**, z angl. **Barthel Index**© (Mahoney a Barthel, 1965), oficiální česká verze UZIS, 2017)

Doplňkově bylo v rámci kompletních kazuistik a ergoterapeutických vyšetření prováděno i hodnocení soběstačnosti dle Indexu Barthelové, jelikož obsahuje všechny důležité položky pro hodnocení personálních běžných denních aktivit: Jedení, Přesun na lůžko a zpět, Osobní hygiena, Posazení na toaletu a vstávání, Koupání/Sprchování, Chůze/Jízda na vozíku po rovině, Chůze do schodů a ze schodů, Svlékání a oblékání (včetně zavazování tkaniček, zapínání zipů), Ovládání stolice, Ovládání močení.

Barthelové index je určen ke stanovení stupně závislosti na základě hodnocení, které personální aktivity základních všedních činností pacient/klient zvládá samostatně, s dopomocí, nebo je plně závislý na fyzické pomoci druhé osoby. Podstatný je výkon osoby za posledních 24-48 hodin, v některých případech i delší období. Pokud pacient/klient používá pomůcky, neznamená to omezení soběstačnosti. Hodnotí se na základě přímého dotazování pacienta/klienta či osob blízkých/pečujících a též na základě přímého pozorování. Celkový součet bodů je 100, skóre pro hodnocení jednotlivých položek je na škále 0–5–10 bodů, v případě chůze ještě přidána hodnota 15 bodů u samostatné chůze nad 50 metrů, v položce Koupání/Sprchování lze získat naopak pouze 0 nebo 5 bodů (UZIS, 2017).

Vyhodnocení stupně závislosti v základních denních aktivitách je dle oficiálního formuláře (UZIS, 2017) určeno následovně:

- 0-40 bodů: Vysoce závislý
- 45-60 bodů: Závislost středního stupně
- 65-95 bodů: Lehká závislost
- 100 bodů: Nezávislý

- **MMSE - Krátký test kognitivních funkcí** z angl. *Mini-Mental State Examination* (Bartoš et al. 2016; Folstein et al., 1975; Štěpánková et al., 2015)

Pro vstup do studie na začátku spolupráce byla hodnocena úroveň kognitivních funkcí klienta s využitím MMSE.

Toto hodnocení je v České republice nejužívanější skrínigovou metodou pro zjištění kognitivního stavu. Užívají ji lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci či ergoterapeuti. Hraniční skór pro poruchu kognice bývá 24 bodů, maximum bodů je 30. Doba administrace je uváděna 10–15 min, u zdravého pohotového jedince i kratší (cca 5 min), přičemž čas splnění úkolů neměříme. Úkoly jsou zaměřené na orientaci časem a místem, rozsah pozornosti, koncentraci, paměť, řeč a praxi. Součástí je například opakování a vybavení slov, odečítání sedmičky od čísla 100, překreslování obrazce, porozumění a provedení pokynu (Štěpánková et al., 2015; Bartoš et al. 2016).

4.3 Populace, výzkumný soubor a vstupní kritéria

Zkoumanou populací jsou osoby po poškození mozku pobývající na rehabilitačních lůžkách, v rehabilitačních ústavech a v domácím prostředí v Jihočeském kraji. Pro ergoterapeutickou část byla doplňkově získaná data i od klientů z Prahy a středních Čech splňující totožná vstupní kritéria.

Základním souborem respondentů byly osoby po získaném poškození mozku ve fázi přechodu ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí.

Základním kritériem výběru pacientů po poškození mozku bylo zachování komunikačních schopností, tedy schopnost účastnit se řízeného rozhovoru na základě dotazníku - Functional Independence Measure (tzv. FIM) a WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Jednalo se o osoby v subakutní fázi onemocnění v čase propuštění z lůžkové rehabilitace do domácího prostředí, či těsně po jejich propuštění, spolupracující pacienty, kteří mají zájem o návaznou rehabilitaci v domácím prostředí.

Primární zacílení bylo na Rehabilitační oddělení Nemocnice České Budějovice, kde byli oslovení všichni pacienti z let 2016 a 2017, splňující kritéria a jejichž zdravotní stav a sociální poměry zapojení umožňovalo. Doplňkově k nasycení dat kvalitativní části ergoterapeutického výzkumu byly zařazeny osoby po získaném poškození mozku z oblasti Prahy a Středočeského kraje, s vazbou na Klinikou rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Sběr dat pak průběžně probíhal až do konce dubna 2021.

Velikost souboru

Původním plánem bylo zařazení 30 osob do výzkumu. Vzhledem k tomu, že některé osoby spolupráci ukončily v průběhu (např. z důvodu přestěhování mimo dojezdovou vzdálenost 30 km či jiných osobních důvodů), výzkum úspěšně ukončilo celkem 17 osob z Jihočeského kraje (označení JK). Doplňkově sbírali výzkumníci data od 6 osob z oblasti Praha a Středočeský kraj (označení PS). Převážná většina osob byla s diagnózou cévní mozková příhoda (CMP). Struktura probandů pro zpracování finálních ergoterapeutických výstupů viz tab. 3.

Tabulka 3 Struktura probandů

Klient	Diagnóza	Klinické projevy	Věk při vstupu	Pohlaví
JK1	iCMP	l. dx.	77	M
JK2	iCMP	l. sin.	52	F
JK3	iCMP	l. sin.	71	F
JK4	iCMP	l. sin.	72	M
JK6	iCMP	l. dx.	78	F
JK7	iCMP	l. sin.	82	F
JK11	iCMP	l. sin.	74	F
JK12	hCMP	l. sin.	48	M
JK13	kraniotrauma	l. sin.	42	M
JK14	iCMP	l. sin.	58	M
JK15	iCMP	l. dx.	63	M
JK16	iCMP	l. dx.	65	F
JK17	iCMP	l. sin.	77	F
JK18	polytrauma	l. sin.	35	M
JK19	iCMP	l. sin.	69	F
JK20	iCMP	l. sin.	86	M
JK21	hCMP	tetraplegie	42	F
PS1	hCMP	l. sin.	34	M
PS3	st.p. resekci glioblastomu	l. dx.	43	F
PS4	st.p. resekci astrocytomu front.	l. sin.	43	F
PS7	iCMP	l. sin.	77	F
PS8	iCMP	l. sin.	43	M
PS9	hCMP	l. dx.	65	F

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“ (číslo projektu GAJU 138/2016/S)

4.4 Metody analýzy dat

Vzhledem k tomu, že se jedná o kombinovaný výzkum, jsou při zpracování dat použity metody kvalitativní i kvantitativní analýzy.

Zároveň byly v úvodu výzkumu na základě praktických odborných zkušeností a studia odborné literatury i nejnovějších studií vybrány standardní diagnosticko-terapeutické metodiky vhodné pro použití ergoterapeutem v domácím prostředí klienta. Byl rovněž vytvořen manuál pomůcek pro klienty v domácím prostředí.

Výzkumnou metodou byla případová studie s kombinací různých technik sběru informací: pozorování klienta v domácím prostředí, rozhovor s klientem, analýza dokumentů (zdravotní dokumentace pacientů, statistiky, domácí i zahraniční studie) apod. Zařazeny byly i metody statistické pro kvantifikaci vývoje soběstačnosti sledovaných klientů. Vzhledem k tomu, že statisticky byly hodnocené hodnoty FIM a WHODAS 2.0, které nejsou normálně rozložené, byly použity neparametrické metody, konkrétně Wilcoxonův test pro párové výběry a Mannův-Whitneyův test pro nezávislé výběry.

4.4.1 Kvalitativní analýza

Pro hlavní výstupy byly analyzovány a interpretovány zejména podrobné terénní poznámky a zápisy z ergoterapeutických vyšetření formou interaktivní konstrukce (kombinace endogenního a exogenního východiska). Zúčastněné pozorování bylo použito jako specifická analytická technika se zvolenou konfigurací hodnot (Hendl, 2016). Bylo předem stanoveno, které aktivity bude výzkumník (terapeut) pozorovat a analyzovat. Tyto konkrétní hodnoty byly zaznamenávány jednak v rámci standardizovaných hodnocení (kde byly i výsledné hodnoty již jasně stanoveny), rovněž i v doplňkovém šetření, např. ukázka provádění určité aktivity v domácím prostředí (např. přesun do vany, oblékání apod.). S využitím rámcové analýzy poznámek a zápisů z vyšetření na základě identifikovaných témat dle výzkumných otázek, byla adekvátní data označena v databázi dat a následně probíhalo vytváření tematických tabulek a schémat pro třídění a uspořádání dat (Hendl, 2016). Uvedený typ analýzy se týkal především identifikace diagnosticko-terapeutických metod v rámci evaluace bytu, ergoterapie se zaměřením na další oblasti soběstačnosti, identifikaci facilitačních prostředků a bariér, oblastí spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka. Strukturované rozhovory byly analyzovány v programu ATLAS.ti.

Na základě pozorování, rozhovorů a praktické práce v terénu formou ergoterapeutické intervence je jako výstup zpracována metodika, která má za cíl podpořit začlenění klientů do jejich sociálního prostředí a tím být nápomocná k dosažení optimální kvality života. Celý výzkum probíhal s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

4.4.2 Kvantitativní analýza

Pro zhodnocení výsledků z kvantitativní části byla použita základní deskriptivní statistika. Získané výsledky byly statisticky zpracovány ve statistickém software programu SPSS. Empiricky získaná data ze vstupního, kontrolního a závěrečného hodnocení FIM a WHODAS 2.0 byla porovnávána, přičemž hlavní výpovědní hodnotu mají zejména data získaná prostřednictvím FIM, jelikož zvýšení soběstačnosti v určitém ohledu bylo obecným cílem ergoterapeutických intervencí.

4.5 Limity výzkumu

Limity výzkumu jsou zejména z kvantitativního hlediska, kdy celková data nelze zobecnit na populaci.

Zatímco počty zapojených respondentů byly pro kvalitativní zpracování výzkumu dostatečné, pro statistické zpracování byl jejich počet příliš nízký. Proto lze závěry statistických analýz považovat pouze za pilotní výsledky, které mohou být použity k formulování cílů budoucího detailního výzkumu. Další limity jsou konkretizovány v závěru výzkumu v rámci diskuze.

4.6 Etické aspekty výzkumu

Studie byla realizována se souhlasem Etické komise ZSF JU (Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity), viz Příloha 1. Každý klient podepisoval před vstupem do studie Informovaný souhlas, viz Příloha 2 a v případě pořizování obrazových záznamů i Souhlas s pořizováním fotodokumentace, viz Příloha 3. Výzkum byl prováděn v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

Práce s osobami ve vlastním sociálním prostředí a dodržování hranic

Výzvou výzkumu byla práce v domácím prostředí klienta, tedy v jeho osobním, soukromém prostoru, do kterého výzkumníky/terapeuty na jednu stranu dobrovolně pustil, ale bylo to velice křehké místo. Umožňovalo to přizpůsobit terapii na míru, řešit úpravy v domácím prostředí, ale bylo nutno myslet na to, že je to “křehký led”, kdy někteří klienti mohou citlivě reagovat např. na hodnocení domácího prostředí s nutností nahlížení do různých prostor obydlí, včetně ložnice, toalety či úložných prostor. Individuální morálka je prověřovaná v interakci s ostatními lidmi, jak to popisuje Kutnohorská et al. (2011, s. 47).

Při spolupráci s klienty v domácím prostředí jde ještě víc než v jiném prostředí o dodržování hranic. Jedná se o jejich osobní prostor. I přesto, že se členové týmu snažili přistupovat ke klientům s empatií, opatrností a úctou, několik situací bylo rozporuplných. Ze zpětného hodnocení bylo z rozhovorů s klienty zjištěno, že měli pocit zasahování do jejich osobního prostoru, až pocit drzosti ve chvíli, kdy bylo potřeba hodnotit domácí prostředí a nahlédnout do některých částí domácnosti. Problematické to bylo zejména pro ergoterapeuty, jelikož jedním z cílů byla evaluace domácího prostředí těchto osob a navržení vhodných úprav a facilitačních prostředků. Terapeut by měl hledat vhodnou formu komunikace nejen při hodnocení, ale též při indikaci facilitátorů a řešení různých menších či větších úprav. Úlohou profesionálů je i motivování klienta, jelikož motivace vede k cíli (Kutnohorská, 2011).

Profesionální etika

Na jedné straně je řešena potřeba pomoci, na straně druhé zasahování do osobního prostoru. Lze mluvit právě o schopnosti porozumět individualitě klienta, naplnění očekávání a rozsahu pomoci, kterou klient očekává, jak to zmiňuje i Kutnohorská et al. (2011, s. 11). Nemělo by se přitom zapomínat na profesionální etiku, v tomto případě na Etický kodex ergoterapeuta, který je uveden v příloze 5. Z pohledu etiky je zároveň podstatné uvědomění jednotlivce, jaké hodnoty bude respektovat a prosazovat v soukromí i v profesním životě teď i v budoucnu (morální hodnoty a normy). Zároveň je vhodné odvolávat se i na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením s účelem podpory, ochrany a zajištění rovného užívání lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a k podpoře úcty jejich přirozené důstojnosti.

Další etické aspekty výzkumu

Souhrnně jsou z profesního hlediska níže uvedené vybrané body etických aspektů:

- jedná se o narušenou sociální situaci nemocného i jeho rodiny vzhledem k následkům nemoci,
- intervence probíhá ve vlastním sociálním prostředí klienta,
- podobně jako popisuje ve svém výzkumu i Musilová (2006) in Kutnohorská (2011, s. 27), problémem je deficit zdravotně-sociální péče,
- zaměření je i na sledování kvality života a individualizaci léčby (přístupu),
- jedná se o osoby, které postihla vážná nemoc s následky a jistou formou utrpení,
- zasaženými jedinci jsou osoby po CMP a jiném poškození mozku, často jsou to senioři a v některých případech i umírající,
- nelze zapomínat na rodinu klienta,
- k řešení jsou uvedena etická dilemata v komunitní (neuro)rehabilitaci,
- v řešení je nedostupnost zdravotních a sociálních služeb v domácím prostředí, přičemž podstatné je i časové hledisko poskytování služeb a jejich dostupnost i přístupnost.

Všechny nás spojuje morální dimenze jednání, tedy svědomí, které nás odlišuje od zvířat a dělá člověka člověkem. V uvedené práci lze nalézat oblasti deontologie i axiologie, jak uvádí i Kutnohorská et al. (2011), tedy zaměření na etiku ve smyslu: a) co by člověk dělat měl – deontologie (povinnost) - popsáno spíše z pohledu terapeutů – jejich přístupů ke klientovi, hranic, b) zaměření na hodnoty a hodnotový systém (co utváří správné jednání) - axiologie (hodnota) zejména z pohledu klientů, jejich potřeb a kvality života.

5 Výsledky

Níže uvedené výsledky jsou rozděleny dle jednotlivých dílčích cílů práce v částech 5.1–5.3). V části 5.4 jsou pro komplexnost ještě zhodnoceny potřeby klientů z dlouhodobého hlediska v souvislosti s ergoterapií a v části 5.5 je zhodnocená týmová spolupráce a ergoterapie z pohledu klientů.

Praktický výstup je uveden jako Příloha č. 8. Jedná se o vytvořenou metodiku, která má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

5.1 Diagnosticko-terapeutické metody v ergoterapii

Tyto výsledky se věnují 1. dílčímu cíli disertační práce: Popsat diagnosticko-terapeutické metody, které může používat ergoterapeut u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí k dosažení optimální kvality jejich života.

5.1.1 Ergoterapeutický proces

Jak uvádí Krivošíková (2011), provedení kvalitní funkční diagnostiky je základem pro nastavení efektivní terapie na základě identifikace individuálních potřeb klienta, určení cílů a stanovení krátkodobého a dlouhodobého plánu. Díky průběžným hodnocením lze sledovat v rámci terapeutického procesu jeho efektivitu a případně plány a cíle upravovat. Je vhodné porovnání subjektivního a objektivního pohledu terapeuta i klienta. K tomu je potřeba vhodně zvolit **diagnostické metody** (vstupní, průběžné či kontrolní a závěrečné), které mohou být:

- standardizované (objektivní),
- nestandardizované (subjektivní).

Ergoterapeut vyšetřuje odebráním anamnézy (rozhovorem), pozorováním (aspekci) či pohmatem (palpací). U neurologických pacientů se zaměřuje z funkčního hlediska na hodnocení hrubé motoriky (rozsahy pohybů, svalová síla, mobilita a lokomoce), na hodnocení jemné motoriky (zejména úchopy, v té souvislosti i čítí, jemná motorika v rámci zapojení ruky do činností apod.), dále hodnotí zájmy, denní režim, prostředí domácí či pracovní a zejména soběstačnost v kontextu prostředí a výše uvedených oblastí. Hodnotí sociální a zdravotní situaci, základní psychosociální stav, kognitivní či fatické funkce z hlediska funkční diagnostiky a vlivu na běžné denní činnosti a provádění aktivit.

Na základě této funkční diagnostiky osoby, prováděné formou standardizovaných či nestandardizovaných hodnocení, v souvislosti s faktory prostředí a disabilitou jedince, ovlivňuje ergoterapeut soběstačnost s využitím **terapeutických metod**, mezi které lze zahrnout (Jelínková, Krivošíková, 2007; Krivošíková, 2011; Švestková, Svěcená, 2014; Švestková, 2015):

- metody s cílem znovuobnovení poškozené funkce, omezení nebo zmírnění poruchy (např. myofasciální techniky, metody s využitím neurovývojových přístupů, kupř. Bobath koncept),
- metody s cílem kompenzování poškozené funkce
 - naučení klienta provádět činnost novým způsobem (bez úpravy prostředí či použití pomůcky s využitím kompenzačních technik),
 - trénink používání kompenzačních pomůcek,
 - trénink využívání adaptovaného prostředí,
- metody k naučení nové dovednosti, motivační strategie,
- poradenství k poskytnutí nových informací, instruktáže,
- metody vedoucí k posílení psychické a fyzické kondice, kognitivních funkcí,
- metody cílené k získání nového náhledu klienta na situaci,
- využití dalších osob (instruktáž, slovní nebo osobní dopomoc),
- využití částečné aktivity klienta při nácviku ADL (část aktivity provádí terapeut, případně dopomáhá),
- zpětné řetězení kroků činnosti (terapeut pomáhá klientovi, předvádí a postupně snižuje míru asistence, dokud klient nezvládne celou činnost sám),
- nápovědy při nácviku ADL (verbální, fyzické, plánky označení...).

Specifikem ergoterapeutických metod je využití modelových činností, přičemž se jedná o velmi široké spektrum aktivit, které nevyžadují zpravidla žádné investice. Využívají se pro hodnocení zvládnání nějaké konkrétní činnosti jako testování, které má vypovídající hodnotu nebo přímo i pro nácvik činnosti. V rámci standardizovaného hodnocení byly modelové činnosti využity při hodnocení testem FIM. Zároveň byly modelové činnosti často využívány v rámci standardní ergoterapie při nácviku aktivit denního života. V další ergoterapeutické praxi jsou součástí ergodiagnostiky a předpracovní rehabilitace. Jedná se o činnosti, které jsou různě psychicky a fyzicky náročné. Volba vhodné modelové činnosti a její náročnost se odvíjí od typu disability, cílů rehabilitace či zájmů klienta.

5.1.2 Nejčastější diagnostické a terapeutické metody v domácím prostředí

Mezi **standardizované diagnostické metody** patřilo objektivní vyšetření soběstačnosti s využitím FIM a Indexu Barthelové a orientační vyšetření kognitivních funkcí s využitím MMSE.

Základní diagnostickou metodou byl semistrukturovaný rozhovor, který byl kombinovaný s vyšetřením aspektů či palpací.

Nestandardizovaná část vyšetření probíhala na základě předem vytvořeného formuláře, který obsahoval tyto základní části hodnocené u všech klientů:

- Osobní anamnéza
- Režim dne
- Spánek
- Kognitivní a psychosociální funkce
 - subjektivní obtíže
 - pozornost, psychomotorické tempo, porozumění, paměť
 - spolupráce, komunikace
- Smysly
- Mobilita/Lokomoce
 - vertikalizace do sedu, do stoje, stabilita ve stoji
 - chůze v interiéru, v exteriéru
 - chůze po schodech
- Celkové subjektivní potíže klienta
- Orientační funkční hodnocení horních končetin
 - dominance, taxe, orientačně cítí
 - tonus, síla stisku ruky
 - rozsahy pohybů vzhledem k vykonávání ADL, bolestivost, koordinace horních končetin
 - jemná motorika – funkční hodnocení, např. zapnout knoflík, zip
- Hodnocení soběstačnosti:
 - pADL dle Barthel Indexu: najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině, chůze po schodech,

- iADL (zjištění, co provádí klient/rodina/společně): domácí práce, nákup, transport (auto / MHD / taxík), léky (připravuje sám/rodina), vedení domácnosti, zařizování na úradech, funkční komunikace (používá mobilní telefon/příjem hovorů/PC), příprava jídla, péče o druhé.
- Sociální situace a hodnocení domácího prostředí
 - Prostředí při propuštění z hospitalizace: částečně bariérové (např. nevyhovující koupelna, koberečky, prahy)/značně bariérové (nedostupné místnosti, patro apod.)/bezbariérové, rekonstrukce v domě, plány
 - Orientace klienta: místem, osobou, situací, časem, v domě - vyžaduje dohled (ano/ne)
 - Sdílení domácnosti: samostatně – s rodinou – s manželem/manželkou – s partnerem/partnerkou – s dětmi
 - Příspěvky a výhody
 - Typ domácnosti: Rodinný dům / byt, patro, velikost domácnosti
 - Schody: počet schodů v interiéru, počet schodů před domem, schody zvládá – nezvládá, využívá výtah/schodolez/rampu/plošinu
 - Okolí domu – rovinatý terén, kopcovitý terén, bariéry: vysoké chodníky, nájezdy, pohyb po okolí
 - Pohyb po bytě, dostupnost místností a soběstačnost v domácím prostředí: dostane se do místností v přízemí, patře
 - Hodnocení jednotlivých místností: Kuchyň, Obývací pokoj, Ložnice, Koupelna (vana/sprcha), WC
 - Úpravy v bytě po úrazu/atace
 - Kompenzační pomůcky (např. chodítka, mechanický vozík (zapůjčený/vlastní), polohovací lůžko, toaletní křeslo, sedačka na vanu), způsob financování
 - Sociální kontakty (v okolí i mimo něj)

Závěr z diagnostiky a doporučení: Výsledkem vyšetření byl jasně formulovaný závěr, včetně formulace cílů klienta, obecného doporučení, specifických doporučení k vybavení vhodnými kompenzačními pomůckami, dále popis navrhovaných úprav bytu a informace, zda je doporučována výměna bytu za bezbariérový. Též se jednalo o jiná doporučení např. návazná rehabilitace, dostatečná nutrice (konzultace s lékařem, nutričním terapeutem), poradenství/konzultace se sociálním pracovníkem ohledně příspěvku na péči, mobilitu...

Neodmyslitelnou součástí terapeutického procesu bylo stanovení jasných cílů klientů. Konkrétně jsou níže uvedeny pro každého klienta tak, jak si je klienti stanovili ve spolupráci s ergoterapeutem, který korigoval především, aby cíle byli realistické.

Klient Ergoterapeutické cíle

- JK1** chůze, zvýšení soběstačnosti v pADL: hygiena, koupání, oblékání, jedení
- JK2** samostatná chůze v exteriéru, samostatný nákup, jízda MHD
- JK3** větší soběstačnost při hygieně, oblékání, jedení, chůze v exteriéru
- JK4** zlepšení lokomoce (chtěl by do lesa na dříví, projít se okolo domu), vyjít po schodech do patra domu, zlepšit řeč
- JK6** zlepšení svalové síly PHK, stabilita při chůzi
- JK7** chůze, soběstačnost (hygiena, koupání, oblékání, jedení)
- JK11** zlepšení stability, chůze, péče o domácnost
- JK12** samostatné bydlení, zvýšení soběstačnosti, zlepšení mobility a motoriky horní končetiny
- JK13** zvýšení soběstačnosti a nové vlastní bezbariérové bydlení (bydlí u matky), samostatné zvládnání braní léků
- JK14** zlepšení oblékání horní a dolní poloviny těla, zlepšení mobility v lůžku, samostatné posazování, sed, zlepšení postavování, stoj ve vysokém chodítku
- JK15** řízení auta, zlepšení motoriky LHK (rameno), LDK – dorsální flexe v hleznu pro řízení, JM, bezbariérovost - soběstačnost v koupání a bezpečnost
- JK16** soběstačnost v oblékání horní a dolní poloviny těla, exprese, grafomotorika
- JK17** zlepšení stability při chůzi, zvládnout změněnou situaci po CMP, zlepšit LHK, zmírnění třesu a brnění
- JK18** zlepšení kognitivních funkcí – exprese, slovní produkce, paměť, zlepšení celkové kondice
- JK19** zlepšit stabilitu chůze, jít na procházku, aktivita LHK (alespoň k fixaci), zmírnění bolestí RAK LHK a otoku akra
- JK20** zlepšení JM, samostatné oblékání horní a dolní poloviny těla, samostatná lokomoce s využitím KP v interiéru, zkouška lokomoce s KP v exteriéru s dohledem případně dopomocí druhé osoby pro riziko pádu.
- JK21** Zlepšení mobility a lokomoce, zvýšení soběstačnosti v pADL
- PS1** samostatné přetáčení a posazení na lůžku, samostatné svlékání a oblékání horní poloviny těla, zlepšení mobility a lokomoce v interiéru se zaměřením na bezbariérovost, zapojení do volnočasových aktivit, zapojení do přípravy jídla (vaření bylo koníčkem)
- PS8** Zvýšení soběstačnosti v pADL, konkrétně samostatné oblékání trička, samostatné oblékání dolní poloviny těla), samostatné provádění nastavené domácí terapie, zvýšení soběstačnosti v přesunu na toaletu, zvýšení soběstačnosti v oblasti lokomoce

Na základě intervence u klientů s následnou podrobnou analýzou zápisů z vyšetření se další část výsledků věnuje zaměření na **terapeutické metody aplikované** vzhledem k terapeutickým cílům v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku. Ukázka podrobné analýzy u vybraných klientů je uvedena ve formě tabulky 4. Uvedeny jsou vždy hlavní cíle klientů a úroveň jejich naplnění. Cíle jsou hodnoceny po ukončení tříměsíční intervence.

Tabulka 4 Terapeutické cíle a metody u vybraných reprezentativních klientů

Klient	Ergoterapeutické cíle	Použité terapeutické metody	Úroveň splnění cílů
JK13	1) zvýšení soběstačnosti a nové vlastní bezbariérové bydlení (bydlí u matky), 2) samostatné zvládnání braní léků	Edukace: 1) poradenství ve spolupráci se soc. prac. ohledně možnosti přestěhování – žádost o garsoniér, poradenství ohledně bezbariérové koupelny a provádění pADL, 2) kompenzační mechanismy se zaměřením na paměť a denní režim – budík, dávkovač léků	Cíle splněny - zlepšení o 8 bodů ve FIM 1) přestěhování a úprava bytu, 2) postupné zavedení braní léků bez nutnosti budíku, zafungoval dávkovač léků
JK15	1) Řízení auta - zlepšit motoriku LHK (rameno), LDK – DF v hleznu pro řízení, 2) zlepšení jemné motoriky, 3) bezbariérová úprava koupelny – soběstačnost v koupání a bezpečnost	1) - 2) metody s cílem znovuoobnovení rozsahu pohybu a jemné motoriky - myofasciální techniky, prvky Bobath konceptu, PNF, taktilní stimulace, instruktáž k autoterapii, 3) adaptace činnosti, poradenství ohledně úprav koupelny a využití modelových činností	Cíle splněny - zlepšení o 10 bodů ve FIM (koupání, přesuny, lokomoce, řešení problémů), 1) zkoušel řídit auto, zlepšení rozsahů pohybů v rameni i hlezně, 2) úspěšně zapojuje obě horní končetiny do jemnějších aktivit, provádí autoterapii, 3) zvládá samostatně a bezpečně koupání
JK16	1)zlepšení pADL – zvýšení soběstačnosti v oblékání horní a dolní poloviny těla – zaměření na knoflíky, zipy, 2) exprese řeči, 3) zlepšení jemné motoriky a grafomotoriky, 4) zvýšení soběstačnosti v iADL při pohybu v terénu	1) Návčik oblékání horní a dolní poloviny těla přes modelové činnosti, 2) komunikační strategie, edukace, instruktáž, poradenství ohledně možností logopedie, 3) Návčik manipulace s kompenzačními pomůckami pro ADL (lžíce, příbor s rozšířeným úchopem- zapůjčení pomůcek do domácího prostředí), terapie protiotoková, míčkováni, měkké techniky, mobilizace a aproximace drobných kloubů ruky a zápěstí, senzomotorická stimulace, návčik úchopů a trénink grafomotoriky, prvky PNF. Předáno grafomotorické cvičení, protiotoková terapie, 4) Konzultace, poradenství a výběr vhodné kompenzační pomůcky pro zlepšení soběstačnosti při pohybu v terénu a zvládnutí iADL (nakupování, transfer MHD aj.)	Celkové zlepšení ve FIM o 3 body Cíle splněny: 1) zvládne pomocí kompenzačních strategií nebo v prodlouženém časovém intervalu sama obléknout horní polovinu těla bundu, kabát, halenku, podprsenku (zvládne rozepínání a zapínání knoflíků, zipu), u dolní poloviny je potřeba dopomoc, přidržení při obouvání bot, 2) Komunikace bez větších obtíží a známek fatické poruchy, exprese v prodlouženém čase při výslovnosti těžších slov, 3) kompenzovaný úchop, některé úkony přebírá zdravá HK, 4) vybráno čtyřkolové chodítko, zabezpečena administrace, zvládá nakupování, rolátor využívá pro pohyb v exteriéru (nákupy, procházky)
JK21	1)Zlepšení mobility a lokomoce, 2) zvýšení soběstačnosti v pADL vzhledem k omezené jemné motorice	1) návčik aktivní jízdy na mechanickém vozíku, cílení na denní režim, procházky, 2) návčik aktivní hybnosti horních končetin, prvky Bobath konceptu, návčik zapojování paretické horní končetiny do bimanuálních činností, modelové činnosti	Zlepšení ve FIM o 13 bodů, včetně výrazného zlepšení v kognitivních položkách, cíle splněny: 1) zvládá procházky s tatínkem nebo manželem, vydrží již cca 1 hodinu, sed není stabilní, přesuny s fyzickou dopomocí, 2) mírné zlepšení hybnosti PHK v lokti do flexe, zlepšení úchopu, zvládá dávat kousky ovoce do úst samostatně, zkouší jedení lžící, funkčně např. zapne knoflík

Klient	Ergoterapeutické cíle	Použité terapeutické metody	Úroveň splnění cílů
PS1	1) Samostatné přetáčení a posazení na lůžku, 2) samostatné svlékání a oblékání horní poloviny těla, 3) zlepšení mobility a lokomoce v interiéru se zaměřením na bezbariérovost, 4) zapojení do volnočasových aktivit, 5) zapojení do přípravy jídla (vaření bylo koníčkem)	1-5) Nácvik aktivit (ADL) – modelové činnosti (mobilita, oblékání, hra, příprava jídla), 1) trénink přetáčení a posazení dle Bobath konceptu, metody pro ovlivnění rozsahu pohybů a spasticity, 1), 2) kompenzační přístup, edukace rodinných příslušníků – čas, podněcování a motivace (otec), 3) řešení bezbariérových úprav ve spolupráci se sociálním pracovníkem (nevyhovující výtah)	Celkové zlepšení ve FIM o 4 body: 1) Schopen přetáčet se a posadit se přes pravý bok (cíl splněn), 2) větší zapojení do oblékání a svlékání (dle FIM zlepšení o 3 body a o další bod v oblasti koupání), 3) výtah nedořešen vzhledem k bariérám sociálním (bytové družstvo), 4) splněná touha a vyřešení možnosti her na Nintendo Wii (cíl splněn), 5) naučení strategií s možností zapojení do přípravy pokrmů při fyzické asistenci (cíl splněn)
PS8	Zvýšení soběstačnosti v pADL 1) samostatné oblékání trička, 2) samostatné oblékání dolní poloviny těla, 3) samostatné provádění nastavené domácí terapie, 4) zvýšení soběstačnosti v přesunu na toaletu 5) zvýšení soběstačnosti v oblasti lokomoce	1) Metody k ovlivnění paretické horní končetiny (využití prvků Bobath konceptu – mobilizace pletence ramenního, placing, aproximace, pasivní protažení, mobilizace akra, bimanuální zapojování), nácvik pADL - modelové činnosti – nácvik svlékání a oblékání trička, instruktáž partnerky, 2) Metody k ovlivnění paretické dolní končetiny – pasivní protažení, pohyby v odlehčení, bridging, modelová činnost, 3) Motivace klienta - zaměření na denní režim, 4) instruktáž a poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek - nástavec na toaletu, nácvik v rámci modelové činnosti v reálném prostředí, 5) spolupráce s fyzioterapeutem, zaměření na ovlivnění funkce levé dolní končetiny - prvky PNF, posilovací cviky s využitím overbalu, bridging, trénink chůze s oporou o čtyřbodovou hůl, indikace kompenzační pomůcky a zabezpečení administrace procesu - anatomicky tvarovaný sedák do mechanického vozíku	Celkové zlepšení ve FIM o 9 bodů: 1) zvládne obléct tričko bez fyzické dopomoci, FIM zlepšení o 1 bod (cíl splněn), 2) zlepšení o 2 body ve FIM v položce oblékání dolní poloviny těla (cíl splněn), 3) aktivní trávení volného času na základě “motivačních tabulek” (cíl splněn), 4) zlepšení v přesunu na WC dle FIM o 3 body, zvládne bez fyzické dopomoci, pořízení nástavce (cíl splněn), 5) instalace madla do chodby – zvládne bezpečnou vertikalizaci do stoje, pořízení sedáku do vozíku (cíl splněn)

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Ukázky dvou vybraných kompletních ergoterapeutických kazuistik dokladujících využití konkrétních diagnosticko-terapeutických metod v praxi jsou součástí přílohy 7.

Na základě systematické analýzy dokumentace a terénních poznámek u všech klientů bylo v dalším kroku vytvořené přehledné schéma nejčastějších ergoterapeutických metod využitých v domácím prostředí klientů, viz schéma 2.

Schéma 2 Nejčastější terapeutické metody vzhledem k cíleným oblastem (Zdroj: Projekt)



Závěr:

Diagnosticko-terapeutické metody ergoterapeuta u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí byly zaměřené na 5 základních oblastí: (1) ADL, (2) bariéry prostředí, bezpečnost a prevence, (3) jemná motorika a grafomotorika, (4) mobilita a lokomoce, (5) volnočasové aktivity, začlenění do zaměstnání a komunity. V rámci terapeutických metod se jednalo především o využití modelových činností k diagnostice i terapii, poradenství a instruktáž, různé kompenzační strategie, kognitivní trénink, fyzické či verbální vedení, metody k posílení psychické a fyzické kondice, motivační strategie a aplikace neurovývojových přístupů.

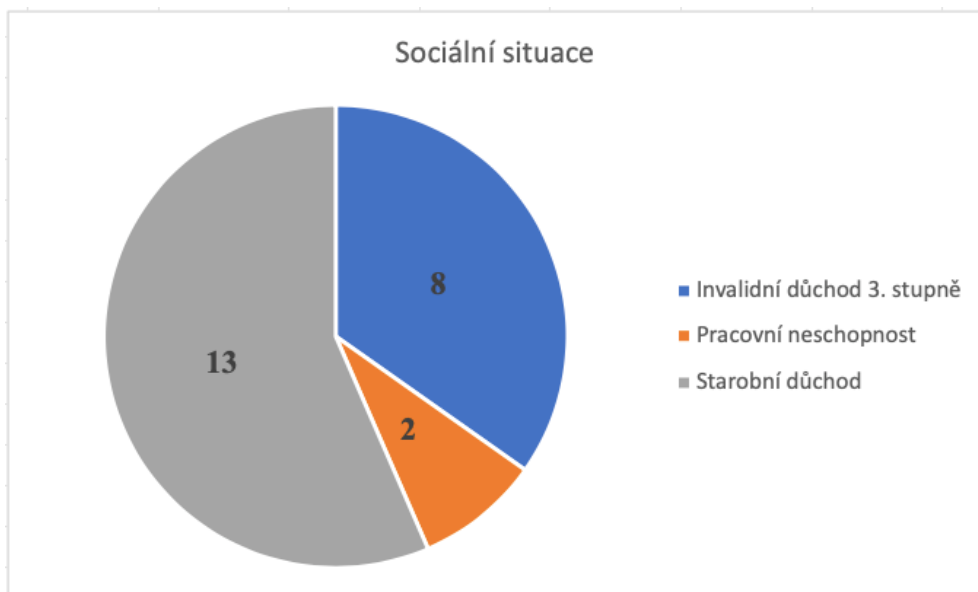
5.2 Domácí prostředí klientů z hlediska bezbariérovosti

Tato část se věnuje **2. dílčímu cíli práce**: Posoudit domácí prostředí individuálního klienta z hlediska bezbariérovosti, navrhnout vhodné facilitační prostředky a úpravu bytu pro dosažení optimální soběstačnosti a zlepšení kvality života v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku s důrazem na úzkou spolupráci se sociálním pracovníkem, např. výměna bytu v případě, že není možno z technických důvodů upravit byt na bezbariérový.

5.2.1 Sociální situace

U každého klienta byla nejdříve zhodnocena základní sociální situace. Uvádíme ji v této části, jelikož i domácí prostředí a bydlení patří prakticky do sociální anamnézy a má úzkou souvislost s níže popisovanými bariérami a případnými facilitátory. V době odebrání anamnézy nejvíce klientů pobíralo starobní důchod, další početnou skupinou byly osoby pobírající invalidní důchod 3. stupně. 2 osoby byly v pracovní neschopnosti, viz graf 1.

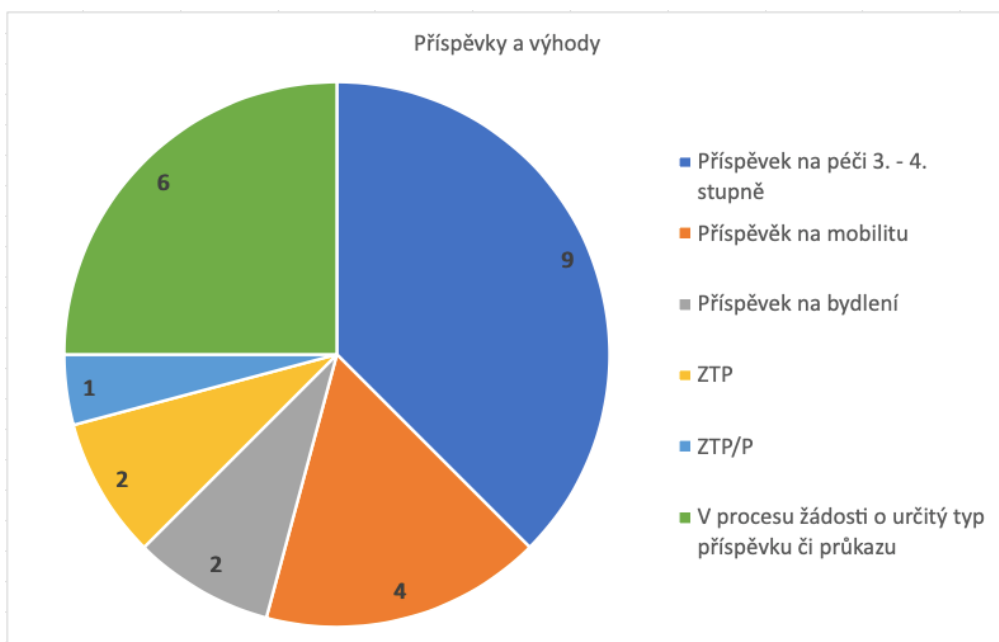
Graf 1 Struktura informantů dle sociální situace



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Zaměřili jsme se i na různé typy příspěvků a výhod. Samotné přiznané příspěvky a výhody jsou výraznými facilitátory informantů. Bylo zjištěno, že nejvíc klientů má přiznan příspěvek na péči 3. či 4. stupně, celkem 9 klientů. Příspěvek na mobilitu uvedli 4 klienti, 2 klienti pobírají příspěvek na bydlení. Průkaz ZTP uvedli 2 klienti a jeden má průkaz ZTP/P. V procesu žádosti o určitý typ příspěvku či průkazu bylo v té době 6 klientů. Přehledně viz níže graf 2.

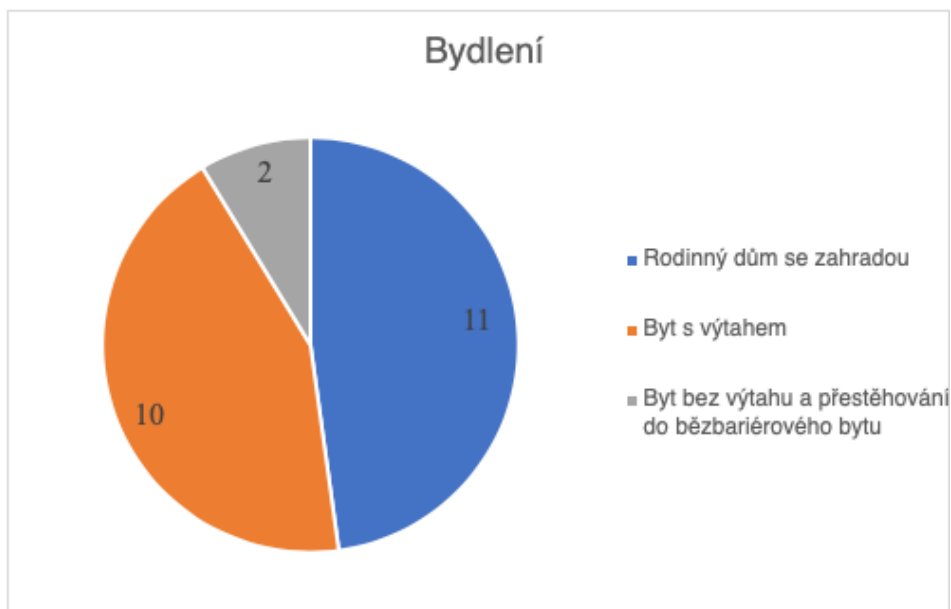
Graf 2 Rozložení pobírání příspěvků a jiných výhod v rámci sociální situace



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Co se týče typu bydlení, dispozice jsou následující. 11 klientů mělo rodinný dům se zahradou. Byt s výtahem mělo 10 klientů, z toho jeden výtah byl rozměry nevyhovující. Dva klienti se v průběhu spolupráce přestěhovali z nevyhovujícího bytu bez výtahu do bezbariérového bytu, viz graf 3.

Graf 3 Rozložení probandů dle typu bydlení



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Na základě grafu lze hodnotit poměrně rovnoměrné rozložení, co se týče dispozic bydlení, rodinný dům/byt.

5.2.2 Bariéry a facilitátory

V rámci šetření byly zjišťovány bariéry v domácnosti, které brání optimálnímu zapojení do vykonávání běžných denních aktivit (ADL), pohybu v interiéru či exteriéru eventuálně by mohly způsobit pád či úraz. Klientům byly indikovány úpravy či kompenzační pomůcky. Zaměření bylo zároveň na facilitační prostředky, které klientům usnadňují fungování v domácnosti či na osoby, které působí jako facilitátor. Byla provedena systematická analýza kazuistik, konkrétně zápisů z vyšetření ergoterapeutem (ukázky kazuistik viz Příloha 7). Na základě uvedené analýzy byla vytvořena přehledná tabulka 5 bariér a facilitátorů. Z tabulky je zároveň u jednotlivých klientů patrná převaha facilitátorů, nebo naopak bariér.

Tabulka 5 Bytová situace, bariéry a facilitátory

Klient	Sociální anamnéza, pečovatelský	Bytová situace – typ bydlení	Bariéry identifikované v rámci domácí návštěvy ergoterapeutem	Facilitující faktory
JK1	Starobní důchod, zažádáno o ZTP/P, příspěvek na mobilitu, manželka, navštěvuje pravidelně vnučka	Byt 2+1, 5.patro s výtahem	praha, koupelna (malý prostor, mnoho věcí), absence madel, chybějící drobné pomůcky (oblékání, jedení, hygiena, koupání, grafomotorika)	Manželka, vnučka (zejména pozitivní vliv má její přítomnost), bezbariérový přístup do domu, rolátor, sedačka na vanu, léky, mobilní telefon, pomůcky ke kognitivnímu tréninku, brýle na čtení
JK2	Sanitární pracovnice v pracovní neschopnosti, manžel, 2 dospělé děti poblíž	byt, 1. patro s výtahem	Žádné bariéry neindikovány, byt vyhovující	Manžel, děti, mobilní telefon, PC, madla, protiskluzové podložky, zábradlí u schodů, léky
JK3	Starobní důchod, ZTP, manžel, zbytek rodiny poblíž	Rodinný dům	4 schody v domě, 10 schodů před domem, okolí domu (terén v zahradě)	Manžel, blízká rodina, sprchový kout, madla, rolátor, mobilní telefon, drobné pomůcky v kuchyni, brýle na čtení
JK4	Starobní důchod, dcera	Rodinný dům, používá přízemí	absence manželky (zemřela), absence pomůcek k jedení (neupravený příbor, nezvládá krájení), schody do patra (patro nyní nepoužívá)	Dcera, pobyt v přízemí domu bez schodů, mobilní telefon, chodítko - rolátor, francouzská berle, madla v domě, madla na WC i v koupelně, sprchový kout, elektricky polohovatelná postel, vyvýšená toaleta, léky
JK6	Starobní důchod, synovec ve vedlejší domě a neteře poblíž v kontaktu (pomoc v domácnosti při praní, mytí oken...)	Rodinný dům, 10 schodů před domem (zatím zvládá samostatně)	Bydlí sama, doporučení systému přivolání pomoci	Synovec, neteře, mobilní telefon, sprchový kout, madla, protiskluzové podložky, sprchová židle, léky
JK7	Starobní důchod, manžel	Bytový dům, 1. patro s výtahem	3 schody u předního vchodu a 20 schodů zadní vchod, absence madel v bytě, zejména v koupelně, malý prostor bytu a mnoho věcí, absence pomůcek k hygieně a koupání, oblékání, jedení, zaměřit se na bezpečnost v domácnosti a přivolání pomoci	Manžel, donáška jídla, materiály ke kognitivnímu tréninku, mobilní telefon, kalendář, brýle na čtení, sedačka na vanu
JK11	Starobní důchod, manžel, dochází 2 dcery a občas syn	Panelový dům s výtahem	Schod do bytu	Manžel, dcery, léky, madla v koupelně, protiskluzová podložka, mobilní telefon
JK12	ID, příspěvek na péči rodiče	Byt – v úvodu 1kk v 1. patře se schody, v průběhu přestěhování do bezbariérového bytu	Schody do domu, málo manipulačního prostoru, absence kompenzačních pomůcek k jedení, hygieně, koupání (žínka na prodloužené rukojeti), oblékání (podavač)	Rodiče, mobilní telefon, PC, léky, francouzská hůl, sedačka na vanu, nástavec na toaletu, madla, přestěhování do bezbariérového bydlení s pečovatelskou službou
JK13	ID 3. st., PnP 3. st., ZTP, matka	Byt 2+1 s výtahem u matky, přestěhování do garsoniéry v dojezdu matky	Matka	Matka, léky, nové bezbariérové bydlení, bezbariérová koupelna i toaleta, mobilní telefon, kalendáře a diáře, budíky pro brání léků, dávkovač léků (problémy s krátkodobou pamětí), léky

Klient	Sociální anamnéza, pečovatelský	Bytová situace – typ bydlení	Bariéry identifikované v rámci domácí návštěvy ergoterapeutem	Facilitující faktory
JK14	ID, PnP, příspěvek na péči, manželka, syn	dvougenerační bariérový dům, bydlí v přízemí s manželkou, nahoře syn s přítelkyní	Při vstupu nutno překonat 8 schodů, byt 2+1 schody, Bariéry: WC, koupelna, kuchyň, nízká postel v ložnici, exteriér: vysoké chodníky, nájezdy	Mobilní telefon, notebook, léky, mechanický vozík, podpažní berle, francouzské berle, vysoké chodítko, křeslo do sprchy-klozetové, zapůjčený schodolez, křeslo pro relax, sprchové křeslo, terapeutické pomůcky
JK15	Starobní důchod, přítelkyně	Domeček (chalupa) se zahradou	Schody do patra, nízká postel, prahy, koupelna s vanou, nízká toaleta	Madla, nástavec na toaletu, přítelkyně, léky, mobilní telefon, brýle na čtení, terapeutické pomůcky
JK16	SD, manžel	Byt, 2. patro bez výtahu	cca 40 schodů do bytu (zatím překoná), chybějící drobné pomůcky k oblékání (podavač, spirálové tkaničky) a do kuchyně s upravenou rukojetí: lžíce, nůž, chybějící pomůcka pro lokomoci (indikován rolátor)	Manžel, pes, léky, mobilní telefon, madla, brýle na čtení
JK17	SD, manžel, dcera, vnučka	Rodinný dům, zvýšené přízemí, dcera v patře	14 schodů, vysoké chodníky, obrubníky, nájezdy, chybějící drobné pomůcky do kuchyně (speciální příbor, nůž, protiskluzová podložka)	Dcera, vnučka, manžel, mobilní telefon, léky, dovoz jídla, zábradlí, brýle na čtení
JK18	PN, družka	Rodinný dům, 2 patra, novostavba, částečně bariérový	Před domem 2 schody, v domě 20 schodů	Družka, zábradlí u schodů pro přidržení, elektrická postel, sprchový kout, madla, protiskluzové podložky, chodítko, mechanický vozík, díář a mnemotechnické pomůcky, léky, mobilní telefon
JK19	SD, Manžel, 2 dcery	Rodinný dům, 1. patro	15 schodů před domem, strach ze schodů, chybějící madla v domě, ložnice i WC ve zvýšeném přízemí (5 schodů), chybějící drobné pomůcky k oblékání (spirálové tkaničky, jezdec na zip, podavač předmětů)	1 francouzská hůl, zábradlí, manžel, dcery, opora o nábytek, sedačka na vanu, sprchový kout, madla v koupelně, opora o nábytek, léky, mobilní telefon, brýle na čtení
JK20	SD, syn, pečovatelská včetně péče o manželku	bytový dům - 2. patro se schody	Manželka rovněž po CMP na mech. vozíku + demence, prostředí značně bariérové, malá koupelna pro manipulaci s vozíkem, 8 schodů před domem, 20 schodů v domě, v exteriéru problém nájezdy chodítkem, malá kuchyň pro průjezd rolátorem	Kalendář, mobilní telefon, PC, sedačka na vanu, madla, klozetové křeslo, francouzské hole, nástavec na WC, pečovatelská, léky, mobilní telefon, brýle na čtení
JK21	ID 3.st., PnP, Rodiče (v týdnu), manžel s dětmi (víkend)	Rodinný dům rodičů v přízemí	Před domem 4 schody, v bytě 3 schody, koupelna – vana, chybějící drobné pomůcky k jedení, osobní hygieně, oblékání	Rodina, mechanický vozík, léky, mobilní telefon, elektricky polohovatelná postel, sedačka na vanu, klozetové křeslo
PS1	ID 3.st., PnP 4.st., příspěvek na mobilitu, pečují rodiče	Byt 3kk, 6. patro s nevyhovujícím výtahem	Vstup do domu, malý výtah	Rodiče, celková rekonstrukce bytu: bezbariérová toaleta i koupelna, rozšíření dveří, odstranění prahů, mechanický vozík, toaletní křeslo, mechanický zvedák, polohovací postel, podavač předmětů, skluzná deska k přesunům, mobil

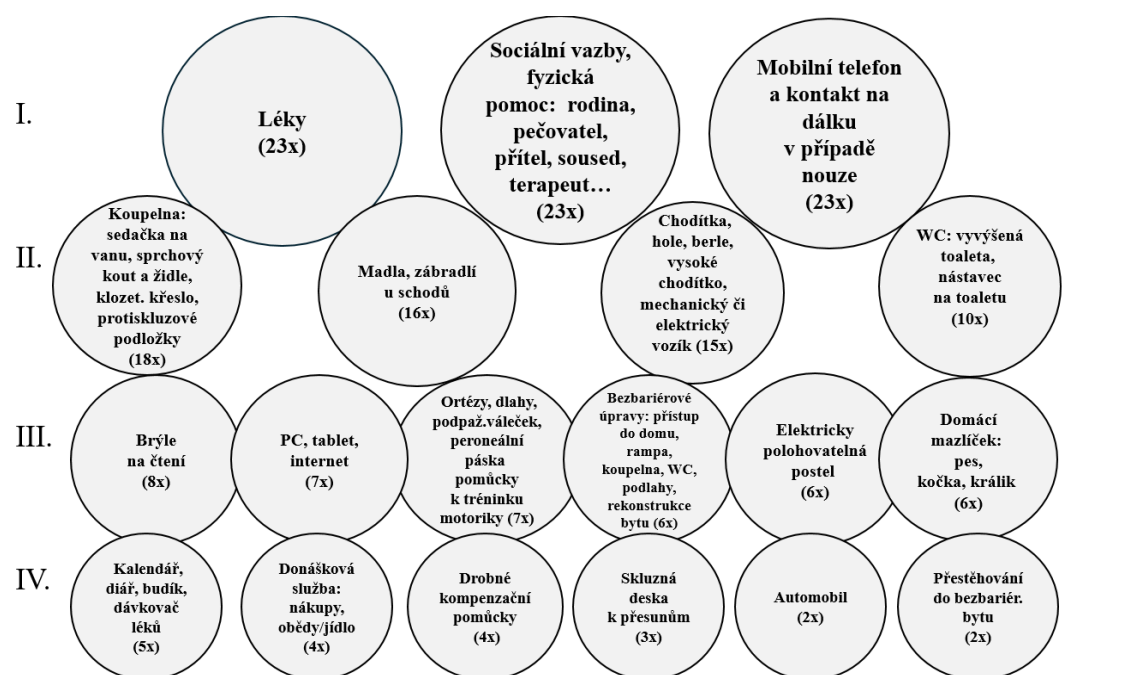
Klient	Sociální anamnéza, pečovatel	Bytová situace – typ bydlení	Bariéry identifikované v rámci domácí návštěvy ergoterapeutem	Facilitující faktory
PS3	ID 3. stupně, PnP, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení, ošetřovatelský personál, rodiče	Byt 3+1, 3. patro s výtahem	Vstup do obydlí (schody, rampa s nevhodným sklonem, prahy, těžké vstupní dveře), vstup do domácnosti (nevyhovující dveře, práh), koupelna a WC (nedostatečná šířka dveří), jídelní stůl, postel	Ošetřovatelský personál, sousedka, bývalý přítel, sestra, otec. Donášková služba (nákupy), mechanický vozík, sedačka na vanu, protiskluzová podložka do koupelny, přísavná madla, ochranná helma, léky, kalendář, mobilní telefon
PS4	ID 3. st., PnP, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení, pečuje rodina	Byt 2+1 ve zvýšeném přízemí činžovního domu	Schody, malé stísněné prostory bytu, postoje rodičů ohledně vztahu klientky s přítelem	Matka, otec, bratr, dcery, přítel, fyzioterapeut, pes. Vysoké chodítko, mechanický vozík, elektrický vozík, schodišťová plošina, automobil, bezbariérové úpravy bytu (spojení koupelny a WC, bezbariérový sprchový kout), odstranění prahů, polohovací postel, madlo na WC, protiskluzová podložka, houba na prodloužené rukojeti, podavač, dlaha na levou dolní končetinu, kuchyňské fixační prkno, kalendář, PC, léky, mobilní telefon
PS7	Starobní důchod, v kontaktu s rodinou	Byt 3+1, 4. patro	112 schodů, absence výtahu, prahy, vana (chybějící sedačka), chybějící systém pro přivolání pomoci	Dcera, vnuk, pečovatelská služba (obědy), vycházková hůl, protiskluzové podložky v koupelně, dlouhá lžice, spirálové tkaničky do bot, dávkovač na léky, mobilní telefon, PC (internet), léky
PS8	ID 3. stupně, PnP partnerka, matka	Ateliér dispozičně 2kk	Výtah, dispozice a uspořádání bytu, okolí domu, koupelna a WC (nedostatečná šířka dveří)	Partnerka, matka, přátelé, fyzioterapeut, mechanický vozík, čtyřbodová hůl, nájezdová rampa, automobil, protiskluzové podlahové krytiny v kuchyňském koutě a koupelně, sedačka na vanu, toaletní křeslo, kolenní a hlezenní ortéza, peroneální páska, skluzná deska pro přesun do auta, madlo v koupelně, podpažní váleček PANat dlaha na akrum HK, mobilní telefon, tablet, notebook, léky
PS9	SD, PnP, Home Care, kontakt s rodinou – 2 dcery s rodinami v dojezdové vzdálenosti	Byt 2kk, 4. patro s výtahem	Chybějící systém přivolání pomoci (např. SOS náramek)	Rodina, přátelé, donáška nákupů, francouzská berle, vycházková hůl, peroneální páska, podpažní váleček, madla v koupelně, protiskluzová podložka ve vaně, kuchyňské fixační prkénko, protiskluzová podložka na kuchyňském stole, otvírač lahví a sklenic, postel s polohovacím roštem, mobilní telefon, PC (internet), léky

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Dále bylo využito kódování za pomoci programu Atlas.ti. Výsledkem je identifikace kategorií bariér a facilitátorů s uvedením četností. Pro finální zobrazení byla vytvořena schémata.

Četnost facilitátorů znázorňuje Schéma 3. Byly identifikovány kategorie facilitátorů, dle frekvence lze označit tyto kategorie následovně: I. Naprosto nepostradatelné facilitátory, II. Vysoce důležité, III. Podstatné a IV. Specifické.

Schéma 3 Kategorie a četnost facilitačních prostředků při počtu informantů n=23



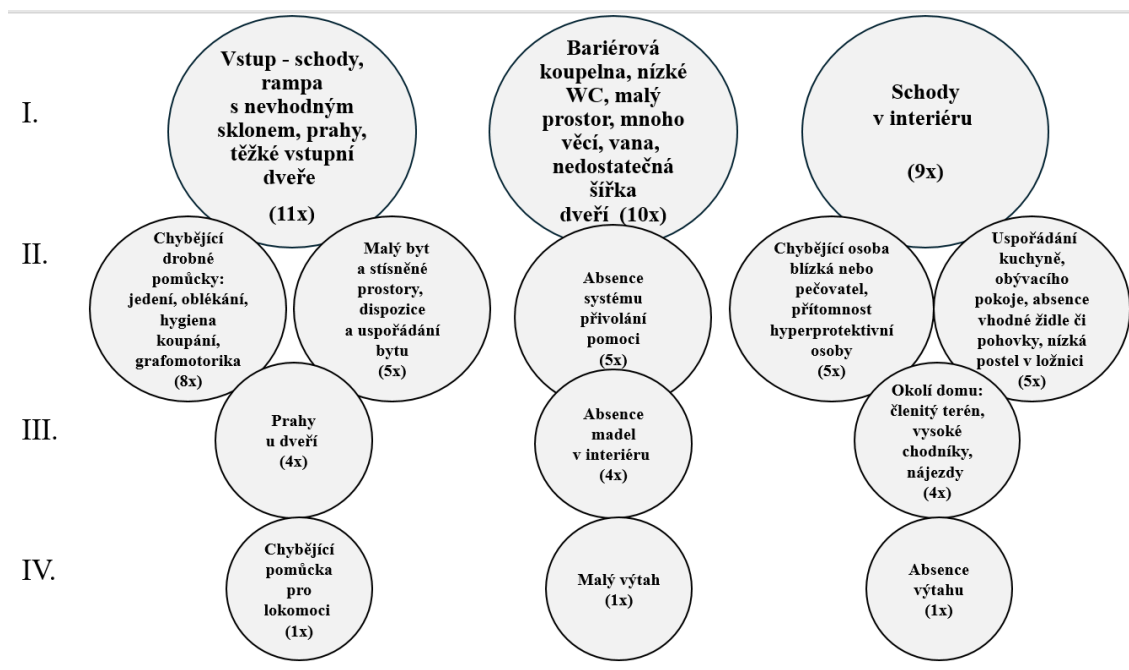
Zdroj: vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Nejčastějšími a naprosto nepostradatelnými facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či kontakt na dálku v případě nouze. Tyto facilitátory byly identifikovány u všech participantů. Facilitátor ve formě rodiny či jiné blízké osoby figuruje u některých výraznějších disabilit jako nutná dopomoc při provádění personálních běžných denních aktivit (pADL), u jiných dopomoc postačuje pro instrumentální aktivity (iADL - zejména příprava jídla, nakupování či alespoň občasná péče o domácnost). V neposlední řadě rezonuje rodina jako psychická podpora. Všichni klienti již využívají mobilní telefon (minimálně k přijetí hovoru či zavolání nejbližším), dále za častý facilitátor můžeme považovat tablet nebo počítač pro vyřízení osobních záležitostí a sociální kontakt. Polohovací lůžko je též výrazným facilitátorem.

Výjimkou není ani donáška nákupu či jídla, i když se jedná dle zařazení spíše o specifický facilitátor.

Dále je uvedena četnost bariér jako Schéma 4, popisující na základě četnosti 4 kategorie bariér: I. Naprosto zásadní, II. Vysoce problematické, III. Podstatné, IV. Specifické. Je vhodné upozornit zejména na první kategorii naprosto zásadních bariér.

Schéma 4 Kategorie a četnost bariér při počtu informantů n=23



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Největšími bariérami zejména u těžších disabilit, kdy klienti využívají k lokomoci chodítka či mechanický vozík, byl vstup do obydlí (s řešením instalace ramp) či nevhodný výtah, případně schody (u jednoho klienta s navrhovaným řešením formou schodolezu). Častou bariérou jsou neupravené koupelny, malé prostory, úzké dveře a schody v interiéru. Mezi nejvíc frekventované úpravy v domácnostech patří úpravy zaměřené na koupelnu a toaletu, na schody a instalaci madel. Mezi indikované kompenzační pomůcky patřily v pořadí dle četnosti: madla do koupelen a toalet, sedačky na vanu, nástavce na toaletu, protiskluzová opatření, pomůcky pro nácvik či kompenzaci jemné motoriky k usnadnění provádění sebeobslužných činností (např. spirálové tkaničky do bot, podavače předmětů, žínka ke koupání na prodloužené rukojeti, drobné pomůcky k jedení). Ve schématech není uvedena vhodná obuv, která byla ale též velice často řešena vzhledem k hrozícím pádům. Mezi další často doporučované patřily bezpečnostní

systemy pro přivolání pomoci (kupříkladu SOS tlačítko, chytré hodinky, osoba na telefonu...) zejména u seniorů či osob žijících samostatně. Lze si všimnout, že osoba blízká je uváděna jak ve facilitátorech, ale na druhou stranu je potřebné řešit v rámci bariér i hyperprotektivní péči, která může osobu po poškození mozku velice silně brzdit v rozvoji její soběstačnosti. Jeden takový případ vyústil v přestěhování klienta do bezbariérového bytu k samostatnému bydlení.

Příklady fotodokumentace bariérového a facilitujícího prostředí, se zaměřením na nejčastěji se vyskytující bariéry v domácnostech jsou součástí Metodiky, příloha 8.

Závěr:

Na základě posouzení domácího prostředí individuálního klienta z hlediska bezbariérovosti bylo zjištěno, že nejčastějšími a naprosto nepostradatelnými facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či kontakt na dálku. Jako největší bariéry byly identifikovány vstupy do obydlí s řešením instalace rampy, dále nevhodný výtah, případně schody či neupravené koupelny. Mezi nejčastěji navrhované úpravy pro dosažení optimální soběstačnosti a zlepšení kvality života v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku patří úpravy se zaměřením na koupelnu a toaletu, včetně instalace madel, dále zaměření na vhodné zábradlí u schodů a adekvátní pomůcky k mobilitě a lokomoci. Jako funkční řešení bylo potvrzeno přestěhování do bezbariérového bydlení, ve spolupráci se sociálním pracovníkem.

5.3 Praktické propojení zdravotně-sociální rehabilitace a vliv na soběstačnost

Tato část je věnována 3. dílčímu cíli práce: Navrhnout řešení, které by umožnilo ergoterapeutům a v širším kontextu i ostatním odborníkům interprofesního týmu (fyzioterapeut, sociální pracovník), pracovat s klientem v domácím prostředí a popsat ho **v souvislosti s hlavním cílem práce**, kterým bylo zjistit (v praxi ověřit) a popsat, jaký vliv má propojení zdravotně-sociální rehabilitace (ergoterapeut + sociální pracovník) na míru soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku, se zaměřením na sociální začlenění jedince do jeho běžného prostředí.

Vzhledem k činnostem definovaným v právních dokumentech v aktuálním znění, konkrétně Vyhlášky o činnosti zdravotnických pracovníků a Zákona o sociálních službách (viz výše) a na základě provedeného výzkumu, bylo definováno 5 základních aspektů spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka ve vlastním sociálním prostředí osob po získaném poškození mozku.

1. aspekt: Propojení zdravotní a sociální oblasti
2. aspekt: Soběstačnost
3. aspekt: Kvalita života
4. aspekt: Evaluace domácího prostředí, fyzického i sociálního
5. aspekt: Indikace pomůcek, bezbariérových úprav a jejich financování

Tyto jednotlivé aspekty jsou dále podrobně zhodnoceny v následujících pěti podkapitolách.

5.3.1 Návrh realizace propojení zdravotní a sociální oblasti

Na základě praktické aplikace v rámci projektu, je níže uveden návrh realizace ve formě souhrnu dle zkušeností výzkumníků a v souladu s aktuálními platnými odbornými postupy. Jak popisuje i Macháčová a kol. (2014), domácí prostředí hraje v životě člověka významnou roli a je nepostradatelné pro optimální kvalitu života, celkovou životní pohodu jedince a pocit bezpečí. Chiatti a Iwarsson (2014) navíc dodávají, že je domácí prostředí též odrazem individuálních hodnot a je spojováno s identitou jedince. Hlavním cílem ergoterapie byla podpora maximální možné soběstačnosti klientů v domácím prostředí se zaměřením na edukaci v oblasti sebeobsluhy, používání asistivních technologií a poradenství ohledně bezbariérových úprav v domácnosti. Ergoterapie proběhla u každého klienta minimálně 3x v rámci tříměsíční intervence, vždy po dobu

60 minut. Dle individuálních cílů klientů vzhledem k funkčnímu stavu se jednalo v některých případech i o vícenásobnou intervenci, u jednoho klienta s frekvencí až jednou týdně. Řešení zabezpečení pomůcek pro klienty probíhalo i mimo tyto intervence. Klíčovou roli ergoterapeuta v propojení zdravotní a sociální oblasti znázorňuje obrázek 6. Snahou bylo dosáhnout stavu, aby u klientů indikace pomůcek, které osoba se získaným poškozením mozku umí používat ve svém domácím prostředí, byla dostatečná. Aby v indikovaných případech byla včas provedena ergoterapeutická evaluace domácího prostředí s následným návrhem facilitačních prostředků. K dosažení cílů byly využity specifické ergoterapeutické metody a techniky při nácviku soběstačnosti a ovlivnění poškozených funkcí, jak je popsáno v části 5.1. Významný podíl v rámci intervence mělo poradenství ohledně přizpůsobení prostředí či doporučení vhodných kompenzačních pomůcek a bezbariérových úprav v domácnosti, tedy indikace facilitátorů. Zaměření tedy bylo na funkční zdraví a situace, ve kterých se projevuje omezení funkčních schopností klientů, s cílem dosažení maximální možné kvality života.



Obrázek 6 Klíčová role ergoterapeuta (Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S)

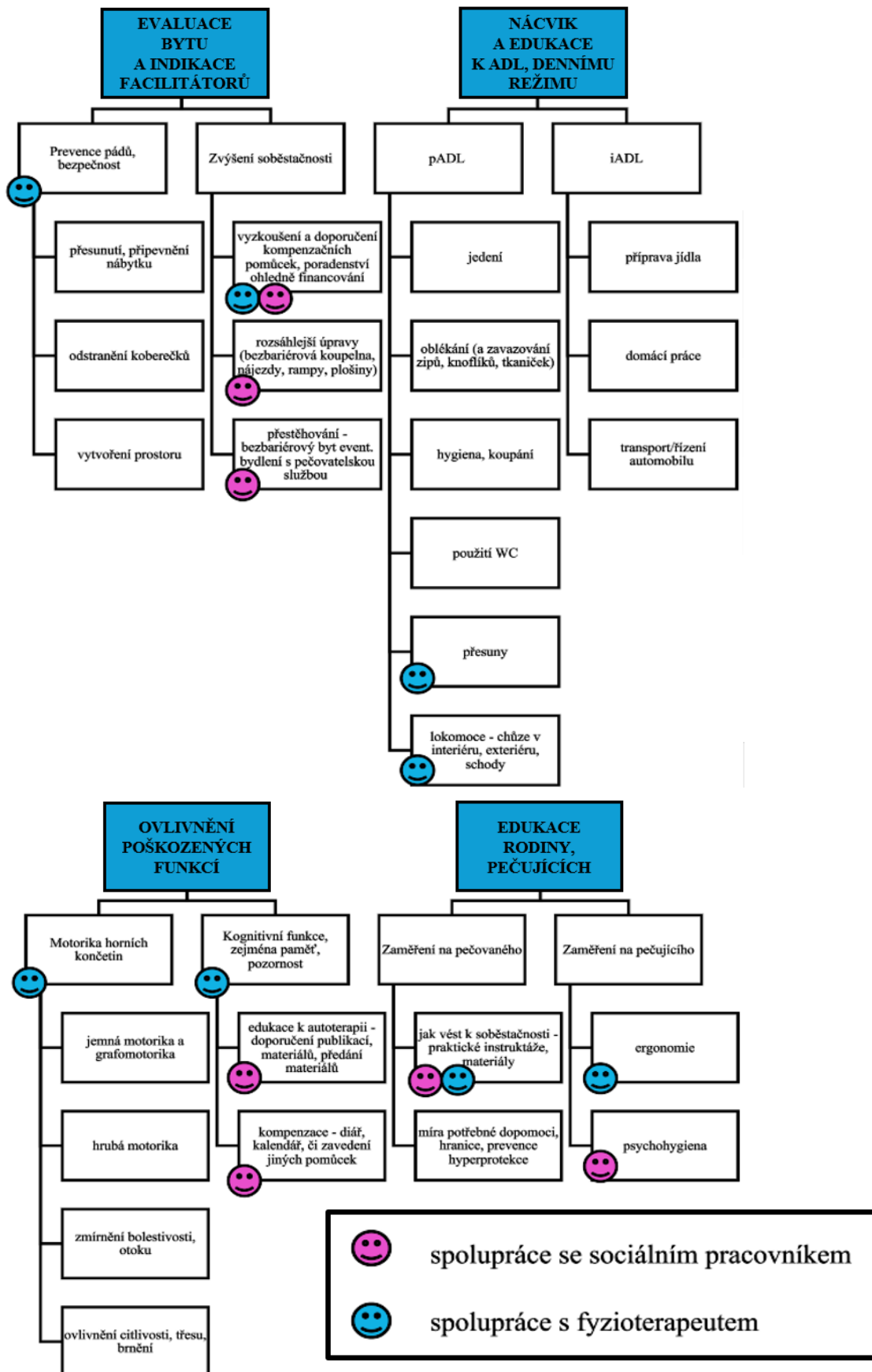
Intervence probíhala v souladu s filosofií Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), ve které je právě prostředí popisováno jako spolupůsobící faktor. Člověk s disabilitou tedy není vnímán jako izolovaný jedinec s určitou diagnózou, ale jako někdo, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž žije (WHO, 2008).

Ve spolupráci s fyzioterapeutem bylo zaměření ergoterapie na funkční schopnosti klientů v souvislosti s poškozenými motorickými, sensorickými či v některých případech i kognitivními funkcemi. Se sociálním pracovníkem ergoterapeut spolupracoval zejména při řešení žádosti ohledně financování kompenzačních pomůcek či úprav bytu, eventuálně u řešení bezbariérového bydlení. Ergoterapeut ve spolupráci se sociálním pracovníkem pomáhal rehabilitovaným osobám a jejich rodinám zorientovat se v systémových záležitostech, v možnostech využití dalších návazných služeb a podpor, při zprostředkování kontaktů s úřady a různými zdravotnickými i nezdravotnickými odborníky.

Hlavním cílem sociálních pracovníků byla koordinace týmu u jednotlivých klientů. Dalšími cíli bylo sociální poradenství týkající se sociálních dávek a žádostí o financování kompenzačních pomůcek či úprav bytu. Sociální pracovníci doprovázeli klienty či jejich rodinné příslušníky na úřady pro vyřízení sociálních dávek. Sociální pracovníci vytvářeli administrativní zázemí (tedy kompletaci záznamů) získaných od všech zapojených odborníků (byla vytvořena společná platforma na Google disku). Vedle této činnosti poskytovali klientům psychickou podporu.

Celkové propojení zdravotní a sociální oblasti je přiblíženo formou schématu 5 se zaměřením na intervenci ergoterapeuta spolupracujícího se sociálním pracovníkem. Schéma bylo vytvořeno na základě systematické analýzy dokumentace a terénních poznámek jednotlivých odborníků. Klíčové oblasti zaměření práce ergoterapeuta jsou zaměřené na zdravotní i sociální část intervence. Tyto části jsou propojené a nelze je zcela oddělit. Přestože je tato práce určitým způsobem omezena na důležitost spolupráce ergoterapeuta se sociálním pracovníkem, nelze na základě analýzy spolupráce ve výsledném schématu opomenout v rámci klíčových oblastí důležitost zapojení fyzioterapeuta. Navíc vzhledem k faktu, že ergoterapeutů je nedostatek a není tak výjimečné, že do určité míry, částečně tuto roli zastupuje v praxi právě fyzioterapeut.

Schéma 5 Intervence ergoterapeuta a interprofesní spolupráce



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Na základě intervence u jednotlivých případů byly identifikovány 4 základní oblasti zaměření ergoterapie v domácím prostředí u osob po poškození mozku vzhledem k funkčnímu stavu jednotlivých klientů: (1) Zaměření na evaluaci bytu a indikaci facilitátorů, (2) zaměření na nácvik a edukaci k provádění běžných denních činností (ADL) a dennímu režimu, (3) zaměření na obnovení poškozených funkcí prostřednictvím specifické cílené ergoterapie a edukaci k autoterapii, (4) zaměření na edukaci rodinných příslušníků/pečujících. V rámci těchto čtyř oblastí schéma popisuje jednotlivá specifika zaměření. Tyto oblasti lze pokládat za nezákladnější a aplikované u participantů výzkumu po získaném poškození mozku, zejména po CMP. Zaměření ergoterapeutické praxe je velice široké a zahrnuje jak zdravotní, tak sociální oblast.

V širokém měřítku bylo dle Hughes et al. (2016) identifikováno až 200 různých dennodenních aktivit v ergoterapeutické komunitní praxi, přičemž v rámci předkládaného výzkumu bylo výsledné schéma omezené na hlavní zaměření ergoterapeuta v domácím prostředí osob po poškození mozku. Není proto například vyjmenován ani celý seznam položek iADL, komplexní funkční oblasti apod. Tímto bylo vytvořené názorné schéma intervence ergoterapeuta a interprofesní spolupráce tak, jak vyplynulo z praxe v rámci akčního výzkumu se zaměřením na nejčastější potřeby klientů. Specifickou oblastí spolupráce je indikace kompenzačních pomůcek jako jedné z domén práce ergoterapeuta, viz schéma 6. Jelikož zejména pomůcky související s bezbariérovostí, jako například schodolez, lze financovat ze sociální složky, velmi efektivní je právě i v této oblasti adekvátní spolupráce se sociálním pracovníkem, který klienta správně nasměruje a pomůže ideálně i s potřebnou administrací. Pomůcky indikované v rámci výzkumu lze rozdělit do 4 kategorií: (1) Drobné pomůcky, (2) Střední pomůcky, (3) Větší pomůcky, (4) Pomůcky k mobilitě a lokomoci.

Schéma 6 Zaměření ergoterapie na indikaci kompenzačních pomůcek

Drobné pomůcky	Střední pomůcky	Větší pomůcky	Pomůcky k mobilitě a lokomoci
<ul style="list-style-type: none"> • Koupací žínka na prodloužené rukojeti • Protiskluzové pomůcky (kuchyň, psaní, hygiena) • Lžice s ergonomickou rukojetí • Grafomotorické pomůcky 	<ul style="list-style-type: none"> • Toaletní křeslo/klozet • Nástavec na toaletu • Sedačka do sprchy, na vanu 	<ul style="list-style-type: none"> • Elektricky polohovatelná postel • Schodolez 	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanický/elektrický vozík • Chodítko/rolátor • Hole, berle • Ortézy (koleno, hlezno)

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

V propojení sociální a zdravotní složky koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí má ergoterapeut klíčovou roli, jak je patrné i z výše uvedených výstupů. Zároveň výzkum vychází z legislativního zakotvení profese ergoterapie, jelikož ergoterapeut má zdravotní vzdělání, přičemž výkon činností ergoterapeuta výrazně zasahuje do sociální oblasti (dle Zákona č. 96/2004 Sb. a Vyhlášky č. 55/2011 Sb., v aktuálním platném znění). Propojení zdravotní a sociální oblasti této odbornosti je již v zaměření profese jako takové. Zároveň pokud zdravotně-sociální pracovník působí v roli case managera, má velké předpoklady k úspěšnému propojení zdravotní a sociální složky a minimalizuje fakt, že se bude klient v komplikovaném systému služeb ztrácet.

5.3.2 Soběstačnost

Cílem ergoterapie byla podpora maximální možné soběstačnosti klientů v domácím prostředí se zaměřením na edukaci v oblasti sebeobsluhy. Kvalitativně hodnotili sociální pracovníci v této oblasti potřeby na základě rozhovorů s klienty. Kvantitativně byl vývoj soběstačnosti měřen ergoterapeuty hodnocením FIM.

Hodnocení soběstačnosti z hlediska potřeb

Pokud se zaměříme na srovnání a vývoj potřeb v průběhu měsíců až přibližně tří let po prodělaném poškození mozku je patrné, že soběstačnost je klíčovým faktorem, který vstupuje do analýzy potřeb. Soběstačnost je zde pojímána ve smyslu nezávislosti na péči druhé osoby (formálního pečovatele pobírajícího příspěvek na péči či neformálního pečovatele bez nároku na odměnu). Z hlediska potřeb v oblasti soběstačnosti lze rozdělit klienty do dvou skupin.

- **Soběstačné osoby:** Potřebují rehabilitaci k udržení stavu a s následky poškození mozku se již vyrovnali.

Příkladem může být klientka 2, která uvádí: *“Auto už jsem úplně odepsala, jezdím všude autobusem nebo se nechám vozit.”*

Klient 18 již optimisticky prohlásil: *“Jsem rád, že je to teď tak, jak to je. Že už se i sám postarám o sebe přes den.”*

- **Nesoběstačné osoby:** Pořád touží po návratu do stavu před poškozením mozku.

Toto se ale jeví jako nesplnitelný cíl, který vyústuje do potřeb péče okolí a chybějícímu zajištění návazné rehabilitace. Mezi klíčové kategorie pro zajištění potřeb u této kategorie osob patří kompenzační pomůcky, rehabilitace či potřeba být bez bolesti.

Potřebu soběstačnosti klientka 21 vyjádřila následovně: *“Přeji si, abych byla víc samostatná. Vyčistit si zuby, učesat, najíst se. Nefunguje mi rameno.”*

Je patrné, že úvodní vstup interprofesního týmu umožnil získat orientaci v nabízených službách a pomoci, a to i díky poradenství ze strany odborníků: *“myslím, že jsme všechno udělali dobře, vy jste nás nasměrovali a pak už to bylo dobré”* (klient 13). Ukončení týmové intervence a následná nekoordinace systému znamená stále trvající nespokojenost klientů se svým stavem a touhu po návratu do života před prodělaným poškozením mozku.

Na základě výpovědí klientů lze z kvalitativního hlediska hodnotit, že koordinovaná rehabilitace s důrazem na propojení zdravotní a sociální složky zlepšuje orientovanost klientů ve službách. Zároveň lze očekávat vliv na zvýšení efektivity sociálních služeb a podpor a umožnění plynulejšího a rychlejšího návratu osob se získaným poškozením mozku do běžného života.

Hodnocení soběstačnosti dle FIM

H₁: *Skóre při závěrečném hodnocení testem FIM (po ukončení koordinované 3měsíční intervence) bude vyšší v porovnání se skórem FIM dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.*

Statistické výpočty byly provedeny pro FIM jednak pro 17 jihočeských klientů (JK), jednak pro všech 23 klientů, včetně Prahy (JK a PS). Výsledky se v zásadě neliší, viz statistické testování níže.

Komplexní hodnoty pro základní výpočty JK a PS jsou uvedeny v tabulce 6.

Tabulka 6 Sledování komplexních hodnot FIM pro JK a PS, n=23

FIM (max hodnota 126) - Klient	FIM 0	FIM 1	FIM3	FIM6	FIM 3-0	FIM 3-0 pořadí	FIM 6-3	FIM 6-3 pořadí	FIM 6-0	FIM 6-0 pořadí
JK1	79	83	86	86	7	10	0	9	7	9
JK2	113	115	121	121	8	11	0	9	8	10
JK3	105	106	106	106	1	2	0	9	1	2
JK4	59	59	83	101	24	22	18	23	42	23
JK6	115	125	125	125	10	13,5	0	9	10	13
JK7	99	107	110	111	11	15	1	19	12	15
JK11	107	121	123	123	16	19	0	9	16	18
JK12	105	109	117	118	12	16	1	19	13	16,5
JK13	100	108	117	117	17	20	0	9	17	19
JK14	66	69	71	75	5	8,5	4	21	9	11,5
JK15	114	117	124	125	10	13,5	1	19	11	14
JK16	111	114	114	114	3	4,5	0	9	3	4,5
JK17	92	104	111	111	19	21	0	9	19	20
JK18	90	98	116	116	26	23	0	9	26	22
JK19	103	113	116	116	13	17,5	0	9	13	16,5
JK20	94	97	99	99	5	8,5	0	9	5	8
JK21	26	28	39	47	13	17,5	8	22	21	21
PS1	59	59	63	63	4	6,5	0	9	4	6,5
PS3	88	88	90	90	2	3	0	9	2	3
PS4	90	89	88	88	-2	1	0	9	-2	1
PS7	117	118	120	120	3	4,5	0	9	3	4,5
PS8	76	78	85	85	9	12	0	9	9	11,5
PS9	109	110	113	113	4	6,5	0	9	4	6,5
VŠE										
Průměrná hodnota	92,04	96,30	101,61	103,04	9,57		1,43		11,00	
Maximální hodnota	117	125	125	125	26		18		42	
Minimální hodnota	26	28	39	47	-2		0		-2	
JK										
Průměrná hodnota	92,82	98,41	104,59	106,53	11,76		1,94		13,71	
Maximální hodnota	117	125	125	125	26		18		42	
Minimální hodnota	26	28	39	47	-2		0		-2	
PS										
Průměrná hodnota	89,83	90,33	93,17	93,17	3,33		0,00		3,33	
Maximální hodnota	117	125	125	125	26		18		42	
Minimální hodnota	26	28	39	47	-2		0		-2	

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Výsledky statistického testování

A) Test rozdílu 3-0 (všichni klienti, n=23) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W=	2,5
Kritická hodnota (jednostranná):	
$\alpha=5\%$	83
$\alpha=1\%$	62

H0 zamítáme na hladině významnosti 5% i 1%.

Aproximace normálním rozdělením

Z =	4,1212
p <	0,00001

Závěr: Statisticky významné zlepšení

B) Test rozdílu 6-0 (všichni klienti, n=23) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W=	2,5
Kritická hodnota (jednostranná):	
$\alpha=5\%$	83
$\alpha=1\%$	62

H0 zamítáme na hladině významnosti 5% i 1%.

Aproximace normálním rozdělením

Z =	4,1212
p <	0,00001

Závěr: Statisticky významné zlepšení

C) Test rozdílu mediánů v JK a PS - Mann-Whitney U test
 (pro výpočet p-hodnoty aproximace normálním rozdělením)

FIM 0	U=43	p=0.59612
FIM 3	U=33	p=0.2187
FIM 6	U=30	p=0.14986
FIM 3-0	U=12.5	p=0.00782
FIM 6-0	U=12	p=0.00694

Statisticky významný rozdíl

Statisticky významný rozdíl

Níže jsou uvedeny výpočty pouze pro hodnoty jihočeských klientů, viz tabulka 7.

Tabulka 7 Sledování výsledných hodnot FIM pro JK, n=17

FIM (max hodnota 126)	FIM 0	FIM 1	FIM3	FIM6	FIM 3-0	FIM 3-0 pořadí	FIM 6-3	FIM 6-3 pořadí	FIM 6-0	FIM 6-0 pořadí
Klient										
JK1	79	83	86	86	7	5	0	6	7	4
JK2	113	115	121	121	8	6	0	6	8	5
JK3	105	106	106	106	1	1	0	6	1	1
JK4	59	59	83	101	24	16	18	17	42	17
JK6	115	125	125	125	10	7,5	0	6	10	7
JK7	99	107	110	111	11	9	1	13	12	9
JK11	107	121	123	123	16	13	0	6	16	12
JK12	105	109	117	118	12	10	1	13	13	10,5
JK13	100	108	117	117	17	14	0	6	17	13
JK14	66	69	71	75	5	3,5	4	15	9	6
JK15	114	117	124	125	10	7,5	1	13	11	8
JK16	111	114	114	114	3	2	0	6	3	2
JK17	92	104	111	111	19	15	0	6	19	14
JK18	90	98	116	116	26	17	0	6	26	16
JK19	103	113	116	116	13	11,5	0	6	13	10,5
JK20	94	97	99	99	5	3,5	0	6	5	3
JK21	26	28	39	47	13	11,5	8	16	21	15
JK										
Průměrná hodnota	92,82	98,41	104,59	106,53	11,76		1,94		13,71	
Maximální hodnota	115	125	125	125	26		8		26	
Minimální hodnota	26	28	39	47	3		0		3	

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

D) Test rozdílu 3-0 (klienti JK n=17) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W= 0

Kritická hodnota (jednostranná):

$\alpha=5\%$ 41

$\alpha=5\%$ 27

H0 zamítáme na hladině významnosti 5% i 1%.

Aproximace normálním rozdělením

Z= 3,6214

p= 0,00015

Závěr: Statisticky významné zlepšení

E) Test rozdílu 6-0 (klienti JK n=17) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W= 0

Kritická hodnota (jednostranná):

$\alpha=5\%$ 41

$\alpha=5\%$ 27

H0 zamítáme na hladině významnosti 5% i 1%.

Aproximace normálním rozdělením

Z= 3,6214

p= 0,00015

Závěr: Statisticky významné zlepšení

Zhodnocení a diskuze statistického testování FIM

Pro FIM bylo **pomocí Mannova-Whitneyho testu** v prvním kroku analyzováno, zda se výsledky klientů JK vs PS liší. Pro samotné hodnoty v 0., 3. a 6. měsíci testy žádné rozdíly neukázaly (buďto rozdíly neexistují nebo jsou soubory malé, aby je ukázaly). Proto bylo vhodnější pracovat se spojeným souborem všech 23 pacientů dohromady, oba podsoubory jsou kompatibilní.

Pokud byl ale test použit na rozdíly stavu (3-0, tj. zlepšení od 0. měsíce do 3. měsíce a také analogicky 6-0), ukazují se statistické rozdíly mezi JK a PS v obou případech (v obou případech $p < 0.008$, což ukazuje statisticky významný rozdíl na hladině 5% i 1%). Na základě hodnot v tabulkách je vidět, že v JK bylo dosaženo mnohem většího zlepšení než u klientů v PS. Je velice pravděpodobné, že tyto hodnoty jsou ovlivněny z důvodu, že se jednalo o klienty, kteří nebyli vybíráni do studie přímo z lůžek včasné rehabilitace hned po jejich propuštění do domácího prostředí, jako tomu bylo u klientů z oblasti JK, ale jednalo se o klienty z denního stacionáře, kteří fázi prvních tří měsíců po propuštění již měli při vstupu do projektu za sebou, a tedy v období, kdy dochází k největšímu zlepšení, nebyli součástí projektu. Co se týče zlepšení od 3. do 6. měsíce, je v zásadě nulové. Zároveň velice podstatným výsledkem v tomto období je, že dle statistického testování nedošlo ke zhoršení. Proto by byly další statistické analýzy z tohoto hlediska neopodstatněné.

Následně bylo pro FIM **pomocí Wilcoxonova znaménkového jednostranného testu (Wilcoxon signed-rank test (one-tailed))** testováno, zda došlo ke zlepšení (od 0. do 3. měsíce a od 0. do 6. měsíce; rozdíly mezi 3. a 6. měsícem nejsou testovány, viz odůvodnění výše).

Nejdříve byl test proveden na souboru všech 23 klientů. V obou případech (0-3 i 0-6) bylo prokázáno statisticky vysoce významné zlepšení (v obou případech $p < 0.00001$). Analogický výsledek, ale s nižšími hodnotami p-value, vyšel v případě čistě souboru JK. V obou případech bylo $p = 0.00015$, což je stále indikátor vysoce významných rozdílů.

Vývoj hodnot FIM vzhledem k zátěži spojené s péčí

Pro komplexní hodnocení platí, že objektivní ergoterapeutické vyšetření soběstačnosti s využitím Funkční míry nezávislosti (Functional Independence Measure – FIM system® Version 5.2) poukazuje na průměrné zlepšení o 13 bodů po tříměsíční koordinované

intervenci interprofesního týmu v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku. Průměr FIM na začátku intervence u těchto klientů byl 93 bodů, po třech měsících 106 bodů, to značí, že klienti se průměrně posouvají z úrovně supervize (Supervision - level 5, burdon of care: 1-2 hous/day) na úroveň modifikované nezávislosti (Modified Independence - level 6, burdon of care: 0 hous/day - soběstačný s využitím pomůcky, nebo potřebují delší dobu k provádění činností). Potřebná míra dopomoci či dohledu druhé osoby se tedy snížila o 1-2 hodiny denně.

Nejvýraznější zlepšení vykazuje klient se vstupním skóre 90 bodů a výstupním FIM 116 bodů (JK18). U tohoto klienta bylo mnoho cílů ergoterapie. Při kontrole v 6 měsících se ale již ve FIM neposunul a výsledek byl stejný jako při ukončení našeho intenzivního programu v domácím prostředí, tedy 116 bodů v hodnocení FIM. Nejméně výrazné zlepšení je o 1 bod u klienta se vstupním skóre 105 a výstupním 106 bodů (JK3). Nejvyšší vstupní skóre bylo 115 bodů, tento klient vykazuje i nejvyšší výstupní skóre po tříměsíční intervenci, celkem 125 bodů (JK6). U klienta PS4 došlo paradoxně ke zhoršení soběstačnosti, konkrétně z 90 na 88 bodů, zejména z důvodu chybějící motivace a podpory ze strany blízkých.

Specificky je dále ještě komentář ke klientům, kteří dosáhli významnějšího zlepšení i po propuštění z programu (od 3. do 6. měsíce), konkrétně JK4, JK14 a JK21.

Klient JK4 se v horizontu od 3. do 6. měsíce zlepšil dle FIM o dalších 18 bodů. Jistě mělo výrazný vliv, že si klient z vlastní iniciativy zajistil návaznou fyzioterapii a tedy po ukončení koordinované týmové intervence nezůstal zcela bez rehabilitace. Též si po ukončení intervencí na základě původního ergoterapeutického doporučení pořídil ještě další drobné pomůcky k hygieně a jedení (mycí houba na prodloužené rukojeti, ergonomický příbor), které umožnily větší samostatnost. Zlepšil se zároveň v přesunech (postel/toaleta/vana) a v chůzi, kdy již zvládne pod dohledem i chůzi v exteriéru s rolátorem. Došlo spontánně ke zlepšení v oblasti kontinence.

Klient JK14 pokračoval po ukončení koordinované intervence, kdy docházel dlouhodobě ještě dvakrát týdně fyzioterapeut a zlepšil se tak v dalším tříměsíčním horizontu o 4 body dle FIM. Dále cvičil v rámci spastického centra, kde čekal na aplikaci botulotoxinu s následnou rehospitalizací na lůžkové rehabilitaci.

Klientka JK21 pokračovala 8 týdnů v rehabilitačním ústavu a zlepšila se tímto o dalších 8 bodů ve FIM při hodnocení měřeném v 6. měsíci od začátku vstupu do projektu. V rámci ergoterapie bylo v rehabilitačním ústavu výrazné zaměření na jemnou motoriku. Ke konkrétnímu funkčnímu zlepšení došlo tímto v oblasti oblékání (zapne knoflík) a v oblasti jedení (zkouší jedení lžící). Zároveň výrazný posun byl zaznamenán dle FIM v položce koupání a v kognitivních položkách.

Tyto tři uvedené případy potvrzují, že další návazná rehabilitace je velice žádoucí, jelikož její efekt na funkční stav osob je významný dle hodnocení FIM. Z hodnocení FIM lze získat maximálně 126 bodů (úplná nezávislost). Konkrétní vývoj úrovně nezávislosti na sedmibodové škále je u jednotlivých klientů uveden v tabulce 8.

Tabulka 8 Vývoj úrovně nezávislosti FIM, průměrné hodnoty sledované 6 měsíců

Klient	FIM 0 (max 7)	FIM 1	FIM3	FIM6
JK1	4,39	4,61	4,78	4,78
JK2	6,27	6,38	6,72	6,72
JK3	5,83	5,89	5,89	5,89
JK4	3,28	3,28	4,61	5,61
JK6	6,39	6,94	6,94	6,94
JK7	5,5	5,94	6,11	6,17
JK11	5,94	6,72	6,83	6,83
JK12	5,83	6,06	6,5	6,56
JK13	5,56	6,0	6,5	6,5
JK14	3,67	3,83	3,94	4,16
JK15	6,33	6,5	6,89	6,94
JK16	6,17	6,33	6,33	6,33
JK17	5,11	5,78	6,17	6,17
JK18	5,00	5,44	6,44	6,44
JK19	5,72	6,27	6,44	6,44
JK20	5,22	5,39	5,5	5,5
JK21	1,44	1,56	2,17	2,61
PS1	3,28	3,28	3,5	3,5
PS3	4,89	4,89	5,0	5,0
PS4	5,0	4,94	4,89	4,89
PS7	6,5	6,56	6,67	6,67
PS8	4,22	4,33	4,72	4,72
PS9	6,06	6,11	6,28	6,28
Průměrná hodnota	5,17	5,44	5,89	5,94
Maximální hodnota	6,39	6,94	6,94	6,94
Minimální hodnota	1,44	1,56	2,17	2,61

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

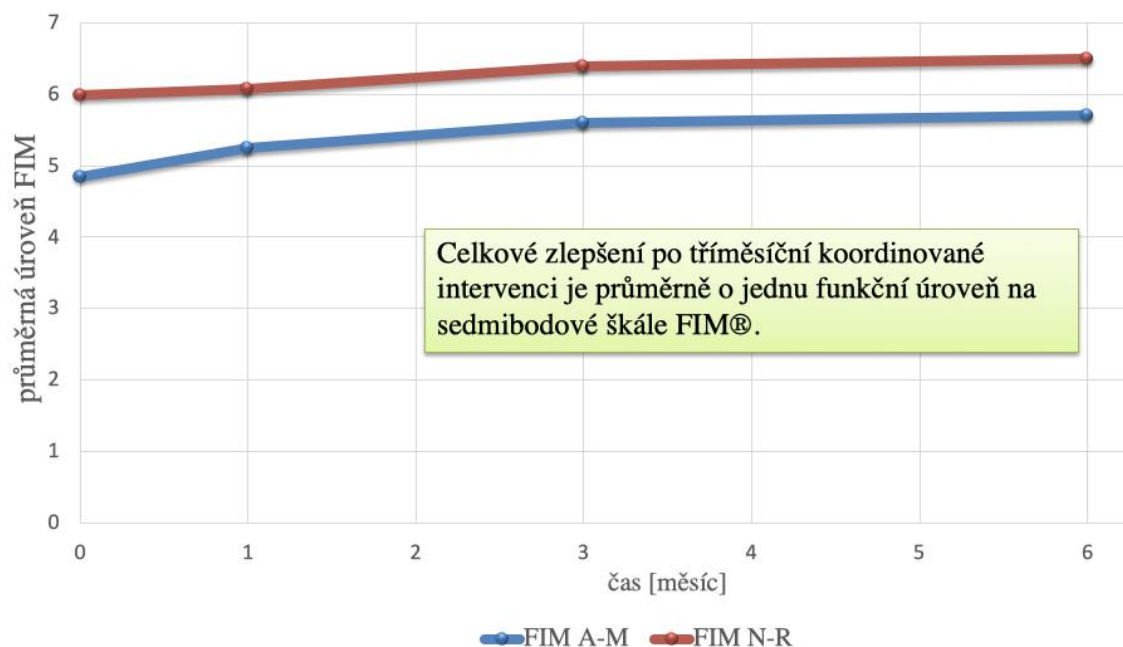
Na základě průměrných hodnot úrovně potřebné dopomoci zobrazených v tabulce 9 je průměrné zlepšení o jeden funkční stupeň standardně rozdělené na položky A-M a též kognitivní položky N-R graficky zobrazené níže, viz graf 4.

Tabulka 9 Vývoj soběstačnosti dle průměrných hodnot FIM úrovně dopomoci

FIM průměrné hodnoty úrovně potřebné dopomoci (počet klientů n=23)	stupnice (nejhorší až nejlepší)	hodnota při vstupu	kontrola po 1 měsíci	po 3 měsících (v závěru intervence)	3 měsíce po intervenci
čas od vstupu do projektu [měsíc]		0	1	3	6
FIM (A-M)	(1-7)	4,85	5,23	5,63	5,8
FIM (N-R)	(1-7)	5,97	6,05	6,42	6,5
FIM celkem	(1-7)	5,17	5,44	5,89	5,94
FIM celkový výsledný počet bodů	(18-126)	93	98	106	107

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Graf 4 Výsledné průměrné hodnoty FIM úrovně potřebné dopomoci



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Závěr: H₁ byla potvrzena.

Na základě koordinované rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku se zvýšila jejich soběstačnost,

konkrétně:

Skóre při závěrečném hodnocení testem FIM (po ukončení koordinované 3měsíční intervence) vykazuje statisticky významné zlepšení na hladině významnosti 5%, i na hladině významnosti 1% v porovnání se skórem FIM dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.

Pozn.: Nebylo prokázáno zlepšení od 3. do 6. měsíce, tedy po ukončení koordinované tříměsíční intervence, přičemž dle statistického testování zároveň nedošlo ani ke zhoršení.

Rizika (jiné proměnné), které mohly vstupovat do statisticky významného vztahu v období 3-6měsíců po ukončení koordinované rehabilitace: soukromě domluvená rehabilitace některých klientů (především fyzioterapie, lázeňská péče, rehabilitační ústav...), opatření a doporučení z období 0-3měsíců aplikovaná v pozdějším období, vedlejší diagnóza, spolupráce a schopnost klienta či rodiny aplikovat doporučení do praxe v oblasti úprav prostředí, provádění autoterapie, míra disability, čas od vzniku onemocnění.

Na základě kvantitativních ukazatelů hodnocených jako pilotní studie se jeví koordinovaná komunitní rehabilitace jako efektivní ve smyslu zvýšení soběstačnosti osob se získaným poškozením mozku s dopadem na snížení potřebné míry dopomoci či dohledu druhé osoby o 1-2 hodiny denně (dle FIM), při zajištění intervence v prvních třech měsících po propuštění do domácího prostředí. Další návaznost se ukazuje jako velice žádoucí minimálně pro udržení efektu.

5.3.3 Kvalita života

Dle definice WHO, kterou uvádí NZIP (2024) je kvalita života *“subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“*. Kvalitu života můžeme zjednodušeně chápat jako míru, do jaké je jednotlivec podle vlastního mínění schopen „fungovat“ tělesně, emočně, duševně a společensky (NZIP, 2024).

Hodnocení dle WHODAS 2.0

H₂: *Skóre při závěrečném hodnocení testem WHODAS 2.0 bude vykazovat zvýšení kvality života v porovnání se skórem WHODAS 2.0 dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.*

Je důležité zmínit vzhledem k zdravotně-sociálnímu propojení, že výhodou zapojení sociálních pracovníků byla jejich role v koordinaci týmu, v praxi by to mohla být i role case managera. Jejich velkým přínosem pro vzájemnou spolupráci s dalšími odbornostmi, a právě zejména s ergoterapeutem, bylo provádění subjektivního hodnocení kvality života dotazníkem WHODAS 2.0, podmínkou bylo zaškolení. Jednak je toto hodnocení významně spjato s oblastmi, které sociální pracovník s klienty řeší a současně je hodnocení důležité i pro nasměrování cílů a zaměření ergoterapie, přičemž v rámci kvantitativní analýzy dat zároveň hodnocení pomohlo ve zjišťování subjektivního pocitu ohledně efektu rehabilitace u klientů.

Provádění hodnocení lze doporučit nejen v podobných projektech, ale i celkově jako součást intervence u klientů. Dle stavu osoby je možné na hodnocení participovat či nechat jej vyplnit po důkladné instruktáži samotnou testovanou osobou. Tím se časová náročnost při zapojení terapeuta sníží.

Pro tuto část jsou hodnoceny pouze výsledky 17 klientů označených JK. Pro osoby z oblasti PS nebyly hodnoty nasbírané výzkumníky kompletní. Hodnoty pro statistické hodnocení viz tabulka 10.

Tabulka 10 Sledování výsledných hodnot WHODAS 2.0 pro JK, n=17

WHODAS - - - Klient	WHO DAS 0	WHO DAS 1	WHO DAS3	WHO DAS6	WHO DAS 3-0	WHO DAS 3-0 pořadí	WHO DAS 6-3	WHO DAS 6-3 pořadí	WHO DAS 6-0	WHO DAS 6-0 pořadí
JK1	59,58	59,58	34,79	33,26	-24,79	4	-1,53	9	-26,32	5
JK2	39,58	26,46	21,46	13,99	-18,12	5	-7,47	5	-25,59	6
JK3	53,23	44,55	27,22	14,62	-26,01	3	-12,6	3	-38,61	2
JK4	67,47	62,01	53,16	23,96	-14,31	7	-29,2	1	-43,51	1
JK6	8,23	8,75	6,14	4,62	-2,09	11	-1,52	10	-3,61	9
JK7	41,01	36,74	38,89	26,15	-2,12	10	-12,74	2	-14,86	7
JK11	26,39	13,06	22,6	23,13	-3,79	8	0,53	12	-3,26	11
JK12	9,93	22,05	19,03	10,49	9,1	17	-8,54	4	0,56	12
JK13	22,08	13,23	6,67	15,73	-15,41	6	9,06	15	-6,35	8
JK14	34,72	41,49	41,67	37,6	6,95	16	-4,07	6	2,88	13
JK15	47,22	36,81	51,39	72,99	4,17	14	21,6	17	25,77	17
JK16	3,85	1,53	0,52	0,52	-3,33	9	0	11	-3,33	10
JK17	15,97	11,11	20,14	28,19	4,17	13	8,05	14	12,22	14
JK18	6,25	9,76	5,56	19,44	-0,69	12	13,88	16	13,19	16
JK19	53,7	29,9	21,5	18,26	-32,2	1,5	-3,24	7,5	-35,44	3,5
JK20	53,7	29,9	21,5	18,26	-32,2	1,5	-3,24	7,5	-35,44	3,5
JK21	41,7	48,13	48,47	54,76	6,77	15	6,29	13	13,06	15
Průměrná hodnota	34,39	29,12	25,92	24,47	-8,46		-1,46		-9,92	
Maximální hodnota	53,7	48,13	51,39	72,99	9,1		21,6		25,77	
Minimální hodnota	3,85	1,53	0,52	0,52	-32,2		-12,74		-35,44	

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Výsledky statistického testování

A) Test rozdílu 3-0 (klienti JK, n=17) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W= 40

Kritická hodnota (jednostranná):

$\alpha=5\%$ 41

$\alpha=1\%$ 27

H0 zamítáme na hladině významnosti 5%.

Aproximace normálním rozdělením

Z =	-1,7278
p <	0,04182

Závěr: Statisticky významné zlepšení

B) Test rozdílu 6-0 (klienti JK, n=17) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W =	39
-----	----

Kritická hodnota (jednostranná):

$\alpha=5\%$	41
$\alpha=1\%$	27

H0 zamítáme na hladině významnosti 5%.

Aproximace normálním rozdělením

Z =	-1,7752
p <	0,03754

Závěr: Statisticky významné zlepšení

C) Test rozdílu 6-3 (klienti JK, n=17) - Wilcoxon signed-rank test (one-tailed)

H0: rozdíl=0

H1: rozdíl>0

W =	57
-----	----

Kritická hodnota (jednostranná):

$\alpha=5\%$	35
$\alpha=1\%$	23

H0 zamítáme na hladině významnosti 5%.

Aproximace normálním rozdělením

Z = -0,5688

p < 0,28434

Závěr: Změna není statisticky významná

Zhodnocení a diskuze statistického testování WHODAS 2.0

Co se týče WHODAS 2.0, v porovnání s hodnocením FIM ukázalo statistické testování podstatně slabší progres.

Rozdíly mezi 0. a 3., resp. 6. měsícem jsou sice statisticky významné, ale pouze na hladině významnosti 5%, na hladině významnosti 1% se rozdíly nepodařilo prokázat.

Rozdíly mezi 3. a 6. měsícem jsou pak jednoznačně nevýznamné (viz testování v části C), které se týká období po ukončení tříměsíční intervence.

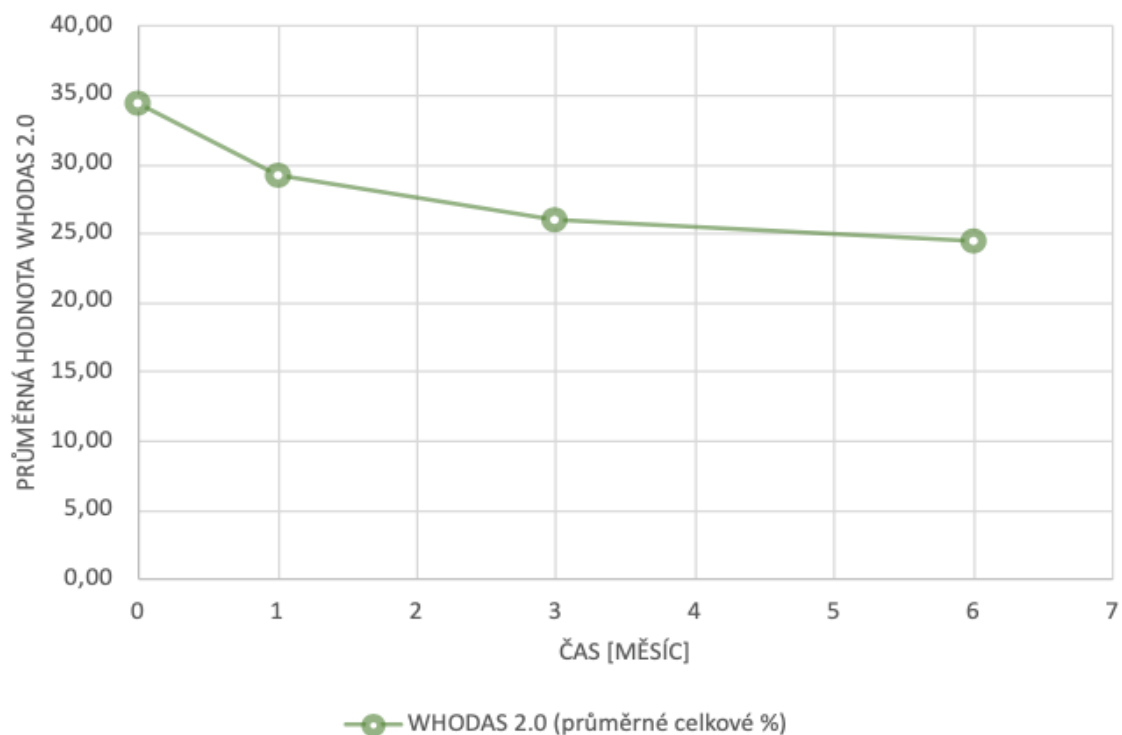
Základní graf 5 a tabulka 11 s uvedením průměrných hodnot vývoje WHODAS 2.0. v průběhu času naznačuje stagnaci po ukončení tříměsíční intervence.

Tabulka 11 Vývoj kvality života dle průměrných hodnot WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 - průměrné hodnoty	stupnice (nejhorší - nejlepší)	hodnota při vstupu	kontrola po 1 měsíci	v závěru intervence	3 měsíce po intervenci
čas od vstupu do projektu [měsíc]		0	1	3	6
WHODAS 2.0 výsledný	(100% - 0%)	34,39	29,12	25,92	24,47

Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Graf 5 Průměrné hodnoty WHODAS 2.0 sledované 6 měsíců

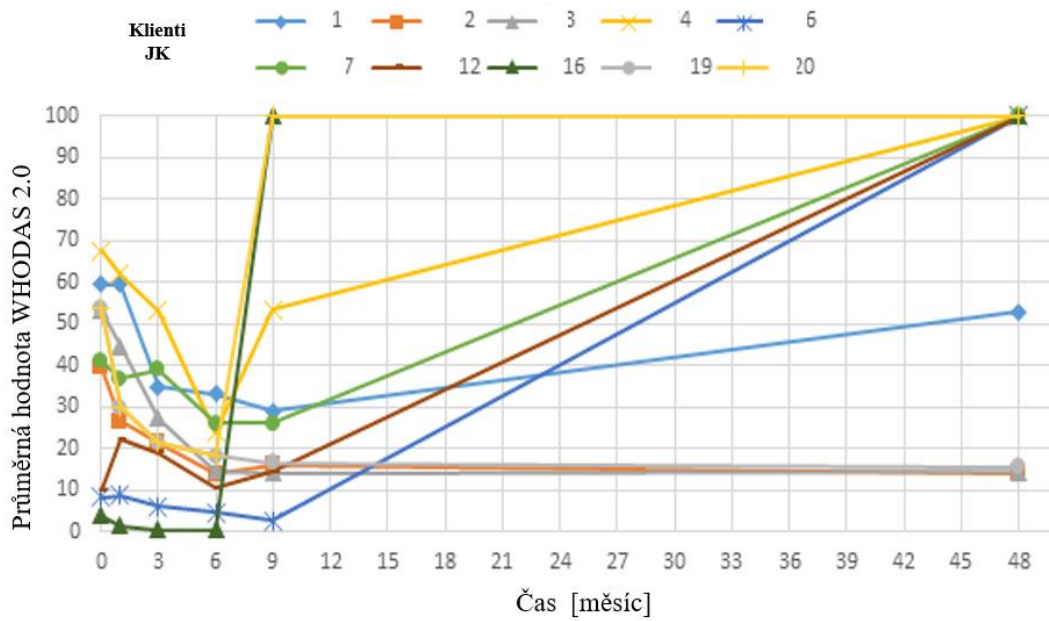


Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Pokud se podíváme na hodnocení kvality života jednotlivých klientů v dlouhodobém horizontu, lze je rozdělit do dvou kategorií:

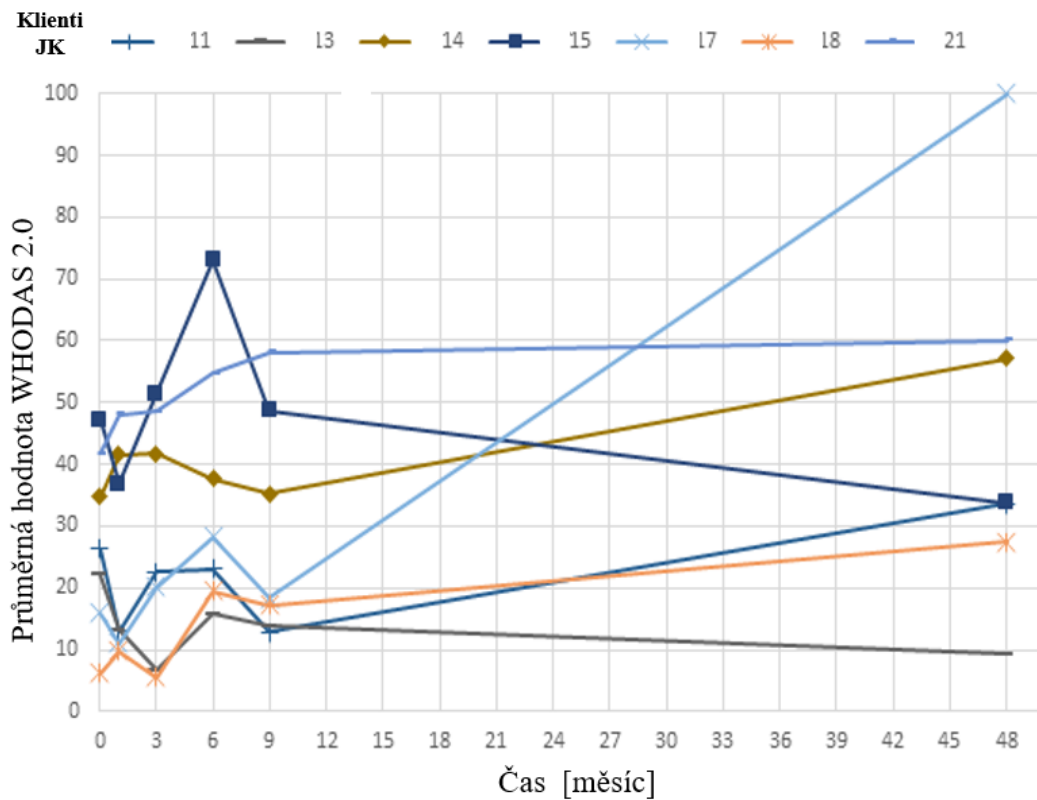
- (1) Osoby, u kterých lze pozorovat zlepšení kvality života po intervenci, poté zaznamenáváme stagnaci či deterioraci (Graf 6)
- (2) Osoby s kolísavým vývojem kvality života (Graf 7)

Graf 6 Klienti se zlepšením po intervenci a s následnou stagnací či deteriorací



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Graf 7 Klienti s kolísavým vývojem kvality života



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Souhrnně výzkum v oblasti hodnocení kvality života klientů s využitím WHODAS 2.0 naznačuje, že pokud terapie dál neprobíhá alespoň pro udržení stavu, klienti se opět zhoršují až na původní úroveň, u některých se dokonce objevuje ještě horší hodnocení než při vstupu, na škále 100%-0% (nejhorší-nejlepší). Specificky je opět vhodné níže zmínit ještě klienty, kteří měli z vlastní iniciativy zajištěnou návaznou rehabilitaci, a jejich stav se díky tomu dlouhodobě stabilizoval, či zlepšil. Zároveň to jen potvrzuje výše zmiňovaný trend a potřebu návazné rehabilitace.

Konkrétně, u klientky 21 můžeme pozorovat z dlouhodobého hlediska stabilizaci stavu, kdy nedochází k nějakým výraznějším změnám dle subjektivního vnímání, ale též ani k žádnému zhoršování stavu. Zde je potřeba zdůraznit, že klientka má zabezpečené prakticky nepřetržitě během celé doby rehabilitace ve smyslu fyzioterapie v domácím prostředí 3x týdně.

Podobný vývoj můžeme sledovat i u klientky 3, která měla do ledna 2021 zajištěné rehabilitace na místní poliklinice a absolvovala též lůžkovou rehabilitaci.

Klient 13, který uvádí subjektivně i mírné zlepšení z dlouhodobého hlediska měl též zabezpečené následné rehabilitace a navštěvuje i denní stacionář pro osoby po poškození mozku.

Poslední specifický klient je KT 15, u kterého je z dlouhodobého hlediska pozorovatelné zlepšení dle subjektivního hodnocení s využitím WHODAS 2.0. Na celkovém pocitu spokojenosti u tohoto klienta hraje důležitou roli skutečnost, že již zvládne řídit automobil a tím se i celkově znovu osamostatnil.

Závěr: H₂ byla potvrzena.

Na základě koordinované rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku se zvýší jejich soběstačnost, konkrétně:

Skóre při závěrečném hodnocení testem WHODAS 2.0 vykazuje statisticky významné zvýšení kvality života na hladině významnosti 5%, v porovnání se skórem WHODAS 2.0 dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klientů.

Pozn.: Na hladině významnosti 1% se rozdíly nepodařilo prokázat. Zároveň následné rozdíly mezi 3. měsícem a 6. měsícem, tedy po ukončení koordinované tříměsíční intervence, jsou jednoznačně statisticky nevýznamné.

Rizika (jiné proměnné), které mohly vstupovat do statisticky významného vztahu v období 3-6měsíců po ukončení koordinované rehabilitace: soukromě domluvená rehabilitace některých klientů (především fyzioterapie, lázeňská péče, rehabilitační ústav...), opatření a doporučení z období 0-3měsíců aplikovaná v pozdějším období, vedlejší diagnóza, spolupráce a schopnost klienta či rodiny aplikovat doporučení do praxe v oblasti úprav prostředí, provádění autoterapie, míra disability, čas od vzniku onemocnění, subjektivní hledisko hodnocení aktuálního stavu klientem v čase hodnocení.

Pro komplexní obraz je ještě potřeba brát v potaz dlouhodobé kvalitativní hledisko popsané v následující části.

Kvalitativní hodnocení z dlouhodobého hlediska

(1) Pro zhodnocení stavu v průběhu 3-5 let od absolvované koordinované rehabilitace jsme předpokládali, z odpovědí na doplňující dotazy s využitím CATI, že se zdravotní stav a celková situace výrazněji nezměnili. Klienti se již ale s nemocí vyrovnali.

Ze semistrukturovaných rozhovorů (struktura viz příloha 4) deseti klientů prováděných v dubnu 2021 formou CATI vyplývá, že klientům chybí návazná rehabilitace. Uvítali by cvičení v domácím prostředí spíše než docházení do zařízení, které někteří dokonce odmítají. Většina by uvítala i možnost intenzivní RHB v lázních.

Tabulka 12 shrnuje u každého klienta aktuální stav, potřeby z hlediska ergoterapie i fyzioterapie. Dále je uvedena informace ohledně osoby blízké, která klientovi pomáhá v případě potřeby a též další důležitá informace ohledně návazné rehabilitace.

Tabulka 12 Souhrnný vývoj stavu z dlouhodobého hlediska dle analýzy CATI

Klient	Aktuální stav (duben 2021)	Potřeby/cíle z hlediska ergoterapie	Potřeby z hlediska fyzioterapie	Kdo/co pomáhá osoba a pomůcky	Informace ohledně návazné RHB
JK1	Ztrácí zájem o okolí, halucinace, potřebná pomoc psychiatra	Sebeobsluha, zmírnit třes rukou, podpora psychické kondice	Chybí celková absence cvičení, sám doma cvičit nechce	Vnučka Chodítka Sedačka na vanu, protiskluzová podložka	aktuálně bez návazné RHB
JK 2	stagnace, zvládá vše potřebné	Soběstačná, nemá v této oblasti žádné potřeby	Cvičení mimo domov nechce, uvítala by opět možnost RHB doma	Manžel	aktuálně bez návazné RHB
JK 3	slabá ruka, při chůzi se podlamuje koleno, řeší lázně, čekala zlepšování, ale již nepřichází	Zlepšení síly na prstech (např. pro krájení), celkově lepší motorika rukou	Plavání	Občas rodina	Do ledna měla RHB na poliklinice, byla i na RHB v nemocnici
JK 11	Neuropatie – problémy s chůzí	Vše zabezpečené, nepocituje aktuálně potřeby v této oblasti.	Celkově řeší možnosti RHB, chtěla by chodit plavat. Bezpečnější chůze – aby nohy nebolely a abych byla jistější.	Syn (nákupy)	aktuálně bez návazné RHB
JK 13	Daří se mu dobře, ale chybí mu děti, které jsou s manželkou	Ovlivnění krátkodobé paměti vzhledem k běžnému fungování	Celkově jakýkoliv typ rhb či lázně, rád by se též naučil jezdit na elektrické koloběžce	Matka Kolenní ortéza, vycházková hůl	V řešení nové bydlení s pečovatelskou službou. Jinak v průběhu měl rehabilitace i denní stacionář
JK 14	Stejný stav, žádný pokrok	Zlepšení funkce ruky („krouť se mi“)	Alespoň udržet stav, udržet se na nohách, zvládnání přesunů z vozíku na postel, chodit víc ven.	Manželka, syn Schodolez Chodítka Rolátor Mechanický vozík	Chodí na aplikaci BTX, cvičení nemá, již do nemocnice ani nikde mimo domov nechce
JK 15	Nijak se to neposouvá, ale již řídí auto, jezdí sám nakupovat	Síla a funkce pravé ruky, aby se mohl věnovat aktivitám v dílně	Zlepšení funkce pravé nohy	Syn, družka	aktuálně bez návazné RHB
JK 18	Po operaci kyčle – pozitivní přínos, problém paměť, ale cítí se spokojeně	Zvládne vše, co potřebuje, je spokojený, aktuální cíle nemá	Nepocituje potřebu rhb, již bere stav jako stabilní, „...cítím, že je to všechno dobrý, ale vím, že to chce čas, že možná to tak bude už furt“	Přítelkyně, syn Hole	aktuálně bez návazné RHB
JK 19	Chybí rehabilitace, řeší lázně	Nyní se cítí soběstačná	Bezpečná chůze (závratě)	Manžel, dcera, která bydlí poblíž Dlahy na prsty, vycházková hůl	aktuálně bez návazné RHB
JK 21	Potřebuje dopomocť se vším, ale zlepšilo se jedení, motorika rukou	Soběstačnost celkově	Celková motorika	Manžel, rodiče Vozík Motomed Stropní zvedací systém	Zajištěné domácí RHB 3x týdně prakticky pořád, hrazené od ZP

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Velice důležitý fakt na vnímání vlastního pocitu kvality života je navrácení se k aktivitám, které celkově nijak nemusejí souviset s dalším zlepšováním stavu, ale s pocitem samostatnosti, jako v případě JK15, kdy se jednalo konkrétně o řízení automobilu: *“Nijak se to již neposouvá, ale již sám řídím auto, jezdím již sám nakupovat.”* Kvalitnější život vnímá i JK13, který pociťuje nadšení: *“No to se Vám musím pochlubit, naučil jsem se jezdit na kole a chtěl bych ještě zkusit koloběžku, tu elektrickou.”*

U klientů, kteří neuvádějí žádné pokračování v koordinované rehabilitaci, se předpoklad nepotvrdil a lze konstatovat, že vnímají spíše stagnaci, eventuálně jen mírné zlepšení, ve většině případů dokonce zhoršení.

(2) Dále jsme předpokládali, že subjektivně bude kvalita života vyšší než při posledním hodnocení, jelikož si klient na situaci již zvykl.

V dubnu 2021 bylo formou CATI provedeno i kontrolní hodnocení kvality života s využitím WHODAS 2.0, viz dále tabulka 13. Po 1 měsíci i po 3 měsících koordinované spolupráce převážná většina klientů hodnotí postupné zvýšení kvality života. Po 6 i 12 měsících již lze pozorovat trend zhoršování, eventuálně stagnace. V tomto období klienti nepodstupovali koordinovanou návaznou rehabilitaci. S odstupem 3 až 4 let po ukončení spolupráce byl zjištěn kladný výsledek v hodnocení kvality života pouze u dvou klientů, z toho jeden uvedl, že v průběhu měl rehabilitace a navštěvoval denní stacionář pro osoby po poškození mozku, druhý vnímal zvýšení kvality života tím, že opět začal řídit automobil. U ostatních klientů již lze v tomto období konstatovat zhoršení, eventuálně stagnaci stavu dle subjektivního hodnocení kvality života s využitím WHODAS 2.0. K úmrtí dokonce došlo až u šesti klientů (viz hodnota 100). Pro srovnání s věkem viz struktura probandů, tab. 3 v části 4.3. U jednoho klienta aktuální stav nebylo možné zjistit, klienta nebylo možné kontaktovat.

Vzhledem k tomu, že hodnoty v tomto období již nejsou kompletní, navíc došlo i k úmrtí klientů, nebylo pro tuto část již prováděno statistické testování, ale je potřeba se podívat na hodnoty vzhledem k jednotlivým klientům, jak je popsáno i výše. Následující tabulka 13 je proto v barevném provedení a jednotlivé hodnoty v barvách semaforu značí, zda došlo ke zlepšení, stagnaci či dokonce zhoršení vnímání kvality života.

Je důležité zdůraznit, že celkové hodnocení WHODAS 2.0 je subjektivní, tedy jedná se o samohodnocení, ve kterém se do jisté míry odráží přístup jednotlivých klientů k životu, celkové aktuální rozpoložení klienta atd. Dokonce byl zaznamenán i fakt, že se klient v určité fázi záměrně hodnotil hůř z obavy, že by mohl přijít o příspěvky a výhody apod. V jiném případě může být naopak hodnocení lepší k získání jistoty a dobrého pocitu ze zlepšení situace, které chce klient dát hodnotiteli či sám sobě. Finálně lze ale zhodnotit, že zlepšení po letech uvádí pouze 2 klienti, dle WHODAS 2.0. U ostatních se jedná o stagnaci, zhoršení či dokonce úmrtí.

Tabulka 13 Výsledné hodnoty WHODAS 2.0 u jednotlivých klientů v průběhu času

Klienti	WHODAS vstup	WHODAS po 1m	WHODAS po 3m	WHODAS po 6m	WHODAS po 12m	WHODAS po 3-4 letech
WHODAS čas [měsíc]	0	1	3	6	12	36-48
JK1	59,58	59,58	34,79	33,26	29,1	52,95
JK2	39,58	26,46	21,46	13,99	16,11	14,13
JK3	53,23	44,55	27,22	14,62	14,24	14,48
JK4	67,47	62,01	53,16	23,96	53,33	100
JK6	8,23	8,75	6,14	4,62	2,74	100
JK7	41,01	36,74	38,89	26,15	25,97	100
JK11	26,39	13,06	22,6	23,13	12,85	33,58
JK12	9,93	22,05	19,03	10,49	14,41	100
JK13	22,08	13,23	6,67	15,73	13,85	9,27
JK14	34,72	41,49	41,67	37,6	35,28	57,15
JK15	47,22	36,81	51,39	72,99	48,68	33,85
JK16	3,85	1,53	0,52	0,52	-	-
JK17	15,97	11,11	20,14	28,19	18,4	100
JK18	6,25	9,76	5,56	19,44	17,19	27,43
JK19	53,7	29,9	21,5	18,26	-	15,49
JK20	53,7	29,9	21,5	18,26	-	100
JK21	41,7	48,13	48,47	54,76	-	60,1

Legenda: Zelená - zlepšení, žlutá – minimální zlepšení event. stagnace, červená – zhoršení, černá – úmrtí.

Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Doplňující souhrn k tabulce 13

Po ukončení 3měsíční intervence můžeme ve většině případů sledovat do roka stagnaci stavu, poté z dlouhodobého hlediska zhoršení. Hodnota 100 v grafech WHODAS

je uvedena v případě úmrtí klienta. Hodnota blíží se k nule značí spokojenost – tedy žádné potíže. Čím vyšší hodnota WHODAS 2.0 směrem k hranici 100, tím větší potíže v oblastech každodenního života klient pociťuje. Pro tuto část jsou komplexní hodnoty pouze od klientů KL1-BP21, proto nejsou klienti z oblasti Praha a Střední Čechy do tohoto hodnocení zahrnuti.

Hodnocení vývoje stavu na základě rozhovorů s využitím CATI

Zde uvedené odpovědi klientů jasně naznačují, že se s nemocí již vyrovnali: *“Mně to teď takhle vyhovuje, jsem spokojená. Už se těším na zahrádku, jak si tam budu zahradničit a lebedit.”* (JK2) Z odpovědi klienta 18 lze též vyvodit pocit vyrovnání se s nemocí: *“Cítím se pozitivně. Pajdám, ale dopadlo to dobře... Jsem rád, že je to teď tak, jak to je. Že už se i sám postarám o sebe přes den. Víím, že i kdybych byl několik dnů sám, že to zvládnou.”*

I přesto, že mnohé odpovědi směřují k domnění, že se pacienti s nemocí již vyrovnali, a tedy k celkovému potvrzení předpokladu, nelze toto považovat za jednoznačné vzhledem k faktu, že při jinak formulované otázce již odpověď není tak jasná, aby potvrdila stav vyrovnání se s nemocí. Výzkumníci si uvědomují, že je potřeba dalšího výzkumů na větším počtu probandů, ideálně s různou úrovní soběstačnosti. Při otázce: *“Jak byste si teď představoval/a svůj život, kdyby to bylo ideální?”*, někteří klienti pořád uvádí navrácení se do stavu před nemocí: *“Neměla bych žádné ochrnutí, ani komplikace se srdcem, to bych chtěla.”* (JK3), či aktivnější život: *“Chtěl bych řidičák, ten mi sebrali...”* (JK13) Klientům ale chybí návazná rehabilitace či vedené domácí cvičení, event. lázeňská péče: *“Daří se mi dobře, ale chtěl bych chodit na rehabilitaci zase a do lázní. Trápí mě ta krátkodobá paměť, když si chci třeba vzpomenout, co jsem měl na oběd, tak to musím hodně přemýšlet.”* (JK13)

Byl zjišťován i fakt, co by klienti udělali jinak, kdyby to bylo v jejich silách. Zde by se dali klienti rozdělit do třech skupin. Někteří mají **pocit viny** (vlastní nebo jiného): *“Že bych přestal chlastat. Nebo bych tolik nedřel. ... no aby se to vůbec nestalo.”* (JK15), *“Změnila bych kardiologa. Za to všechno může on.”* (JK3) Dvě pacientky ještě vnímají **potřebu navrátit se do stavu před nemocí**: *“Byla bych ráda, kdyby se to dalo vrátit celkově. Tak jak to bylo, to už nebude, to by bylo ideální.”* (JK19), *“No nechtěla bych tu mrtvici...”* (JK2) U jiných osob je již i z této odpovědi jasný **pocit vyrovnání**: *“Jsem rád,*

že je to teď tak, jak to je.” (pacient 18) “Já nic, myslím, že jsme všechno udělali dobře, vy jste nás nasměrovali a pak už to bylo dobré.” (pacient 13)

Závěr:

V případě, že nejsou zajištěny další návazné komunitní služby v rámci koordinované rehabilitace, osoby po získaném poškození mozku se v dlouhodobém horizontu opět zhoršují (ze subjektivního hlediska a na základě hodnocení kvality života, dle WHODAS 2.0).

5.3.4 Evaluace domácího prostředí, fyzického i sociálního

V rámci ergoterapeutické intervence v domácím prostředí bylo možné prostřednictvím domácí návštěvy odhalit potíže u klientů související s jejich fungováním v domácnosti, které by v jiném prostředí (instituci) nebyly detekovány (například nevhodné umístění nábytku, kobereců apod. ovlivňující bezpečnost a zvyšující riziko pádů).

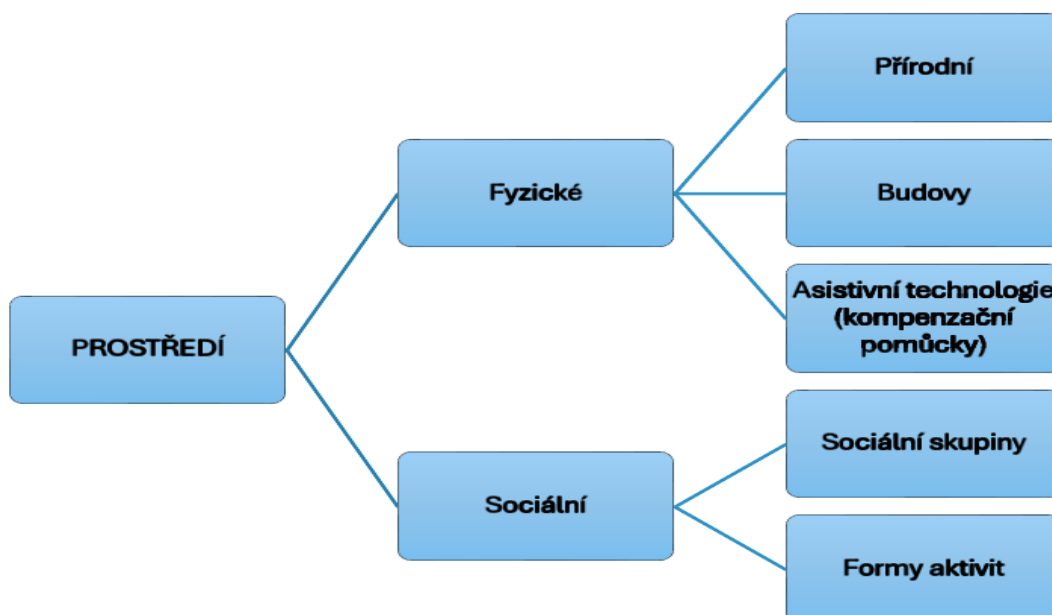
Ergoterapeut může na základě zhodnocení zvládnutí běžných denních činností, volnočasových či jiných aktivit a zároveň identifikací bariér, navrhnout kroky k možnému řešení a úpravám (Švestková, 2015).

Správnou indikací pomůcek a vyřešením bezbariérovosti prostředí, ve kterém klient žije, tedy výběrem vhodných facilitátorů a zabezpečením návaznosti sociální rehabilitace, můžeme podpořit soběstačnost klienta, zvýšit jeho kvalitu života, a tedy zajistit mu další život mimo instituci (Vacková et al., 2020). Na základě zkušeností práce s osobami po poškození mozku lze konstatovat, že by zavedení tohoto systému bylo prospěšné nejen pro pacienty/klienty, ale ulehčilo by také ekonomické situaci a postupně snížilo náklady v oblasti zdravotního pojištění a v oblasti sociálního zabezpečení, proto je spolupráce se sociálním pracovníkem v této oblasti nepostradatelná. *I nejdražší (vhodně indikovaná) pomůcka je levnější než dlouhodobá pomoc druhé osoby.*

Z hlediska sociálního prostředí hodnotíme jednak pečovatele a osoby blízké, kontakty, ale i celkové osobní vztahy. Velice důležité se ukázalo i psychické hledisko, které s tím může souviset. Kupříkladu klient 13 velice často ve výpovědích zmiňuje: “Chybí mi děti.” Je patrné, že to velice ovlivňuje celkovou psychickou (ne)pohodu klienta.

Evaluace domácího prostředí probíhala na úrovni fyzického a sociálního prostředí, viz schéma 7.

Schéma 7 Hlavní hodnocené složky prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování, Projekt GAJU 138/2016/S

Závěr:

Při hodnocení domácího prostředí je významnou složkou nejen prostředí fyzické, ale i prostředí sociální, zejména sociální vazby, osobní vztahy, rodina a kontakty na osoby blízké.

5.3.5 Indikace pomůcek, bezbariérových úprav a jejich financování

Facilitační prostředky jsou v České republice hrazeny ze čtyř zdrojů: 1) z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny zdravotnické prostředky dle zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, 2) ze sociální složky jsou hrazeny příspěvky na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 3) z regionálního školského oboru dle vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných a dle dalších ustanovení zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, 4) z krajské pobočky Úřadu práce ČR, dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Velká část úprav a pomůcek může být financována ze sociální složky, a právě zde má velkou úlohu sociální pracovník. Pokud se toto řeší již v rámci samotné intervence a ergoterapeut se sociálním pracovníkem navzájem komunikují, může se tím nejen urychlit samotný proces financování pomůcky či úprav, ale především je klient včas a komplexně informován o různých možnostech financování. Díky sociálnímu pracovníkovi je zjednodušena administrace a minimalizována nutnost „běhání“ klientů po úřadech apod. Klienti toto v rámci výzkumu ocenili například slovy: „*V nemocnici nás také sociální pracovnice navedla, jaké jsou služby a tak, ale bylo to takové jen jako výčet služeb a stejně jsem si musela hledat co a jak všechno sama. Od vás z projektu jsem se pak dozvěděla víc věcí.*” Potřebu informovanosti klientů ohledně financování pomůcek lze doložit tvrzením dcery klienta: „*...ty různé prvotní informace jsme měli od sociální pracovnice. Netušila jsem třeba, že jde zaplatit ta postel pro tátu.*”

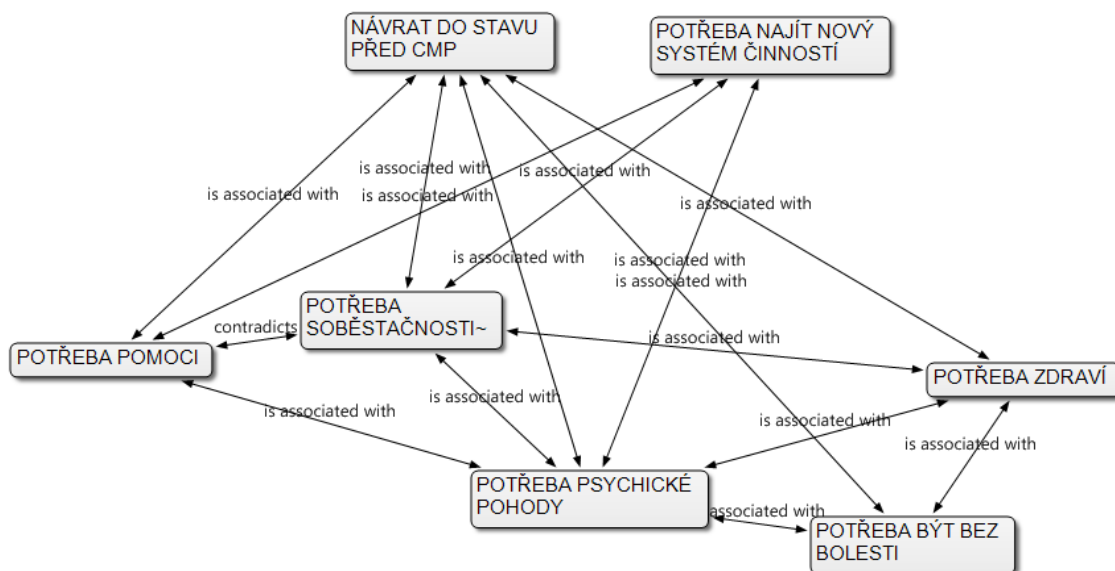
V praxi jsme identifikovali 4 základní kategorie pomůcek indikovaných ergoterapeutem: drobné, střední, větší pomůcky a pomůcky k mobilitě a lokomoci jako specifickou oblast, která si vyžaduje spolupráci s fyzioterapeutem, viz výše část 5.3.1.

Závěr:

**Podstatou vzájemné spolupráce ergoterapeuta
a (zdravotně-) sociálního pracovníka je kooperace při řešení
bezbariérových úprav prostředí, včetně kompenzačních pomůcek
financovaných ze sociální složky a vzájemná interakce v rámci šetření
ohledně dalších příspěvků a podpor pro adekvátní stanovení funkčních
schopností a disability klienta.**

5.4 Hodnocení potřeb souvisejících s ergoterapií a srovnání vývoje v průběhu let

Z analýzy výsledků v prvním roce po prodělané nemoci vyplynulo sedm potřeb, viz obrázek 7.



Obrázek 7 Potřeby klientů v prvním roce nemoci (Zdroj: Projekt GAJU 138/2016/S, Pechoušková, 2017, zpracováno v Atlas.ti7)

Potřeba najít nový systém činností a potřeba navrátit se do stavu před nemocí lze považovat za nadřazené zbylým pěti potřebám, jelikož k jejich saturaci směřují i ostatní uvedené potřeby (Pechoušková, 2017).

Jako hlavní však rezonuje potřeba navrátit se do stavu před nemocí, pacienti doufají, že to bude rychlý proces a vše bude opět, jak bývalo zvykem, bez větších změn. U těch, kteří vnímají, že plný návrat není zatím možný, vstupuje do popředí právě potřeba najít nový systém činností, alespoň dočasně. V tuto chvíli z psychologického hlediska ještě většina osob nechce přijmout fakt, že následky mohou být trvalé, přičemž bereme v potaz 5 fází smutku, které lze vztahovat i na chronickou nemoc a dle Kübler-Ross (2015) jsou následující: popírání, hněv, smlouvání, deprese a smíření.

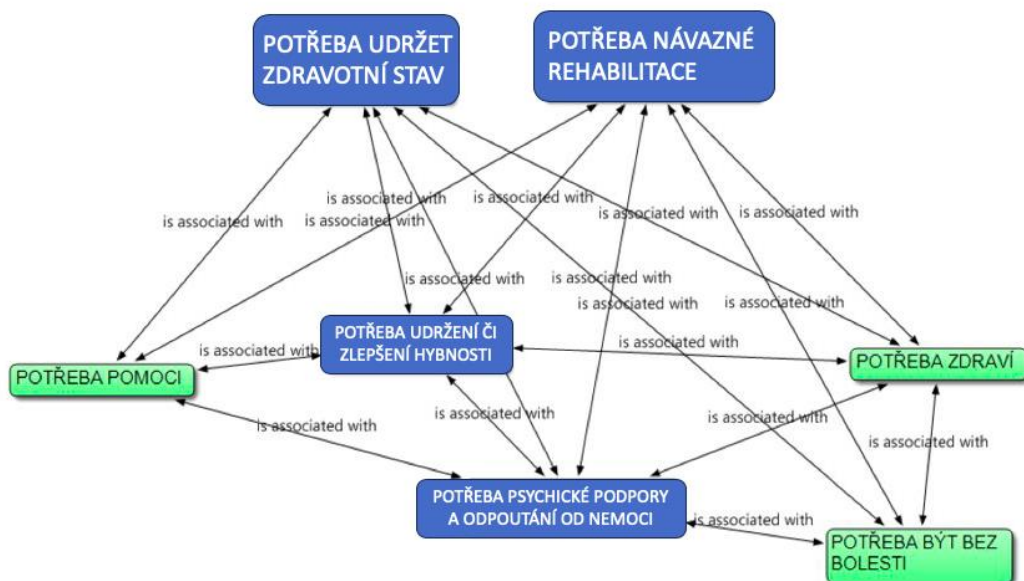
Všechny zmíněné potřeby spolu souvisí, i když **potřeba pomoci** a **potřeba soběstačnosti** jsou ve svém významu v určitém smyslu v rozporu. Každá z nich je ale podstatná a obě směřují jak k potřebě návratu do stavu před nemocí, tak k potřebě najít nový systém činností. Součástí potřeby pomoci je potřeba péče rodiny, potřeba odborné rady a pomoci a též potřeba ekonomického zabezpečení. Potřeba soběstačnosti je velmi ceněná

u zkoumaného vzorku a její příčinou je potřeba nezatěžovat okolí. Součástí potřeby soběstačnosti je potřeba chodit a pohybovat se. Pacienti potřebují být nezávislí, zvládat sebeobsluhu, orientovat se v prostředí.

Potřeba psychické pohody je velice důležitá v celkovém procesu rehabilitace a zmiňují ji téměř všichni pacienti buď obecně: *“Jsem nervózní”, “mám se špatně”, “chci, aby mi bylo veselo”*, nebo ve velmi konkrétní podobě jako potřebu sociálního kontaktu, individuálního přístupu, potřebu psychického zdraví, jistoty, potřebu vidiny pokroku apod. **Potřebu zdraví** vnímají pacienti především v oblasti pohybového aparátu, smyslového vnímání, kognitivních funkcí. V této souvislosti zmiňují potřebu motivace a povzbuzení. Řada pacientů vyjadřuje **potřebu být bez bolesti**. Často uvádějí bolesti hlavy, stres či únavu v souvislosti s nežádoucími účinky léků a celkové zlepšení zdravotního stavu považují přirozeně za zásadní. Vnímají potřebu dostatečného odpočinku či spánku. Poslední tři zmiňované potřeby, tedy potřeba psychické pohody, zdraví a stavu bez bolesti, jsou ve vzájemné interakci a nenaplnění jedné z potřeb vede ke zhoršení naplnění i dalších z potřeb (Pechoušková, 2017).

Srovnání vývoje potřeb s odstupem času

Z analýzy odpovědí CATI vyplývá, že dvě hlavní původně nadřazené potřeby se v průběhu cca 3 až 5 let mění, eventuálně vyvíjí, viz obrázek 8.



Obrázek 8 Potřeby klientů po třech a více letech od prodělání nemoci (Zdroj: Vlastní zpracování na základě Atlas.ti 7, v porovnání s Pechoušková, 2017, Projekt GAJU 138/2016/S)

Po třech a více letech od prodělání nemoci se potřeby mění a vyvíjí, klienti již získávají jiný náhled na svůj stav, přichází postupně období smíření se s nemocí, přičemž u některých pacientů zjevně, u jiných lze ale ještě sledovat spíše stav deprese dle Kübler-Ross (2015).

Již převážně není evidována *potřeba návratu do stavu před nemocí*, ale spíše **potřeba alespoň udržet zdravotní stav**. Původní *potřeba najít nový systém činností*, který již pacienti převážně našli a vyřešili tuto oblast, na základě koordinované rehabilitace se mění na **potřebu návazné rehabilitace**, kterou ale můžeme právě přímo spojit se zmíněnou potřebou udržení stavu i s dalšími následujícími potřebami. V oblasti potřeb z hlediska fyzioterapie a ergoterapie převažují potřeby **zlepšení či udržení hybnosti končetin**, převážně se zaměřením na celkovou hybnost a chůzi a též na motoriku rukou či celkově horních končetin. Tímto je již zúžena či konkretizována *potřeba soběstačnosti*. Potřeba *psychické pohody* je stále asociována s potřebou pomoci jak v rodině, tak s potřebou odborné pomoci. Proto je nyní v průběhu času již formulována jako **potřeba psychické podpory a odpoutání od nemoci**. Vzhledem k tomu, že právě zdravotní stav se již tolik nezlepšuje a převažuje stagnace či též zhoršování, měla by být větší samozřejmostí psychická podpora a dostupnost i nabídka služeb se zaměřením na psychický stav. S odpoutáním od nemoci též související dostupnost zájmových i volnočasových aktivit, jak to přímo či nepřímo uvedli pacienti. Z rozhovorů vyplynulo, že v Českých Budějovicích a dostupném okolí vnímají nabídku služeb se zaměřením na osoby po poškození mozku za nedostatečnou. Vše směřuje k **potřebě zdraví a potřebě být bez bolesti**. Tyto dvě potřeby ale již tolik nerezonují jako v době po propuštění z hospitalizace, ale vzhledem ke stagnaci zdravotního stavu či dokonce zhoršování, tyto potřeby nejsou stále saturovány. **Potřeba pomoci** s odstupem času rezonuje jako potřeba odborné, fyzické i psychické pomoci, dále pomoc díky využití kompenzačních pomůcek či úprav, již méně je zmiňovaná potřeba ekonomického zabezpečení, jelikož pacienti již mají ve většině případů zabezpečené dlouhodobé sociální podpory.

Závěr:

Potřeby osob po získaném poškození mozku jsou v průběhu let související s potřebou návaznosti rehabilitace vzhledem k potřebě udržení zdravotního stavu, psychické podpory a odpoutání se od nemoci.

5.5 Hodnocení týmového přístupu a přínosu ergoterapie klienty

Z hlediska přístupu se jednalo o interprofesní intervenci s důrazem na úzkou týmovou spolupráci.

Pojmy multidisciplinární, interdisciplinární či interprofesní jsou v praxi často zaměňovány. Körner (2010) ve svém článku charakterizuje interdisciplinární tým v případě, že jsou jednotliví odborníci na stejné hierarchické úrovni, funguje mezi nimi dobrá komunikace a spolupráce, přičemž je týmový model spojován s vyšší kvalitou a výkonností týmu. Odborníci interprofesního týmu pracují na společných cílech klientů, cíle jsou diskutovány pravidelně. Obdobně pracoval i tým v rámci předkládaného projektu. Naopak v multidisciplinárním přístupu pracují jednotliví odborníci paralelně na specifických úkolech, úroveň autonomie jednotlivých odborníků je vysoká, komunikace je malá, diskutovány jsou pouze problémové oblasti.

Obecně lze tým charakterizovat jako souhru tří a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity. Uvědomují si jeden druhého, všichni se snaží dosáhnout stejného cíle a dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých pracují a jednají (Kolajová, 2006).

Z rozhovorů s klienty po ukončení intervence vyplívá, že docházení týmu hodnotí pozitivně: *“Všechny jste mi pomohly. Bylo milý vědět, že je z vaší strany zájem. Myslím si, že pro toho, kdo se nedostane do lázní, by takhle péče doma měla být nejméně půl roku. Mně to vyšlo hezky, že jsem byla u vás a pak jsem odjela do lázní”* (JK11). Týmová spolupráce byla hodnocena i takto: *“Všichni to se mnou myslí dobře.”* (PS1) Jiný klient uvádí: *“Považuju vás za dobrou partu, kdy se mezi sebou domluvíte, předáte informace a poradíte mi, to je dobře, že tak spolu fungujete”* (JK15). Klienti oceňují intervenci doma a v týmovém složení: *“Je lepší, že chodíte takhle domů a spolu. Kdybych měla chodit za každým zvlášť a objednávat se všude a všem to znovu vysvětlovat, tak to by byla opravdu ztráta času”*(JK3).

Informanti vnímají i možnost sociálního kontaktu a fakt, že se o ně někdo zajímá a chce jim pomoci: *“Taký mi pomohlo, když jste sem přijely, že jste mě alespoň vyslechly, že jsem se mohla vypovídat z těch svých nářků”* (JK6).

Co se týče ergoterapie, klienti vnímají efekt zejména v nácviku provádění běžných denních aktivit přímo ve svém domově s možností vyzkoušení pomůcek: *“...vlastně mi pomohla v tom, že mi ukázala různé pomůcky”* (JK7). Podobně hodnotí ergoterapii i další klient: *“Vyzkoušel jsem si nové pomůcky, o kterých jsem nevěděl, že bych si mohl pořídít, nebo že mi je zaplatí pojišťovna”* (JK12). Zaměření na indikaci pomůcek oceňuje i další klient, kdy z výpovědi lze hodnotit i vliv na psychickou pohodu: *“Řešily se madla... pomůcky. Třeba ten váleček do podpaží, díky gumě si ho umím dát. Do koupelny se pořídil ten nástavec. Ten je pro mě asi nejvíc. Chápejte... že už nemusím... no že už nemusím vykonávat potřebu v obýváku.”* (PS8) Frekvenci ergoterapie klienti v některých případech vnímají jako nedostatečnou. Jeden klient dokonce vnímá potřebu velice intenzivní terapie: *“Třeba tak 3x týdně aspoň, aby to mělo nějaký efekt... Je to lepší samozřejmě, co se týče toho oblékání... Takový ty věci udělat si s levou rukou třeba něco... přidržel si něco...”*.

Podrobněji se uváděné problematice věnuje diplomová práce s názvem *Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu* (Matějková, 2018), zpracovávaná v rámci tohoto projektu. Se zaměřením na ergoterapii a na interprofesní spolupráci je zaměřená další diplomová práce s názvem *Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku* (Ptaková, 2019), zpracovaná pod vedením autorky této disertační práce.

Závěr:

Koordinovaný týmový přístup v domácím prostředí je osobami po poškození mozku hodnocen pozitivně z hlediska potřebné návaznosti rehabilitace v čase návratu do domácího prostředí i ze sociální stránky a potřebné psychické podpory. Ergoterapeut, fyzioterapeut i (zdravotně)sociální pracovník mají v tomto ohledu svoje nezastupitelné místo.

6 Diskuze

Jak uvádí Švestková a Svěčená (2014), celosvětově se v dnešní době poukazuje na nezastupitelnou roli ergoterapie v moderní rehabilitaci a na její důležitost v interprofesním týmu, kdy ergoterapie prostupuje všemi prostředky a fázemi rehabilitace. Vzhledem k tomu, že evidence jsou u nás nedostačující, dokonce v oblasti koordinované rehabilitace v domácím prostředí téměř zcela chybí, bylo na tato fakta poukázáno i v této práci.

Význam výzkumu a jeho limity

Z výsledků je patrná důležitost nejen práce ergoterapeuta, ale zejména koordinovaného přístupu v rámci práce interprofesního týmu. Bylo potvrzeno, že pokud terapie návazně dále neprobíhá, celková nekoordinovanost služeb vede k určité frustraci a beznaději osob po poškození mozku, která může vyústit i v to, že klienti již nechtějí s ničím pomoci, protože to nevnímají jako efektivní. Jedná se o velice negativní jev, který není ojedinělý, jelikož osoby v domácím prostředí v chronické fázi nemoci u nás často nemají zabezpečené návazné služby, ztrácí se v celkovém nesystematickém procesu. Systémové řešení u nás chybí, zejména formou zakotvení koordinované rehabilitace legislativně ve specifickém zákonu (MPSV, 2012; Asociace ucelené rehabilitace, 2024).

Pro **kvantitativní část** byla hypotéza ergoterapeutického výzkumu formulována následovně:

“Koordinovaná spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka v rámci komunitní rehabilitace zvyšuje soběstačnost osob se získaným poškozením mozku.”

Dle pracovních hypotéz bylo sledováno skóre v hodnocení FIM a WHODAS 2.0. na základě koordinované rehabilitace s využitím facilitačních prostředků navržených ergoterapeutem spolupracujícím se sociálním pracovníkem. Díky výzkumu získali klienti orientaci v dostupných službách, byla zabezpečena koordinovanost procesu po tři měsíce těsně po jejich návratu do domácího prostředí. Avšak následná nekoordinace vyvolala opětovnou nespokojenost klientů se svým stavem a touhu alespoň udržet zdravotní stav. Chybějící návaznost služeb se odrazila i z objektivního hlediska po ukončení koordinované intervence ve stagnaci dle FIM a WHODAS 2.0. Nástroj FIM posloužil pro účely výzkumu velice dobře díky vysoké citlivosti hodnocení (Chumney et al. 2010; Stiborová, 2017; Kashkosh, 2020). Vzhledem k počtu probandů tato data ze statistického

hlediska hodnotíme jako pilotní. Dle uvážení výzkumníků a na základě konzultace se statistikem bylo zhodnoceno, že není vhodné pouštět se do větších statistických výpočtů a závěrů, jejichž validita a výpovědní hodnota by byla velice diskutovatelná. Na základě základních výpočtů však byla hypotéza potvrzena. Co se týče hodnocení kvality života a soběstačnosti, jsme si samozřejmě vědomi, že zlepšení funkčního stavu i změny ve vnímání kvality života u klientů mohlo nastat i v důsledku spontánní regenerace organismu. Pro vyvozování jednoznačných závěrů je zapotřebí další studie a rozsáhlejších výzkumů na větším souboru probandů. Kupříkladu v Německu byla provedena randomizovaná studie u 53 osob se získaným poškozením mozku se zaměřením na dlouhodobou koordinovanou a kontinuální rehabilitaci, avšak se zaměřením na ambulantní intervenci (Bender et al., 2016).

Dalším faktem je, že výsledky intervence ergoterapeuta nelze od koordinované intervence oddělit, proto na základě výzkumu nelze ani přesně zhodnotit úspěšnost intervence jednotlivých odborníků. Výsledky jsou hodnoceny a interpretovány v komplexu koordinovaného interprofesního přístupu. Rozdíly ve výsledcích v jednotlivých dvou sledovaných krajích pravděpodobně vznikly způsobem výběru respondentů, kdy respondenti z oblasti Českých Budějovic byli osloveni přímo ještě na lůžkách včasné rehabilitace, těsně před jejich propuštěním, a tudíž v období, kdy ke zlepšování stavu dochází rychleji. Zároveň ještě nebyla vůbec řešena jejich domácí situace, a tak odborníci měli víc oblastí k řešení. V porovnání s klienty z Prahy a okolí, kteří již krátkou dobu pobývali v domácím prostředí a docházeli před naší intervencí na terapii do denního stacionáře či ambulantně na rehabilitační kliniku. Tímto se nabízelo již méně oblastí k řešení a intervenci. V obou případech bylo ale prokázáno statisticky významné zlepšení po tříměsíční koordinované intervenci.

Co se týče **kvalitativní části** a zpracování výsledků z kvalitativního hlediska, vzhledem ke sledování mnoha oblastí a mnoha výzkumníků je vhodné podívat se i na kontext jiných zpracovaných prací, jejichž součástí jsou další výstupy zaměřené např. na podrobnější zhodnocení týmového přístupu, dostupnosti služeb, potřeb klientů a podobně. Cílem kvalitativní části výzkumu nebylo dospět k zakotvené teorii, jelikož hlavním záměrem bylo zaměřením na aplikaci dobré praxe koordinované rehabilitace u osob po získaném poškození mozku v domácím prostředí a návrh řešení situace, jak je diskutováno i dále. Navíc tato předkládaná práce má další cíle a výstupy, které jsou zpracovány do hloubky. V rámci akčního výzkumu jednotlivých případů bylo nasbíráno mnoho dat s využitím

rozhovorů, sesbíráním komplexního obrazu o klientovi díky analýze dokumentů, dále na základě standardizovaných i nestandardizovaných metod vyšetření a šetření jednotlivých odborníků, v rámci terapeutických intervencí apod. Bylo tím pádem hodně využíváno i poznámkování (Hendl, 2016). V rámci kvalitativní analýzy dat bylo využito kódování otevřené, axiální i selektivní, přičemž základní literaturou pro vědecké zpracování kvalitativní části byla publikace Kvalitativní výzkum dle Hendla (2016). Pokud by byl do budoucna požadavek zabývat se některou další oblastí výzkumu ještě do hloubky a dospět například k zakotvené teorii v souvislosti s problematickou situací koordinované komunitní rehabilitace, lze garantovat výzkumníky, že materiálů a podkladů je mnoho. Z tohoto pohledu je výzkum unikátní a výzkumníci konstatují na základě analýzy dostupných zdrojů, že žádný podobně zaměřený výzkum minimálně v České či Slovenské republice neproběhl. Na tento výzkum lze tedy velice dobře dále navázat na základě výsledných vzniklých publikací a prací, případně i s validním využitím dalších nasbíraných dat.

Za významné výstupy z výzkumu lze zároveň považovat:

- Publikaci ve formě monografie s názvem *“Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí.”* (Vacková et al., 2020) a
- Metodiku ergoterapie, která je uveřejněna v přílohách této práce jako hlavní ergoterapeutický výstup projektu.

Hodnocení funkčních schopností, domácího prostředí a metodika ergoterapie

Bylo v plánu i zařazení hodnocení dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (WHO, 2008), zejména při vstupu do projektu, avšak ukázalo se administrativně časově velice náročné toto provedení na lůžkách, kde nebylo v praxi zavedené. Výsledkem bylo, že u většiny respondentů nakonec pověřené osoby toto hodnocení neprovedly a tím pádem nebylo možné jej komplexně zařadit. Bylo však prováděno hodnocení kvality života dle WHODAS 2.0, které je též založeno na principu MKF.

V rámci části u pacientů z Prahy bylo též prováděno a následně i navrženo hodnocení domácího prostředí respektující MKF, které měla na starosti studentka magisterského

programu ergoterapie Dorota Podzemná. Navržené hodnocení pod vedením autorky této disertační práce publikovala jako přílohu vlastní diplomové práce (Podzemná, 2019). Hodnocení je zatím uvedeno jenom jako návrh a do budoucna v rámci dalších výzkumů by byly vhodné jeho další úpravy na základě testování v praxi. Hodnocení je zejména velice rozsáhlé, bylo by potřebné jeho vhodné zkrácení na přijatelnou dobu administrace, aby bylo efektivní, a ne příliš zatěžující. S drobnými změnami bylo hodnocení ve svém základu použito i v rámci vytvořené metodiky ergoterapie, která je součástí této disertační práce.

Celková metodika se skládá z několika částí. Metodiku lze považovat za zcela unikátní a v tomto komplexním zpracování nebyla nalezená ani podobná zahraniční verze, která by mohla být komplexnějším podkladem. Inspirace ale byla nalezena pro jednotlivé části a zároveň vzhledem k tomu, že autorka má několikaleté zkušenosti s prací s osobami po získaném poškození mozku, bylo možné tyto zkušenosti a případné materiály při tvorbě využít. Je potřeba brát v úvahu, že se jedná o návrh metodiky, která zatím nebyla vyššími orgány schválena. V plánu je komunikace s Českou asociací ergoterapeutů (ČAE), která na metodiku reaguje s nadšením a zájmem. Budou domluvené další kroky pro její schválení, případné další úpravy a následné uveřejnění pro odbornou veřejnost ergoterapeutů, například v rámci uveřejnění na stránkách ČAE.

Kvalita života a potřeby z dlouhodobého hlediska

Objektivně je patrný efekt po ukončení tříměsíční intervence. Z dlouhodobého hlediska pozorujeme stagnaci či dokonce zhoršení, jelikož další návazné služby chybí. Přitom osoby po poškození mozku mají potřebu kvalitně žít a udržovat svůj zdravotní stav, nechtějí být litovány, ale zároveň vnímají potřebu pomoci.

Pro zhodnocení stavu v průběhu 3-5 let od absolvované koordinované rehabilitace jsme vznesli dva předpoklady, jeden se zaměřením na kvalitu života, druhý na potřeby a celkové zhodnocení aktuální situace.

Předpoklad 1: Subjektivně bude kvalita života vyšší než při posledním hodnocení, jelikož si klient na situaci již zvykl.

Tento předpoklad se nám nepotvrdil, jelikož toto lze tvrdit jen u minima klientů. Někteří klienti si samostatně zajistili návaznou rehabilitaci, a právě u nich pozorujeme i z dlouhodobého hlediska zlepšení, nikoliv stagnaci či deterioraci jako u ostatních

probandů, kteří se již dále bez odborné pomoci neposouvají. Výzkum naznačuje, že pokud terapie dál neprobíhá alespoň pro udržení stavu, pacienti se opět zhoršují až na původní úroveň (dle subjektivního hodnocení stavu s využitím WHODAS 2.0). Po ukončení 3měsíční intervence můžeme ve většině případů sledovat do roka stagnaci stavu, poté z dlouhodobého hlediska zhoršení.

Předpoklad 2: Z odpovědí na doplňující dotazy s využitím CATI jsme předpokládali, že se zdravotní stav a celková situace výrazněji nezměnili.

Klienti se již ale s nemocí vyrovnali.

I navzdory faktu, že dle subjektivního hodnocení kvality života formou WHODAS 2.0 převažuje stagnace či zhoršování kvality, byla by tendence druhý předpoklad potvrdit z některých odpovědí u většiny z deseti kontaktovaných klientů s odstupem 3-5 let od ukončení koordinované rehabilitace, na základě semistrukturovaných rozhovorů prováděných formou CATI. Výzkumníci si ale uvědomují, že je potřeba dalšího výzkumů na větším počtu probandů, ideálně s různou úrovní soběstačnosti.

Pokud se podíváme na hodnoty FIM a vnímání stavu klientů, lze též najít jistou korelaci, jelikož klienti s nízkou hodnotou FIM a celkově i nižší soběstačností pocit vyrovnání s nemocí spíše neuvádí: *“...nikde necvičím, jen jednou za půl roku na botox... nechci už nic. (Manželka dodává, že manžel nemá rád nemocniční prostředí, působí to na něj psychicky špatně). Chci, abych mohl víc chodit ven. Denně chodíme v chodítku... abychom zvládli přesuny z vozíku do postele. (JK14, celková hodnota FIM: 66 vstup, 75 po 6 měsících). Klientka 21 s nejnižším celkovým hodnocením FIM (26 vstup, 47 po 6m) vnímá též neuspokojení svých potřeb: “Kdybych se mohla někam přesunout... Nezůstanu ani moc sama doma. Když si jde manžel zaběhat tak je se mnou dcera nebo syn.”*

Důležitý je i fakt, že u šesti klientů bylo při závěrečném kontaktování v průběhu let zjištěno úmrtí. Ne vždy se jednalo o osoby vysokého věku. Nejmladší osobou byl 48letý klient (JK12), který měl dlouholeté chronické onemocnění ledvin, podstupoval dialýzu třikrát týdně, avšak jeho stav se po dvou letech rapidně zhoršil, vzhledem k této diagnóze.

Další potřeby osob po poškození mozku

V rámci identifikace bariér a facilitátorů výrazně zaznívá rodina klienta. Zároveň rodina byla významným členem týmu, kdy se může jednat o blízkou osobu klienta/pacienta,

zejména partnera nebo v některých případech rodiče. Z analýzy rozhovorů je patrná potřeba péče rodiny o klienta, ale nelze zanedbávat ani péči o rodinu a její vedení. Obě potřeby by měly být pro odborníky apelem na kvalitní interprofesní přístup, kdy rodina s klientem je plnohodnotnou součástí týmu. Jak uvádí i Maršálek et al. (2011), tyto osoby mohou poskytnout velmi cenné informace o pacientovi a významně přispět k výstupům rehabilitačního procesu. Dále uvádí, že blízké osoby v životě pacienta poskytují dlouhodobou podporu, ale zároveň sami potřebují zvýšenou péči, oporu a dostatečný odpočinek. Toto můžeme potvrdit i z našeho akčního výzkumu.

Je vhodné dále myslet na to, že klient může mít i potřeby v oblastech, které jsou v rámci vyšetření často opomíjeny. Například u jednoho klienta byla zaznamenána i sexuální asistentka. Další klientka zmínila též problémy v této oblasti ve svém vztahu s přítelem. Jiná uvádí negativní postoj rodiny k partnerskému vztahu. Je tedy vidět, že osoby po poškození mozku potřebují opravdu individuální přístup a žádná z oblastí hodnocení by neměla být vynechána. Hodnocení WHODAS 2.0 právě zahrnuje i položku “sexuální aktivity”, což umožňovalo nepřehlédnout tuto oblast. Tato oblast může být problematická zároveň vzhledem k omezení pohybu. Příkladem může být klientka, která uvedla problémy v této oblasti v souvislosti s ovlivněním rozsahu pohybu levé dolní končetiny. Na tuto oblast bylo možné se zaměřit v rámci fyzioterapie či ergoterapie. Zároveň by mělo být součástí poradenství ve smyslu doporučení kontaktů na služby či webové stránky, které se problematikou zabývají, konkrétně myšlen i koučink či poradenství v oblasti sexuální asistence, který je právě určen pro osoby s disabilitou, kupříkladu Freya – Institut sexuality (© Freya, 2024). Tímto lze uvést tuto další oblast zaměření terapie v domácím prostředí jako zaměření na partnerský život, jak popisuje Ptaková (2019).

Švédská studie autorek Ek, Holmström & Elmerstig (2022) zkoumala, zda je získané poškození mozku (ABI) spojeno se změnami v sexuálních funkcích a jak k takovým změnám dochází. Zaměřily se na neviditelné poruchy. Využívaly dotazníkové šetření osobám s ABI ve věku 20–90 let, které se účastnily rehabilitace ve Švédsku v letech 2014–2016. Odpovědi dostaly od 250 účastníků, ze kterých 78 % (194/250) obnovilo sexuální život. Účastníci hlásící sexuální změny také zaznamenali více důsledků souvisejících s ABI. Osoby se sníženou sexuální touhou (63 %, 148/234) hlásily více důsledků ABI, včetně snížené paměti, schopnosti koncentrace, zvýšené únavy ve srovnání s těmi s neporušenou touhou. Je známo především, že viditelné poruchy

ovlivňují sexuální funkce a spokojenost osob s disabilitou. Závěry studie poukazují především na to, jak velký dopad mají i neviditelná postižení u osob po získaném poškození mozku. Z biopsychosociálního hlediska tyto výsledky naznačují, že jednotlivci by měli mít dostupnou „sexuální rehabilitaci“ bez ohledu na poruchu ABI.

Terminologie

S osobami po poškození mozku byla navázána dlouhodobá spolupráce provedením nezbytných vstupních hodnocení a podepsáním informovaného souhlasu ještě v období těsně před ukončením hospitalizace. Po propuštění se z terminologického hlediska jednalo o „**klienty**“ interprofesního týmu odborníků v projektu se zaměřením na koordinovanou rehabilitaci v domácím prostředí. V práci je proto používán pojem pacient i klient. Jednotlivé profese mohou však vnímat terminologické odlišnosti či možné nesrovnalosti v souvislosti se zavedenými pojmy tak, jak jsou na to zvyklé z praxe, jelikož v rámci projektu došlo k zapojení různých odborníků do interprofesní spolupráce, zejména lékařů, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků a psychologů. Soklaridis et al. (2017) ve svém výzkumu, kde měli též zastoupení různých profesí, mimo jiné ergoterapeuty, sociální pracovníky, fyzioterapeuty, lékaře či zdravotní sestry, uvádí, že se setkali s velkou diskuzí ohledně termínů „pacient/klient“. Někteří účastníci upřednostňovali termín „pacient“, protože „klient“ se využívá spíše v obchodních vztazích a dle některých zúčastněných riskuje trivializaci vztahu ve zdravotnictví. Jiní preferovali pojem „klient“, zejména v souvislosti s péčí o duševní zdraví, protože je považován za méně stigmatizující způsob, jak charakterizovat vztahy v oblasti duševního zdraví.

Zároveň jsou terminologické neshody i v pojmech **interprofesní** či interdisciplinární vs. multidisciplinární. Při spolupráci a komunikaci s kolegy v rámci týmu se ukázalo, že většina odborníků je zvyklá na zažitý termín multidisciplinární. V práci bylo popsáno i odůvodnění vzhledem k zavedení vhodnějšího termínu interprofesní či případně interdisciplinární, aby byla zdůrazněna úzká spolupráce odborníků.

Mezi další diskutované a často nesprávně používané pojmy patří **disabilita**, postižení, handicap, přičemž tato práce terminologicky vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví preferujeme termín osoba s disabilitou (WHO, 2008). Dle uvedené klasifikace značí *disabilita* snížení funkčních schopností na úrovni

těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí" (WHO, 2008, s. 9). Pojem disabilita tedy zastřešuje všechny tři pohledy – tělo, jedinec a společnost (WHO, 2008). *Postižení (disability)* je zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní)" (WHO, 2008, s. 221). *Handicap* je interakcí mezi jedincem s disabilitou a společností a představoval pocit jedince ve vztahu ke společnosti, která ho jakožto disabilního různým způsobem omezuje nebo mu pomáhá (kritika – příliš medicínské pojetí, zaměřeno na omezení). "*Během procesu revize MKF byl pojem „handicap“ opuštěn*" (WHO, 2008, p. 219).

Bezpečná domácnost v rámci evaluace domácího prostředí ergoterapeutem

Významnou částí ergoterapeutické intervence byla evaluace domácího prostředí, přičemž je důležité zdůraznit i zaměření na bezpečnost v domácnosti. Jelikož dle dostupných studií má 82 % starších dospělých nějakou zkušenost s pády v domácnosti, zejména v ložnici či v koupelně nebo na toaletě (Na'emani et al., 2019). Mezi tyto osoby patří bezpochybně i osoby po poškození mozku. S nárůstem populace starších dospělých souvisí potřeba zavádění změn v jednotlivých státech nejen s ohledem na ekonomické důsledky, ale i v souvislosti s podporou výzkumu, do kterého lze řadit i zavádění standardizovaných nástrojů do praxe či podporu práce různých odborností v komunitních službách. Stárnutí populace má zjevné dopady pro jednotlivce i pro společnost, přičemž pečlivá analýza těchto dopadů je zásadní. Tyto důkazy jsou důležité pro zdravotnické pracovníky, tvůrce politik, spotřebitele, vědce i další jednotlivce či skupiny se zájmem o toto téma. Formální vyhodnocení nákladové efektivity na environmentální intervence pro prevenci pádů je neméně důležité pro rozhodnutí o aplikaci do praxe (Clemson et al., 2023).

Studie nezávisle na sobě potvrzují, že mezi rizikové patří i schody v interiéru (Amiri et al., 2013, Lytras et al., 2022). Keglovits et al. (2020) identifikovali 17 domácích environmentálních rizik mezi staršími dospělými žijícími v komunitě. Nebezpečí zahrnují zejména volně položené koberečky, nepořádek, položky umístěné příliš nízko nebo příliš vysoko, nízké toalety apod., což je ve vzájemné korelaci s výsledky výzkumu této práce, uvedené v části popisující frekvence bariér a facilitátorů.

V praxi může být někdy problematické přesvědčit klienty o důležitosti nutnosti úprav, jelikož žijí ve svém zasetém koloběhu, prostředí, které jim dle jejich mínění vyhovuje a které mají rádi takové, jaké právě je. I když úpravy v domácnosti jsou prospěšné a snižují riziko pádů, často jsou reportovány jako neestetické či nepříjemné (Bailey et al., 2019).

Byly dohledány i studie či review, které jsou zaměřené výhradně na IT či elektronické pomůcky do domácnosti nebo k podpoře socializace, zejména kupř. nejaktuálnější review autorů Mendoza-Holgado et al. (2024).

Velkým problémem pro realizaci některých opatření v domácnosti může být i nedostatek financí, jak se ve výzkumu na nízkopříjmové seniory zaměřili kupř. Bercaw (2020) či Grasso et al. (2023). Pro tento účel je vhodné rozdělení environmentálních modifikací do tří kategorií, jak uvádí Campani et al. (2020) na úpravy bez finančního zatížení (např. přesunutí koberečků, odstranění prahů), dále na úpravy méně finančně náročné (např. úpravy osvětlení, úpravy zábradlí) a finančně náročné intervence (výměna výtahu, rekonstrukce koupelny, instalace schodolezu apod.). Do budoucna by bylo vhodné zaměřit se též na efektivitu opatření v daných kategoriích, jelikož lze předpokládat, že i finančně nenáročné úpravy mohou docílit výrazný efekt k dosažení bezpečné či bezbariérové domácnosti. Zároveň je potřeba myslet na různé možnosti financování či využití dostupných prostředků ze sociální či zdravotní složky. Další možnosti jsou nadace a různé fondy. Interprofesní spolupráce má v tomto ohledu značný význam (Švestková, Svěcená, 2014).

Jak zdůrazňuje a potvrzuje i tento výzkum, význam má spolupráce ergoterapeuta se sociálními pracovníky k řešení možností administrace žádostí o dávky. Velice žádoucí je spolupráce s lékaři (praktický lékař, geriatr, neurolog, ortoped, oční lékař apod.) k indikaci pomůcek financovaných z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň tato domácí intervence může být poskytována jako součást vícesložkové intervence (např. v kombinaci s fyzioterapií, ergoterapií apod. s využitím dalších přístupů či konceptů pro celkové zlepšení fyzické či psychické kondice), jak popisuje i Clemson et al. (2023). Na druhou stranu dodává, že v některých případech lze využít i možnost tele-rehabilitace či konzultace ve zdravotnickém zařízení v průběhu hospitalizace nebo ambulantní návštěvy. Smysl má i spolupráce s agenturami domácí péče či zdravotními sestrami. Hodnocení domácího prostředí provádí v ideálním případě

ergoterapeut formou domácí návštěvy, jelikož osobní kontakt v daném prostředí umožňuje identifikovat maximum problémů a poskytuje optimální podmínky pro následnou intervenci, edukaci ohledně zacházení s pomůckami, praktické nácviky v reálných podmínkách apod. Nezastupitelnost ergoterapeuta je z výsledků předloženého výzkumu zjevná.

Hodnocení situace koordinované rehabilitace a diskuze s návrhy řešení

V teoretické části byl popsán německý fázový model, avšak inspiraci lze hledat i v severských zemích či v Anglii. Například ve Švédsku je kladen důraz na komunitní praxi, kdy jsou pacienti po cévních mozkových příhodách propouštěni již po dvanácti dnech do domácí rehabilitace, přičemž mají zajištěnou domácí intervenci příslušných odborníků rehabilitačního týmu. Samozřejmostí je zhodnocení prostředí a zaměření na maximální možnou soběstačnost v místě bydliště (Nordin et al., 2015).

Model koordinované rehabilitace týmu odborníků, který dochází za klientem do vlastního sociálního prostředí, jak byl aplikován v praxi v rámci předloženého výzkumu, je z reálného pohledu zavedení do praxe možný jen v případě velké podpory ze strany zákonodárců a při změně celkového systému koordinace sféry zdravotní a sociální. Zároveň je změna situace možná v případě podpory zdravotnických a sociálních zařízení poskytujících služby koordinované rehabilitace ze strany zdravotních pojišťoven. Konkrétně formou nasmlouvání potřebných "kódů" úhrad domácí intervence příslušných odborníků a vyřešením financování cestovních nákladů. Ze strany státu je dále potřebná celková podpora poskytovatelů služeb v jejich působnosti v komunitní oblasti rehabilitace osob po poškození mozku. Zároveň by bylo vhodné hledat možnosti pro větší podporou financování z oblasti sociální sféry, jelikož se jedná o služby v domácím prostředí, které by měly mít dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přednost, jelikož *"podporují setrvání osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí"*.

Řešením by byly i denní stacionáře pro osoby po poškození mozku, jako je kupříkladu na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze v rámci Centra pro dlouhodobou rehabilitaci pacientů se získaným poškozením mozku. Klinika poskytuje jak ambulantní formu rehabilitace, tak formu denního stacionáře, přičemž má pod sebou i lůžka včasné rehabilitace. Na základě vstupního komplexního vyšetření jednotlivými členy rehabilitačního týmu je zhodnocen funkční stav osoby a je stanovena

vhodná forma terapie. Denní stacionář kliniky je určen pro dospělé pacienty s poruchami hybnosti, kognitivních a fatických funkcí. Nejčastěji se jedná o následky cévních mozkových příhod a úrazů mozku. Klinika (VFN, 2019) na internetových stránkách uvádí, že *“program je ideální jako mezistupeň mezi lůžkovou rehabilitací a návratem do domácího prostředí.”* Program je dle individuálních potřeb a cílů pacienta nastavený většinou na 4 týdny intenzivní terapie s různým podílem individuálních a skupinových aktivit. Program zahrnuje zejména fyzioterapii a ergoterapii s využitím nejrůznějších metodik, logopedii, kognitivní rehabilitaci a psychoterapii, relaxační techniky, speciálně pedagogickou reedukaci, neurologickou muzikoterapii a sociální poradenství. Důležité pro další pokračování v koordinovaném rehabilitačním procesu je, že pacientovi je při ukončení denního stacionáře na rehabilitační konferenci s účastí rehabilitované osoby a rodiny doporučen navazující krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán (VFN, 2019). Více podobných stacionářů v rámci republiky by jistě velice dobře pomohlo osobám po poškození mozku překonat jedno z nejnáročnějších období, v rámci fáze přechodu z nemocničního do domácího prostředí.

Zaměření na návrat do aktivního života má i organizace ERGO Aktiv o.p.s., která nabízí kromě služeb denního stacionáře i terénní služby, včetně ergoterapie. Funguje na bázi projektů, přičemž na stránkách uvádí konkrétní ceny za jednotlivé služby. Organizace prezentuje heslo velice blízké zaměření projektu předkládanému v této disertační práci, konkrétně: *“Učíme naše klienty, aby přestali být pacienti a vzali svůj život do svých rukou.”* (ERGOAktiv, 2024)

Bohužel organizací se zaměřením služeb podobných výše zmíněným je velice málo a mimo oblast hlavního města Prahy jsou téměř nedohledatelné.

Lze navrhnout zatím i další částečná řešení, směřující k optimalizaci situace. Ptáková (2018) uvádí ergoterapeuta v domácím prostředí klienta jako koordinátora a informátora, který poskytoval komplexní pohled na klienta docházejícího zároveň na ambulantní služby do zdravotnického zařízení. Ergoterapeut jako zaměstnanec rehabilitační kliniky, v rámci které bylo umožněno dojíždění za klientem ve výjimečných domluvených situacích, velice dobře dořešil problematiku oblasti a v domácím prostředí se zaměřil na vykonávání běžných denních aktivit a trávení volného času, přičemž nácvik právě v reálném prostředí hrál důležitou roli při dosažení terapeutických cílů.

Co se týče možností financování, ty lze hledat i přes různé projekty a granty, které ale nejsou komplexním řešením pro koordinovanou komunitní rehabilitaci v rámci státu. Často zároveň není možné z těchto projektů financovat kompletní služby a klienti jsou i tak nuceni za služby platit, jak je uvedeno i výše v případě organizace ERGOAktiv. Na základě projektů, které byly v poslední době zaměřené na osoby na psychiatrickou péči, lze zatím spíše nalézt komunitní týmy pro podporu osob s duševním onemocněním, v rámci sociální rehabilitace, např. Komunitní týmy v rámci organizace Fokus Praha, z.ú. (Fokus, 2024).

Ke zvážení bylo v rámci výzkumu ve spolupráci s ekonomem stanovit výši ekonomického zatížení. Nakonec bylo rozhodnuto, že se jedná o samostatnou oblast, které by bylo potřeba se speciálně věnovat v rámci samostatné práce, i jako zaměření či součást dalších výzkumů. Bylo by vhodné též navázat na tento Projekt GAJU 138/2016/S. Jedná se o podstatnou a důležitou oblast vzhledem k dalšímu řešení situace a zavedení koordinované komunitní rehabilitace do praxe, uzákonění problematiky, komunikace se státníky apod. Jako vzor lze odkázat na analýzu nákladů na léčbu u pacientů po cévní mozkové příhodě hospitalizovaných na jednotkách časně rehabilitace v rámci komplexních iktových center v České republice, publikovanou kolektivem odborníků Angerová et al. (2021). Autoři uvádí, že jde o první studii tohoto druhu u nás, přičemž jsou podobné informace celosvětově extrémně vzácné.

Teoretický rámec a ergoterapeutické modely v souvislosti s výzkumem

Práce je zpracována v souladu základních ergoterapeutických rámců, principů a modelů. Základem je model PEO (Law et al., 1996), popisující interakci osoba-prostředí-zaměstnávání. Tuto interakci popisuje i model CMOP (Kanadský model výkonu zaměstnávání, angl. Canadian Model of Occupational Performance), či novější CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), na který lze ještě v rámci této diskuze upozornit. V tomto modelu je osoba (jedinec a jeho spiritualita) v centru pozornosti a je na ní kladen větší důraz, v porovnání s modelem PEO, kdy jsou všechny tři složky ve vzájemné interakci a na stejné úrovni, tudíž i facilitátoty a bariéry jsou v modelu PEO řešeny stejně pro všechny tyto tři složky (Polatajko et al., 2007).

V předkládané práci je hodnocení prováděno v souvislosti s hlavními doménami ergoterapeutické praxe dle “Occupational Therapy Practice Framework – Domain and

Process” (AOTA, 2014 a AOTA, 2020), přičemž jsou výstupy vztažené k aktuální situaci ve zdravotnictví a sociální oblasti v České republice. V práci je citováno třetí i čtvrté vydání dokumentu. Novější zpracování je sice aktuálnější v určitých specifických oblastech pro odbornou veřejnost ergoterapeutů a pro studijní účely, ale některé obrázky, na kterých lze velice názorně vysvětlit oblasti a proces ergoterapie, jsou již v revidovaném zdroji vyjmuty či nahrazeny jinými. Tato práce má snahu oslovit i další odbornosti z oblasti koordinované rehabilitace.

Vzájemný úzký vztah osoby, prostředí a zaměstnávání a vliv na celkovou spokojenost jedince znázorňuje podrobněji pak model MOHO, “The Model of Human Occupation” (Kielhofner, 2008). Prezentované modely podporují výsledky předkládané práce a význam prostředí, na které byl v rámci ergoterapeutické intervence u klientů kladen velký důraz. Výsledkem v této oblasti je graf četnosti bariér a facilitátorů, které měly u respondentů významný vliv na jejich soběstačnost a kvalitu života nejen v domácím prostředí, ale i v celém komunitním fungování, jelikož souvisí i se zapojením do dalších významných aktivit, např. volný čas. Posléze v další fázi by mohly být řešeny i v souvislosti s pracovním začleněním. Oblast pracovní a předpracovní rehabilitace nebyla v projektu do hloubky řešena vzhledem k omezenému času intervence stanovenému na 3 měsíce intenzivní spolupráce. Klienti však dostali potřebné informace, bylo provedeno poradenství v této oblasti a předány kontakty na návazné služby. Zároveň není tato oblast opomenuta ani v teoretické části práce, zmíněné jsou důležité postupy, možnosti a služby.

Pro praxi je ještě vhodné zmínit v souvislosti s ergoterapeutickými modely i hodnocení COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) překládáno jako Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (Law et al., 2014). Hodnocení je založeno na výše zmíněném Kanadském modelu výkonu zaměstnávání (CMOP). Ve světovém měřítku se v ergoterapii jedná o nejpoužívanější hodnocení výkonu, které umožňuje identifikovat každodenní problémy, a určovat jejich důležitost vzhledem k jejich omezující povaze pro výkon v každodenním životě. Hodnocení se zaměřuje na výkon ve všech oblastech života, včetně péče o sebe, volného času a produktivity a je vhodné pro použití u všech věkových kategorií (COPM, 2024). Výhodou je, že hodnocení bylo přeloženo i do češtiny (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Lze ho doporučit též u osob po poškození mozku. Kupříkladu jeho využívání uvádí i výše zmiňovaná organizace ERGOaktiv (2024). Jiný

příklad využití lze uvést na studii Grasso et al. (2023). Analýza dat pomocí párových t-testů odhalila statisticky významné zvýšení výkonnosti COPM a hodnocení spokojenosti při porovnání hodnocení před a po indikaci úprav v domácnosti. Jednalo se o 54 různých typů doporučení ve 12 kategoriích, s cílem podpory výkonu pADL nebo iADL. 129 doporučení bylo v souvislosti s výkonem v pADL, zatímco 42 se týkalo iADL. Hodnocení COPM v tomto výzkumu pomohlo ergoterapeutům určit upřednostňované oblasti pracovního výkonu u devíti účastníků (koupání = 9, mobilita po schodech = 9, toaleta = 7, příprava jídla = 6, mobilita na lůžku = 3, přístup k domácím věcem = 3). Hodnocení COPM umožňuje ve finále zhodnotit problémové oblasti výkonu zaměstnávání, a navíc konkrétně ohodnotit v těchto oblastech výkon a spokojenost na škále 1-10 (nejhorší – nejlepší). Hodnotí se různé aktivity, klient přiřadí jejich důležitost a celkové pořadí, na základě kterého je jasně stanovené, co je pro klienta podstatné v rámci vykonávaných běžných denních, volnočasových či pracovních aktivit. Velice dobře lze na základě hodnocení nastavit cíle terapie. Pro další přidanou hodnotu výzkumu, efektivnější nastavení cílů a posléze i pro jejich finální zhodnocení či kvantifikaci výsledků terapie by bylo vhodné toto hodnocení využít v podobných projektech, jako je výzkum předkládaný v této disertační práci.

V tomto výzkumu bylo rozhodnuto pro subjektivní hodnocení využít nástroj WHODAS 2.0, který rovněž nasměroval na vhodné terapeutické cíle a velice dobře umožnil klientům zhodnotit kvalitu života v jednotlivých oblastech. Tento nástroj, stejně jako například některé ergoterapeutické modely či konkrétně též základní rámec ergoterapeutické praxe “Occupational Therapy Practice Framework – Domain and Process” (AOTA, 2014; AOTA, 2020), vychází z principů a definic Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008), která provázela i celou tuto disertační práci a je v aktualizované podobě dostupná na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2020).

7 Závěry a doporučení pro praxi

Vzhledem k incidenci, závažnosti a následkům onemocnění, které mohou výrazně ovlivnit participaci jedince v každodenním životě, vyžaduje získané poškození mozku velkou pozornost. Včasná a koordinovaná interprofesní rehabilitace, která je zároveň kontinuální a návazná v různých fázích procesu, pomáhá těmto osobám v dosažení optimální kvality života a minimalizuje následky onemocnění. Významná je především fáze přechodu z institucionálního do domácího prostředí, ve které je obzvláště podstatné zaměření na propojení zdravotní a sociální složky rehabilitace. I navzdory přetrvávající fragmentaci systému lze hledat dostupná řešení k optimalizaci procesu, jak bylo popsáno i v této disertační práci.

Zhodnocení naplnění cílů práce

Na základě stanoveného hlavního cíle práce byl v praxi ověřený a popsáný vliv propojení zdravotně-sociální rehabilitace, na míru soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku, se zaměřením na sociální začlenění jedince do jeho běžného prostředí. Propojení zdravotně-sociální rehabilitace zprostředkoval ergoterapeut ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Začlenění klientů do běžného prostředí výrazně pomohla evaluace bytu ergoterapeutem, který indikoval bariéry a navrhoval facilitátory.

Vliv koordinované intervence a propojení zdravotně-sociální rehabilitace byl zhodnocen kvalitativně a zároveň statistickým testováním byly potvrzeny hypotézy. Tímto lze konstatovat, že “na základě koordinované rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku se zvýší jejich soběstačnost”.

Byla potvrzena pracovní hypotéza H₁ s výsledným tvrzením: “*skóre při závěrečném hodnocení testem FIM (po ukončení koordinované 3měsíční intervence) vykazuje statisticky významné zlepšení na hladině významnosti 5%, i na hladině významnosti 1%, v porovnání se skórem FIM dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klienta.*” Nebylo prokázáno zlepšení od 3. do 6. měsíce, tedy po ukončení koordinované tříměsíční intervence, přičemž dle statistického testování zároveň nedošlo ani ke zhoršení. Zároveň byla potvrzena pracovní hypotéza H₂, kdy můžeme tvrdit, že “*skóre při závěrečném hodnocení testem WHODAS 2.0 vykazuje statisticky významné zvýšení kvality života na hladině významnosti 5%, v porovnání*

se skórem WHODAS 2.0 dosaženým při vstupním vyšetření na začátku intervence ergoterapeuta v domácím prostředí klientů.” Na hladině významnosti 1% se rozdíly nepodařilo prokázat. Zároveň následné rozdíly mezi 3. měsícem a 6. měsícem, tedy po ukončení koordinované tříměsíční intervence, jsou jednoznačně statisticky nevýznamné.

Zároveň byly naplněny i jednotlivé dílčí cíle práce, konkrétně:

1. Byly popsány diagnosticko-terapeutické metody, které může používat ergoterapeut u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí k dosažení optimální kvality jejich života, a to na základě výzkumu v kombinaci s dostupnou literaturou a praktickými zkušenostmi výzkumníka.
2. Bylo posouzeno domácí prostředí každého klienta z hlediska bezbariérovosti, byly navrženy vhodné facilitační prostředky a úpravy bytu pro dosažení optimální soběstačnosti a zlepšení kvality života v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku s důrazem na úzkou spolupráci se sociálním pracovníkem. V rámci kvalitativní části výzkumu byla zpracována analýza s výstupem četnosti bariér a facilitátorů. Byly popsány možnosti řešení situace klientů, od možných jednoduchých a finančně nenáročných úprav, přes komplexnější bezbariérové řešení až po přestěhování do bezbariérového bytu.
3. Práce obsahuje návrhy řešení, které mohou být nápomocné ergoterapeutům a v širším kontextu i ostatním odborníkům interprofesního týmu (fyzioterapeut, sociální pracovník) a umožní jim pracovat s klientem v domácím prostředí. Tyto návrhy jsou popsány jak v teoretické části práce, tak v praktických výstupech a zároveň jsou i finálně rozebírány v diskuzi.

Hlavním praktickým výstupem je vytvořená metodika ergoterapie uvedena jako Příloha 8, která je rozdělena do 4 hlavních částí na (1) metodiku ergoterapie v domácím prostředí, (2) metodiku evaluace bytu, (3) manuál k facilitačním prostředkům a (4) návrh postupu k dosažení implementace práce interprofesního rehabilitačního týmu do komunitní praxe (zpracování reálného propojení zdravotně-sociální rehabilitace). Metodika byla zpracována s cílem podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

Doporučení do praxe

Na základě provedeného výzkumu je zde finálně uvedeno doporučení do praxe ve formě “Desatero” se zaměřením na úlohu ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku.

1. Diagnosticko-terapeutické metody ergoterapeuta u klientů se získaným poškozením mozku by měly obsahovat zaměření na běžné denní aktivity (ADL), dále na bariéry prostředí, bezpečnost a prevenci, jemnou motoriku a grafomotoriku, mobilitu a lokomoci. Velice podstatné je též cílení na volnočasové aktivity, začlenění do zaměstnání a do komunity. Běžnou praxí je využití modelových činností k diagnostice i terapii, poradenství a instruktáž, různé kompenzační strategie, kognitivní trénink, fyzické či verbální vedení, metody k posílení psychické a fyzické kondice, motivační strategie a aplikace neurovývojových přístupů.

2. Naprosto nepostradatelnými facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či kontakt na dálku. V rámci identifikace bariér by měla být zvýšená pozornost věnována zejména vstupu do obydlí, schodům v interiéru i exteriéru, případně výtahu, dále koupelně a toaletě. Velice častou a neopomenutelnou součástí indikace facilitátorů je zaměření na instalaci madel, vhodné zábradlí u schodů a adekvátní pomůcky k mobilitě a lokomoci, či v neposlední řadě drobné pomůcky k soběstačnosti. Jako funkční řešení je ke zvážení přestěhování do bezbariérového bydlení, ve spolupráci se sociálním pracovníkem.

3. Propojení sociální a zdravotní složky koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku je ve fázi přechodu z institucionálního do domácího prostředí klíčová. V tomto ohledu jsou klíčovými odborníky ergoterapeut a (zdravotně)sociální pracovník.

4. Koordinovaná rehabilitace s důrazem na propojení zdravotní a sociální složky cílí na zlepšení orientovanosti klientů ve službách, zefektivnění sociálních služeb a podpor a umožňuje plynulejší a rychlejší návrat osob se získaným poškozením mozku do běžného života.

5. Na základě kvantitativních ukazatelů hodnocených jako pilotní studie se jeví koordinovaná komunitní rehabilitace jako efektivní ve smyslu zvýšení soběstačnosti osob se získaným poškozením mozku s dopadem na snížení potřebné míry dopomoci či dohledu druhé osoby o 1-2 hodiny denně (dle FIM), při zajištění intervence v prvních

třech měsících po propuštění do domácího prostředí. Další návaznost je velice žádoucí minimálně pro udržení efektu.

6. V případě, že nejsou zajištěny další návazné komunitní služby v rámci koordinované rehabilitace, osoby po získaném poškození mozku se v dlouhodobém horizontu zhoršují (ze subjektivního hlediska a na základě hodnocení kvality života, dle WHODAS 2.0).

7. Při hodnocení domácího prostředí je významnou složkou nejen prostředí fyzické, ale i prostředí sociální, zejména sociální vazby, osobní vztahy, rodina a kontakty na osoby blízké.

8. Podstatou vzájemné spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně)sociálního pracovníka je kooperace při řešení bezbariérových úprav prostředí, včetně kompenzačních pomůcek financovaných ze sociální složky a vzájemná interakce v rámci šetření ohledně dalších příspěvků a podpor pro adekvátní stanovení funkčních schopností a disability klienta.

9. Potřeby osob po získaném poškození mozku jsou s odstupem tří a více let po prodělaném onemocnění související s vnímáním důležitosti návazné rehabilitace vzhledem k potřebě udržení zdravotního stavu, psychické podpory a odpoutání od nemoci.

10. Koordinovaný týmový přístup v domácím prostředí je osobami po poškození mozku hodnocen pozitivně z hlediska potřebné návaznosti rehabilitace v čase návratu do domácího prostředí i ze sociální stránky a potřebné psychické podpory. Ergoterapeut, fyzioterapeut i (zdravotně)sociální pracovník má v tomto ohledu svoje nezastupitelné místo.

Doporučení pro další výzkum

V rámci výzkumu již nebylo možné vzhledem k rozsahu výstupů a dat věnovat se dalším důležitým oblastem, např. ve spolupráci s ekonomem stanovit výši ekonomického zatížení. Proto by bylo vhodné věnovat se tomuto v rámci samostatné práce či jako součást dalších výzkumů.

Na projekt lze na základě výstupů z výzkumu velice dobře navázat vzhledem k dalšímu řešení problematické situace a zavedení koordinované komunitní rehabilitace do praxe, včetně snahy či návrhům na uzákonění problematiky a komunikace s úřady, státníky či

odbornou veřejností. Komunikace se zdravotními pojišťovnami na základě předložení praxe založené na důkazech by mohlo být v řešení situace velice nápomocné.

Lze doporučit podobně zaměřené výzkumy i pro jinou populaci, např. rodiny s dětmi s disabilitou, u seniorů, či speciálně se zaměřením na osoby s demencí, další specifické diagnózy, jako například pacienty s diagnózou roztroušená skleróza, osoby po polytraumatu, osoby s onkologickou problematikou apod.

Velice důležitá je též problematika prevence, jak bylo popsáno v německém systému rehabilitace. Dle vzoru z této či jiných, kupříkladu severských zemí, je možná prvotní aplikace do praxe například ve formě pilotních projektů.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ACLAN, R., George, S., Laver, K., 2023. Common home hazards among healthy older aged adults and potential modifications required for age-friendly housing. *Aust Occup Ther J.* 71(2), 213-225. DOI: 10.1111/1440-1630.12918.
2. AINSWORTH, E. et al., 2023. “Understanding home modification outcomes from the perspective of older people and people with a disability: informing home modification evaluation.” *Disability and Rehabilitation.* 45(24), 4101-4110. DOI: 10.1080/09638288.2022.2146765.
3. AMIRI, J.S., ZABIHI, A., AZIZNEJAD, R. P. et al., 2013. Fall at home and its related factors among the elderly in Babol City Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 15, 95–101.
4. AOTA, American Occupational Therapy Association, 2013. Environmental Modification Specialty Certification Occupational Therapist: Critical Reasoning Scenario Assessments – Criterion 6. In: *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://bit.ly/2NEJofm>
5. AOTA, American Occupational Therapy Association, 2014. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl . 1), S1– S48. DOI: 10 .5014/ajot .2014 .682006.
6. AOTA, American Occupational Therapy Association, 2020. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4rd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 2020, Vol. 74(Supplement_2), 7412410010p1–7412410010p87. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
7. ASOCIACE UCELENÉ REHABILITACE, 2024. *Koordinovaná rehabilitace* [online] [cit. 2024-08-12]. Dostupné z: <https://www.aurcr.cz/ucelena-rehabilitace/soucasny-stav-web-mpsv/>
8. BAILEY, C., AITKEN, D., WILSON, G., HODGSON, P., DOUGLAS, B., & DOCKING, R., 2019. “What? That’s for old people, that.” Home adaptations, ageing and stigmatisation: A qualitative inquiry. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 16(24), 4989. DOI: 10. 3390/ijerph16244989 .
9. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. [cit. 2022-07-14]. Dostupné z: <https://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1008.pdf>.

10. BAR, M. a TOMEK, A., 2020. Organizace iktové péče v České republice. *Neurol. Praxi*. 21(3), 176–180. Dostupné z:
<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2020/03/02.pdf>
11. BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M., 2016. The mini-mental state examination: Czech norms and cutoffs for mild dementia and mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 42(1-2): 50-58. DOI: 10.1159/000446426.
12. BERG, K., WOOD-DAUPHINEE, S. L., WILLIAMS, J. I., MAKI, B., 1992. Measuring Balance in the Elderly: Validation of an Instrument. *Canadian Journal of Public Health*. 83(2): 7-11.
13. BENDER, A., ADRION, C., Fischer L, Huber M, Jawny K, Straube A, Mansmann U. Long-term Rehabilitation in Patients With Acquired Brain Injury. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 Sep 23;113(38):634-641. doi: 10.3238/arztebl.2016.0634. PMID: 27743470; PMCID: PMC5078863.
14. BENDO VÁ, M., 202X. *Potřeby klientů a jejich rodin po získaném poškození mozku z pohledu koordinované rehabilitace*. Č. Budějovice, disertační práce (PhD.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
15. BOOKINGHEALTH.COM, 2024. *Neurological Rehabilitation Clinic RehaNova Cologne* [cit. 2024-08-17]. Dostupné z: bookinghealth.com/rehanova-hospital-cologne
16. BRUTHANS, J., 2019. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod v ČR. *CMP Journal*. [online]. (1), 2571-1253. ISSN 2571-1253. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cmp-journal/2019-1/epidemiologie-a-prognoza-cevnich-mozkovych-prihod-v-cr-106864>
17. BRYNDZIAR, T., ŠEDO VÁ, P., MIKULÍK, R., 2017. Stroke Incidence in Europe – a Systematic Review. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 80 (2), 180-189. DOI:10.14735/amcsnn2017180.
18. CAMPANI, D., CARISTIA, S., AMARIGLIO, A., et al., 2021. IPEST Working Group. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs*. 38:493–501. DOI: 10.1111/phn.12852.
19. COPM, 2024. *About The COPM* [online]. [cit. 2024-08-17]. <https://www.thecopm.ca/about/>

20. CLEMSON, L., STARK, S., PIGHILLS, A.C., FAIRHALL, N.J., LAMB, S.E., ALI, J., SHERRINGTON, C., 2023. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD013258. DOI: 10.1002/14651858.CD013258.pub2.
21. CUSTODIUM, 2024. *Domáci zdravotní péče EZRA* [online] [cit. 2024-08-12]. Dostupné z: <https://www.custodium.cz/zarizeni/domaci-zdravotni-pece-praha-ezra/>
22. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ, 2008. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání. ISBN 978-80-254-2744-6 z anglického originálu Law, M, Baptiste, S., McRoll, M.A., Polatajko, H., Pollock, N., 2005. *COPM - Comprehensive Occupational Therapy Evaluation*, Ottawa: CAOT Publications ACE, 2005.
23. ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online] [cit. 2024-07-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
24. ČESKO, 2006. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online] [cit. 2023-07-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
25. DUFEK, M. 2002. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína* [online]. 6, 5-10. [cit. 2023-07-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf>
26. EK, A. S., HOLMSTROM, CH., ELMERSTIG, E., 2022. Sexuality >1 year after brain injury rehabilitation: A cross-sectional study in Sweden. *Brain Injury*. 37(1), 1-13. DOI: 10.1080/02699052.2022.2145358.
27. ERGOAKTIV, 2024. *ERGO Aktiv, Centrum neurorehabilitace pro osoby se získaným poškozením mozku* [online]. [cit. 2024-08-27]. Dostupné z: <https://www.ergoaktiv.cz/o-nas/>
28. FISHER, G. S., EWONISHON, K., 2006. Cougar Home Safety Assessment- Version 4.0. Misericordia University, Dallas, PA. Dostupné z: http://www.misericordia.edu/uploaded/documents/academics/ot/ot_research/home_safety/ot_finalcougar07.pdf
29. FLORENCE, 2015. *Záměry MPSV v oblasti zdravotně-sociální péče* [online] [cit. 2024-08-26]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/76114/64000>

30. FOKUS, 2024. *Centra duševního zdraví a komunitní týmy* [online] [cit. 2024-08-27]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/co-delame/sluzby-pro-lidi-s-dusevnim-onemocnenim/centra-dusevniho-zdravi-a-komunitni-tymy/>
31. FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., McHUGH P. R., 1975. „Mini-mental state“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12(3): 189-98.
32. FREYA, ©2024. *Freya – Institut sexuality*, [cit. 2024-08-25]. Dostupné z: <https://www.freya.live/cs>
33. GERDES, N., ZWINGMANN, Ch., JACKEL, W. H., 2006. The system of rehabilitation in Germany. *Research in rehabilitation.* p. 3-19. Publisher: Schattauer. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/239572127>.
34. GITLIN, L. N., SCHINFELD, S., CORCORAN, M., BOYCE, A. A., HAUCK, W., 2002. Evaluating home environments of persons with dementia: interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). In: *Disability and Rehabilitation.* 24(1-3), 59-71. DOI: 10.1080/09638280110066325.
35. GRASSO, A. Y., MURPHY, A., & ABBOTT-GAFFNEY, C., 2023. The Impact of a Two-Visit Occupational Therapy Home Modification Model on Low-Income Older Adults. *The Open Journal of Occupational Therapy.* 11(1), 1-9. DOI: 10.15453/2168-6408.2047.
36. HÖMBERG in HEMPLER, I., WOITHA, K., THIELHORN, U. et al., 2018. Post-stroke care after medical rehabilitation in Germany: a systematic literature review of the current provision of stroke patients. *BMC Health Serv Res.* 18, 468. DOI: 10.1186/s12913-018-3235-2.
37. HUGHES, J. et al., 2016. Occupational therapy roles and responsibilities: Development of a standardised measure of time use for staff working with adults in community settings. *British Journal of Occupational Therapy,* 79(6) 336-344, DOI: 10.1177/0308022616640298.
38. CHANDLER, J.M., DUNCAN, P.W., WEINER, D. K., STUDENSKI, S. A., 2001. Special Feature: The Home Assessment Profile – A Reliable and Valid Assessment Tool. In: *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 16(3), 77-88. ISSN 0882-7524.
39. CHIU, T., et al. 2006. Safety Assessment of Functional and the Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER-HOME), Version 3 manual. Toronto, ON: COTA Health.

40. CHOI, J. S., KANG, D. W., SEO J. W., KIM, D. H., YANG S. T., TACK, G. R. 2016. The development and evaluation of a program for leg-strengthening exercises and balance assessment using Kinect. *Journal of Physical Therapy Science*. 28(1), 33-37. ISSN 0915-5287. Doi:10.1589/jpts.28.33.
41. CHIATTI, C., IWARSSON, S., 2014. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 21(5), 323-333. DOI: 10.3109/11038128.2014.900109.
42. CHUMNEY, D., NOLLINGER, K., SHESKO, K., SKOP, K., SPENCER, M., NEWTON, R. A., 2010. Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 47(1), 17-29. DOI:10.1682/jrrd.2009.08.0140.
43. IWARSSON, S. et al. 2011. The Housing Enabler Screening Tool: Feasibility and Interrater Agreement in a Real Estate Company Practice Context. In: *Journal of Applied Gerontology* [online]. 2011. roč. 31, č. 5, s. 641–660 [cit. 2018-09-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0733464810397354>
44. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
45. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2007. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online]. ČAE [cit. 2023-05-08]. Dostupné z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
46. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 9788073675837.
47. JELÍNKOVÁ, J., 2023. *Poradenství v ergoterapii*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-5501-7.
48. JIRÁSEK, T., KRŠKOVÁ, L., DOLINOVÁ, I., ŠVAJDLER, M., VÍCHA, A., HERMANOVÁ, M., ZÁMEČNÍK, J., 2022. Novinky ve WHO klasifikaci nádorů centrálního nervového systému. *Česko-slovenská patologie*. 58(3), 126-134.
49. KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-26-0.
50. KASHKOSH, R., GRINGAUZ, I., WEISSMANN, J., JUSTO, D., 2020. [FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE SCALE SCORES IN SEVERELY DEPENDENT OLDER ADULTS UPON REHABILITATION COMPLETION

- FOLLOWING HIP FRACTURE]. *Harefuah*. 159(9), 639-644. Hebrew. PMID: 32955804.
51. KEGLOVITS, M. CLEMSON, M., HU, Y. L. et al., 2020. A scoping review of fall hazards in the homes of older adults and development of a framework for assessment and intervention. *Aust Occup Ther J*. Oct; 67(5), 470-478. DOI: 10.1111/1440-1630.12682. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32648268.
52. KIELHOFNER, G., 2008. *A Model of Human Occupation: Theory and Application*, 4th edn, published by Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
53. KLUSOŇOVÁ, E., 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
54. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce - jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1764-6.
55. KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
56. KÖRNER, M., 2010. Interprofessional teamwork in medici rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary teamapproach. *Clinical Rehabilitation*. 24(8), 745-755 DOI: 10.1177/0269215510367538.
57. KRÁLOVÁ, K., GUEYE, T., ŠVESTKOVÁ, O. 2019. Ergoterapeutická intervence na lůžkách včasné rehabilitace ovlivňuje soběstačnost i délku hospitalizace. *Rehabil. fyz. Lék.*, 26(1), 5-16.
58. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
59. KRIVOŠÍKOVÁ, M., KRULOVÁ, A. in UZIS, 2017. *Funkční míra nezávislosti – měřicí nástroj v posouzení soběstačnosti*. [cit. 2024-08-18]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/file/akce/20171107-klasifikon/2017-11-07-15_krulova.pdf
60. KROGAGER, M. M., BASTRUP, J. L., FROM, M., AADAL, L., PALLESEN, H., 2020. *The temporality of uncertainty in decision-making and treatment of severe brain injury*. *PLoS ONE*. 15(10), e0238506. DOI: 10.1371/journal.
61. KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
62. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Přeložil KRÁLOVEC, J., 2015. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

63. LAW, M., BAPTISTE, S., McCOLL, M. A., POLATAJKO, H., POLLOCK, N., 2014. *Canadian Occupational Performance Measure Manual*. Canada: CAOT Publications ACE. 5th Edition. 56 p.
64. LAW, M., COOPER, B., STRONG, S., STEWARD, D., RIGBY, P., LETTS, L., 1996. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1), 9-23. DOI:10.1177/000841749606300103.
65. LIEN, L.L., STEGGELL, C., teggell, C.; SLAUG, B., IWARSSON, S., 2015. Assessment and analysis of housing accessibility: Adapting the environmental component of the housing enabler to United States applications. *J. Hous. Built Environ.* 31, 565-580. DOI:10.1007/s10901-015-9475-0.
66. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-317-6.
67. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2012. Fázový model neurorehabilitace. *Cesk Slov Neurol N.* 75/108(6), 689–693. Dostupé z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-6-1/fazovy-model-neurorehabilitace-38947/download?hl=cs>
68. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.
69. LIŠKOVÁ, K. et al., 2014. *Neurorehabilitace – jak se zorientovat? Příručka pro osoby se získaným poškozením mozku a jejich rodiny*. Praha: Erudis.
70. LOHSE, K. R., LANG, C. E., BOYD, L. A., 2014. *Is More Better? Using Metadata to Explore Dose–Response Relationships in Stroke Rehabilitation*. *Stroke*, 45(7), 2053-2058. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.004695.
71. LYTRAS, D., SYKARAS, E., IAKOVIDIS, P., KASIMIS, K., MYROGIANNIS, I., KOTTARAS, A., 2022. “Recording of Falls in Elderly Fallers in Northern Greece and Evaluation of Aging Health-Related Factors and Environmental Safety Associated with Falls: A Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*. DOI: 10.1155/2022/9292673.
72. MAHONEY, F.I., BARTHEL, D., 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*, 14, 56-61. Musculoskeletalkey.com, 2016. *The Model of Human Occupation* [cit. 2024-08-2020]. Dostupné z: <https://musculoskeletalkey.com/the-model-of-human-occupation/>

73. MACHÁČOVÁ, K. et al., 2014. *SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: ILA, s.r.o.
74. MARKLE-REID, M. et al., 2011. Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. *CANADIAN JOURNAL OF NEUROLOGICAL SCIENCES* [online]. 38(2), 317-334. ISSN 03171671. DOI: 10.1017/s0317167100011537.
75. MARŠÁLEK, P., ŠVESTKOVÁ, O., JANEČKOVÁ, M. et al., 2011. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku* [online]. CEREBRUM [cit. 2024-05-08]. ISBN 978-80-904357-5-9.
76. MATĚJKOVÁ, A., 2018. *Koordinovaná rehabilitace z pohledu pacienta po poškození mozku a členů multidisciplinárního týmu*. Č. Budějovice, diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
77. MEIER, R. 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Přeložil VRBOVÁ, D. Vedení lidí v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2308-2.
78. MENDOZA-HOLGADO, C., MENDOZA-HOLGADO, C. GARCIA-GONZÁLEZ, I., LÓPEZ-ESPUELA, F., 2024. Digitalization of Activities of Daily Living and Its Influence on Social Participation for Community- Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *Healthcare*. 12, 504. DOI: 10.3390/healthcare12050504.
79. MICHALČINOVÁ, K., JENÍČEK, J., ROGALEWICZ, V., JAKOVCOVÁ, K., KEJHOVÁ, E., KUŽELKOVÁ, A, SLÁMOVÁ., A., ANGEROVÁ, Y., 2022. Česká verze nástroje Mini-BESTest a doporučení pro jeho klinické použití. *Cesk Slov Neurol N*. 85(1), 49-58. DOI: 10.48095/cccsnn202249
80. MOKRUSCH, T., 2021. The team in neurological rehabilitation. *Neurologie und Rehabilitation*. 27(4): 215–222. DOI: 10.14624/NR2104001.
81. MOORE, M., BARKER, K., 2017. The validity and reliability of the four square step test in different adult populations: a systematic review. *BioMed Central* 6(1), 187. DOI: 10.1186/s13643-017-0577-5.
82. MPSV, ©2024. *Příspěvek na péči*, [cit. 2024-08-17]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>
83. MPSV, 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2024-07-20]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z:

- https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee
84. MUSCULOSKELETALKEY.COM, 2016. *The Model of Human Occupation* [cit. 2024-08-20]. Dostupné z: <https://musculoskeletalkey.com/the-model-of-human-occupation/>
 85. NA'EMANI, F., ESMAIL, Z. M., SOHRABI, Z. et al., 2019. Prevalence of risk factors for falls among the elderly receiving care at home. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 13: 638–651.
 86. NASTASI, B. K., HITCHCOCK, J., SARKAR, S., BURKHOLDER, V. G., VARJAS, K., & JAYASENA, A., 2007. Mixed Methods in Intervention Research: Theory to Adaptation. *Journal of Mixed Methods Research*. 1(2), 164-182. DOI: 10.1177/1558689806298181.
 87. NORDIN, A., SUNNERHAGEN, K. AXELSSON, A., 2015. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC NEUROLOGY*, 15(235). DOI: 10.1186/s12883-015-0492-0.
 88. NZIP, 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2024-08-27]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>
 89. Pece.cz, ©2024. *Vše, co potřebujete vědět o příspěvku na péči*, [cit. 2024-08-25]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/vse-co-potrebuje-vedet-prispevku-peci.html>
 90. PLAMÍNEK, J., 2008. *Vedení lidí, týmů a firem: Praktický atlas managementu*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2448-5.
 91. PLAMÍNEK, J., 2009. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2796-7.
 92. PODSIADLO, D., RICHARDSON, S., 1991. The Timed "Up & Go": a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 39(2): 142-148.
 93. PODZEMNÁ, D., 2019. *Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku. Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Diplomová práce, vedoucí Krulová, Anna. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze.

94. POLATAJKO, H. J., TOWNSEND, E. A. & CRAIK, J., 2007. *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. E. A. Townsend & H.J. Polatajko, Eds. Ottawa, ON: CAOT Publications PTAKOVÁ ACE. p. 22-36.
95. PONSFORD, J., 2004. *Rehabilitation following traumatic brain injury and cerebrovascular accident*. In J.Ponsford (Ed.), *Cognitive and behavioral rehabilitation: From neurobiology to clinical practice*, New York (NY). Guilford Press. 299-342 pp.
96. PRÁŠKOVÁ, A., 2018. *Koordinovaná rehabilitace a její realizace v organizacích pomáhajících osobám po poškození mozku v Českých Budějovicích*. Č. Budějovice, diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
97. PTAKOVÁ, S., 2019. *Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku*. Diplomová práce, vedoucí Krulová, Anna. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze.
98. PUTTHINOI, S., LERSILP, S., CHAKPITAK, N., 2017. Home Features and Assistive Technology for the Home-Bound Elderly in a Thai Suburban Community by Applying the International Classification of Functioning, Disability, and Health. In: *Journal of Aging Research*. DOI: 10.1155/2017/2865960. Dostupné z: <https://bit.ly/2L6HENh>
99. RANDRTRÖM, K. B., ASPLUND, K., SVEDLUND, M., 2012. Impact of environmental factors in home rehabilitation - a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. In: *Disability & Rehabilitation*. 34 (9), 779-787. DOI: 10.3109/09638288.2011.619621.
100. ROWLAND, T. J., COOKE, D. M., GUSTAFSSON, L. A., 2008. Role of occupational therapy after stroke. *Ann Indian Acad Neurol*. 11(Suppl 1), 99-107. PMID: PMC9204113.
101. SCHNEIDER E. J., 2016. Increasing the amount of usual rehabilitation improves activity after stroke: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), 182-187. DOI: 10.1016/j.jphys.2016.08.006.

102. SLÁDKOVÁ, P., 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-4986-3.
103. SLÁDKOVÁ, P., HREHOVÁ, L., 2023, *Posudková problematika pro oblast sociálního zabezpečení ve všeobecném praktickém lékařství: Otázky a odpovědi z praxe*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-5579-6.
104. SLÁDKOVÁ, P & UZIS, 2016. *WHODAS 2.0 (Czech Translation)*. [online]. In. Praha: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic. [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule>
105. SMRČKA, M., 2001. *Poranění mozku*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9820-2.
106. SOKLARIDIS, S., ROMANO, D., FUNG, W. L. A., MARTIMIANAKIS, M. A., SARGEANT, J., CHAMBERS, J. et al., 2017. Where is the client/patient voice in interprofessional healthcare team assessments? Findings from a one-day forum. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 122–124. DOI: 10.1080/13561820.2016.1233393.
107. STIBOROVÁ, A., 2017. Funkční míra nezávislosti a Míra hodnocení funkčního stavu (FIM+FAM) jako nástroj pro hodnocení funkčního stavu v neurorehabilitaci. *Neurol. Praxi*, 18(5): 330–333.
108. STUHLÍK, J., 2002. *Asertivní komunitní léčba a case mangement*. Praha: Fokus Praha.
109. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., NIKOLAI, T., LUKAVSKÝ, J., BEZDÍČEK, O., VRAJOVÁ, M., KOPEČEK, M., 2015. Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Cesk Slov Neurol*. 78/111(1): 57-63.
110. ŠVESTKOVÁ, O., 2013. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. 14(3): 136–139. ISSN 1803-5280.
111. ŠVESTKOVÁ, O., SVĚCENÁ, K., 2014. Ergoterapie jako součást interprofesní rehabilitace. *Rehabilitacia*. 51(3). pp176-191.
112. ŠVESTKOVÁ, O., 2015. Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 22 (1): 38-44. ISSN 1211-2658.
113. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0084-2.
114. TEMPEST, S., HARRIES, P., KILBRIDE, C., DE SOUZA, L., 2012. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary

- team in England. In: *Disability & Rehabilitation* [online]. 34 (20), 1686-1694. DOI: 10.3109/09638288.2012.658489.
115. THORDARDOTTIR, B., CHIATTI, C., EKSTAM, L., MALMGREN, F. A., 2016. Heterogeneity of Characteristics among Housing Adaptation Clients in Sweden—Relationship to Participation and Self-Rated Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 13, 91; DOI:10.3390/ijerph13010091.
116. TOMITA, M. R. et al., 2011. *Home Safety Self- Assessment Tool (HSSAT)*. [online]. University at Buffalo: New York. [cit. 2024-06-14]. Dostupné z: HSSATv.3.pdf (tompkinscountyny.gov)
117. UZIS, 2017. *Barthelové index základních všedních činností (BI)* [online] [cit. 2024-06-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/barthelove-test/barthelove-test-zakladni-20180525.pdf>
118. ÚZIS, 2020. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) – 2. české vydání. [online]. [cit. 2024-08-14]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8317>
119. ÜSTÜN, T. B., KOSTANJSEK, N., CHATTERJI, S., REHM, J. & WHO, 2010. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
120. VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2712-434-3.
121. VEERBEEK, J. M., VAN WEGEN, E., VAN PEPPEN, R., VAN DER WEES, P. J., HENDRIKS, E., RIETBERG, M., KWAKKEL, G., QUINN, T. J., 2014. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9(2), 1-33. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.
122. VĚSTNÍK MZ ČR, 2010. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice, 2010. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 2, s. 2-10.
123. VFN, 2019. *Klinika rehabilitačního lékařství* [cit. 2024-08-25]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-rehabilitacniho-lekarstvi/specializovana-centra/>
124. VOLNÝ, O. et al., 2016. *Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu*. [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně: Tiskárna Kleinwächter

- Frýdek-Místek, První vydání. [cit. 2024-08-14]. ISBN 978-80-906616-0-8. Dostupné z: https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Pruvodce_CMP.pdf
125. VOŠOBA, P., 2001. *Firemní inteligence: zdroje a efekty ve firmě*. Praha: Ekopress. ISBN 80-86119-42-4.
126. VOTAVA, J., 2017. Pohybová soustava z klinického hlediska – část speciální. In *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada. Kapitola 3., s. 173-197. ISBN 978-80-271-0084-2.
127. VOTAVA, J., 2001. Rehabilitace osob po CMP. *Neurologie pro praxi* [online]. 4, 184-189. [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>
128. VYHLÁŠKA č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
129. VYHLÁŠKA č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
130. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
131. VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
132. VYHLÁŠKA č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 10. [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
133. VYHLÁŠKA č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017. [online] [cit. 2024-06-09]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>

134. VYHLÁŠKA č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2022, částka 74. [online] [cit. 2024-06-09]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>
135. Wafa, H. A., Wolfe, Ch. D.A., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., Wang, Y., 2020. Burden of Stroke in Europe. *Stroke*. 51 (8), 2418-2427. DOI:10.1161/STROKEAHA.120.029606.
136. Wolf, T. J. et al., 2015. Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180060p1-11. DOI: 10.5014/ajot.2015.012195.
137. Weeks, A. L., Lamb, B. A., Pickens N. D., 2010. Home Modification Assessments: Clinical Utility and Treatment Context. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 28(4), 396-409. ISSN 0270-3181. DOI: 10.3109/02703180903528405.
138. Weiss, Z., Snir, D., Klein, B., et al. 2004. Effectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research*. 27(2), 119- 125. ISSN 0342-5282. DOI: 10.1097/01.mrr.0000128059.54064.58.
139. WHO, 2006. *Neurological disorders: public health challenges* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2018-05-20]. ISBN 978-92-4-156336-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563369>
140. WHO. 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
141. Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R. et al., 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke* [online]. 47(6), e98-e169 [cit. 2024-04-10]. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098. ISSN 0039-2499.
142. Zasler, N. D., Katz, D. I., Zafonte, R. D. 2013. *Brain injury medicine: principles and practice*. 2nd ed. New York, NY: Demos Medical Pub., 2013. ISBN 9781617050572.
143. ZÁKON č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, 1998. [online] [cit. 2023-07-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

144. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online] [cit. 2024-07-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 110. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
145. ZÁKON č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004. [online] [cit. 2024-07-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
146. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online] [cit. 2023-07-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
147. ZÁKON č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, 2011. [online] [cit. 2024-07-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
148. ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online] [cit. 2024-07-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
149. ZÁKON č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, 2014. [online] [cit. 2024-07-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 110. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

9 Seznam zkratek

ADL – z angl. Activities of Daily Living – běžné denní činnosti

AROM – aktivní rozsah pohybu

BI – Barthelové index

CMP – cévní mozková příhoda

CVT - centrální venózní trombóza

ET - ergoterapeut, ergoterapeutický

FIM –Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

hCMP – hemoragická cévní mozková příhoda

HK – horní končetina

iADL – instrumentální běžné denní činnosti

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

ID – invalidní důchod

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MMSE – z angl. Mini-Mental State Examination - Krátký test kognitivních funkcí

MOHO - z angl. Model of Human Occupation – Model lidského zaměstnávání

Obj. - objektivně

pADL – personální běžné denní činnosti

PC - počítač

PEO – z angl. Person-Environment-Occupation Model (osoba-prostředí-zaměstnávání)

PnP – příspěvek na péči

PROM – pasivní rozsah pohybu

Projekt – Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S

RHB – rehabilitace

RÚ – Rehabilitační ústav

SAK - subarachnoidální krvácení

SD – starobní důchod

Subj. - subjektivně

WHODAS 2.0 – WHO Disability Assessment Schedule 2.0

10 Přílohy

Příloha 1 Vyjádření Etické komise ZSF JU

Příloha 2 Informovaný souhlas

Příloha 3 Souhlas s pořízením fotodokumentace

Příloha 4 Podklad pro položený rozhovor formou CATI

Příloha 5 Etický kodex ergoterapeuta

Příloha 6 Certifikát FIM

Příloha 7 Vzorové ergoterapeutické kazuistiky

Příloha 8 Metodika ergoterapie v domácím prostředí – návrh



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Etická komise
Ethics Committee

RYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE ZSF JU

Jméno navrhovatele: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

Název projektu: Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku.
Projekt GAJU. Reg. č. GAJU 138/2016/S Vacková.

Dne 6.9.2016 etická komise ZSF JU posoudila návrh projektu a po zvážení všech dostupných informací souhlasila s realizací navržené studie.

V Českých Budějovicích 6.9.2016

doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.
předseda Etické komise ZSF JU

**JHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
ETICKÁ KOMISE
(2)**

Příloha 2 Informovaný souhlas

Informace a informovaný souhlas pacienta s účastí na studii

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji se na Vás obrátit *s žádostí o spolupráci* na výzkumném projektu Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, který je podpořen Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (číslo projektu GAJU 138/2016/S).

Jedním z hlavních cílů prováděného výzkumu je zjistit kvalitu života pacientů po poškození mozku. K tomuto účelu potřebujeme zjistit, jaká je kvalita života pacientů po poškození mozku v předem stanovených časových intervalech od data poškození (začátek, 3, 6 a 9 měsíců). Zjistit, zda má zapojení multidisciplinárního týmu vliv na kvalitu života.

Studie probíhá jako anonymní, to znamená, že získané údaje budou zaznamenány pouze číselným kódem. Tak je znemožněna Vaše identifikace. Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat, v platném znění.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná. Své rozhodnutí můžete kdykoliv odvolat.

Souhlasím s poskytnutím údajů pro výše popsané výzkumné účely. O všech významných okolnostech výzkumu jsem byl/a poučen/a a měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co mi bylo nejasné.

Datum:

Jméno respondenta:

Podpis:

Příloha 3 Souhlas s pořízením fotodokumentace

SOUHLAS K POŘÍZENÍ A K NAKLÁDÁNÍ S FOTOGRAFIÍ A VIDEOZÁZNAMEM

Já, níže podepsaná/y

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Souhlasím s tím, aby byly pořízeny fotografie či videozáznamy mého zdravotního stavu v domácím prostředí.

Byl/a jsem informován/a, že

- mé osobní údaje budou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů,
- fotografie či videozáznam jsou určeny výhradně pro dokumentaci mého aktuálního stavu, pro řešení bezbariérovosti domácího prostředí, medicínský výzkum a vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- fotografie či videozáznam jsou pořizovány v rámci účasti na výzkumném projektu Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s názvem „Kordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, který je podpořen Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (číslo projektu GAJU 138/2016/S),
- jakékoliv jiné komerční využití nebo veřejné provozování tohoto záznamu bez dalšího výslovného písemného souhlasu pacienta či zákonného zástupce je vyloučeno.

Byl/a jsem řádně poučen/a a informacím jsem porozuměl/a.

Byla jsem uvědomen/a, že tento souhlas k pořízení a k nakládání s fotografií nebo videozáznamem můžu kdykoliv písemně odvolat.

V _____ dne: _____

Podpis pacienta: _____

Podpis osoby, která pacienta s informacemi blíže seznámila: _____

Příloha 4 Podklad pro položený rozhovor formou CATI

Projekt GAJU 138/2016/S – Koordinovaná rehabilitace - Kontaktování klientů po 2-3letech

(WHODAS 2.0 + Otázky ohledně poskytovaných služeb, Analýza potřeb)

- Jak se Vám daří? / ... Jak se cítíte?
- S čím teď potřebujete pomoci? / ... Co Vás trápí? Chybí Vám něco?
- Kdo Vám pomáhá, eventuálně s kým spolupracujete? / Jaké využíváte/jste využíval/a sociální služby? ... Jak často?
- Jak pokračujete v rehabilitaci (fyzioterapii)?
- Jaké odborníky nebo zařízení navštěvujete? ... Jak často? / Jaké potíže či oblasti máte aktuálně k řešení s lékařem či jiným odborníkem?
- Jaké využíváte pomůcky? (Může se jednat *např. o pomůcky pro soběstačnost - drobné pomůcky v kuchyni, k hygieně, oblékání, další pomůcky v domácnosti, pomůcky k chůzi/pohybu a jiné pomůcky zvyšující kvalitu života apod.*)
- S čím by Vám mohl ergoterapeut aktuálně pomoci v oblasti řešení pomůcek, úprav domácnosti, pohyblivosti, soběstačnosti apod.?
- Porovnejte prosím, jaké to bylo, když za Vámi docházel náš tým (v roce ___) a jaké teď.
Jaké potřeby vnímáte v této oblasti, např. potřebná dopomoc s aktivitami v domácnosti, s nákupem apod.?
- Jak vnímáte vývoj svého stavu od prodělané příhody/úrazu?

Popište, jaké má vývoj tendence (zlepšující, kolísavé či zhoršující)?

S jakými konkrétními komplikacemi se setkáváte (např. vzhledem k přidružené nemoci, prodělané nemoci apod.)?

- Jaké bariéry v domácnosti ještě aktuálně vnímáte jako ty, které Vám brání k dosažení větší soběstačnosti? Jaké potřeby v této oblasti jsou z Vaší strany nezabezpečené?
- Jaké máte aktuální cíle, kterých byste chtěl/a dosáhnout (např. vzhledem k soběstačnosti, zdravotním potížím, denním aktivitám, zájmům či jiné potřeby)?
- Jak byste si teď představoval/a svůj život, kdyby to bylo ideální?
- Kdybyste mohl/a vrátit čas, koho byste kontaktoval/a? Co byste udělal/a jinak?

Následuje WHODAS 2.0 (Pokud možno, vhodné zaslat karty 1-3 (MMSkou?).

Informace pro klienta: Tento rozhovor byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací za účelem lepšího porozumění potížím, vznikajícím v důsledku zdravotního stavu. Informace, které v rámci tohoto rozhovoru poskytnete, jsou důvěrné a budou použity jen pro potřeby výzkumu. Rozhovor bude trvat 15-20 minut.

Příloha 5 Etický kodex ergoterapeuta

(Zdroj: www.ergoterapie.cz)

Tento kodex charakterizuje chování ergoterapeuta v každé oblasti ergoterapeutické praxe.

VLASTNOSTI ERGOTERAPEUTA

Ergoterapeut musí být bezúhonný, ukázněný, spolehlivý a zodpovědný. Musí mít schopnost dobré autoregulace a empatie. Předpokladem je i emoční vyrovnanost, pracovní stabilita a organizační schopnosti.

Ergoterapeut musí za všech okolností dodržovat profesionální a etické standardy. Spolupracuje s ostatními kolegy, bere v potaz jejich příspěvky. V případě nelegálního či neetického jednání je ergoterapeut povinen osobně upozornit kolegu, jež kodex porušil. Nedojde-li k nápravě, je povinen informovat profesní organizaci.

V přítomnosti pacientů neřeší problémy provozního, profesního a osobního charakteru.

ZODPOVĚDNOST ERGOTERAPEUTA K PACIENTŮM

Ergoterapeut přistupuje ke všem pacientům bez předsudků a pacienta považuje za sobě rovného. Ve vztahu k pacientům uplatňuje spravedlnost. Všem věnuje stejnou pozornost a potřebnou péči, bez ohledu na odlišnou rasu, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, pohlaví, věk, handicap, sociální a finanční situaci.

Dodržuje mlčenlivost o pacientových osobních záležitostech a skutečnostech. Nesmí mluvit o záležitostech klienta s nikým jiným, než s tím, kdo je spoluodpovědný za péči o něj. Osobní informace poskytuje jen se souhlasem pacienta a v rozsahu své profesní pravomoci.

Ergoterapeut je oprávněn si účtovat poplatky za své služby. Všechny poplatky placené pacientem musí být odpovídající nákladům a kvalitě poskytovaných služeb. Pacient musí znát výši poplatku předem.

TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

Ergoterapeut produktivně spolupracuje v rámci multidisciplinárního nebo interdisciplinárního týmu, aby byly splněny medicínské a psychosociální cíle léčebného plánu pacienta. Poskytuje spolupracovníkům potřebné informace o postupu léčby a všech změnách, ovlivňujících léčebný plán.



ROZVOJ ODBORNÝCH ZNALOSTÍ

Ergoterapeut zvyšuje svou odbornou úroveň celoživotním studiem a své nabyté vědomosti a dovednosti uplatňuje v praxi.

PROPAGACE PROFESE

Povinností ergoterapeuta je podílet se na zlepšování úrovně a rozvoji své profese. Podporuje a propaguje ergoterapii ve veřejném životě, v ostatních odborných organizacích a státních orgánech na regionální, národní i mezinárodní úrovni.

Příloha 6 Certifikát FIM

	Uniform Data System for Medical Rehabilitation 270 Northpointe Parkway, Suite 300, Amherst, NY 14228	 University at Buffalo The State University of New York												
This certifies that														
Anna Krulová, Occupational Therapist														
has completed a licensed personnel exam on November 21, 2016, using the UDSMR® Online FIM® Credentialing System for The FIM System®.														
Pass Grade: 97.22%														
If you achieved a score of less than 100%, you answered questions incorrectly, and we recommend that you review these items for proper rating.														
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>Bathing</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							Bathing							
Bathing														
Testing results are not to be construed as a statement by UDSMR regarding the entity above. Exam results are relative only to the time of this testing, referred to here as F65.														
Present a copy of this certificate to your primary educator as proof of completion.														
<small>The validity of the certificate terminates in accordance with the time frames set forth for the aforementioned entity or immediately upon the dissolution of the agreement between Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the entity, whichever comes first.</small>														
<small>© 2016 Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc. FIM, The FIM System, UDSMR, and the UDSMR logo are trademarks of Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc.</small>														

Výhradně
pro účely
disertační
práce!
© 2016
UDSMR

Kazuistika 1

Ergoterapeutické vyšetření a evaluace domácího prostředí klienta ze dne 4.11.2016

Označení: JK1

Datum, čas: 4.11.2016, 8:30-9:45

Diagnóza: st.p. CMP v parietální oblasti, pravostranná frustní hemipareza, akcentovaná na PHK akrálně (**ze dne 26.8.2016**)

OA: IM, DM, degenerativní on., zlomeniny, operace, výrazný třes HKK už před příhodou, zvýrazněn při aktivní činnosti.

Režim dne: 7:30 vstává, léky (připravuje manželka), pak snídá, v průběhu dne pravidelně odpočinek, rád sedí u okna a dívá se ven z okna, odpoledne si chodí lehnout

Spánek: dobrý

Kognitivní a psychosociální funkce:

Subjektivní obtíže: neuvádí

V průběhu vyšetření: pozornost udrží, psychomotorické tempo: pomalejší, spolupráce dobrá

Komunikace: funkční, tady částečně bariérou manželka, která má tendence odpovídat za manžela, nutné korigovat v průběhu vyšetření.

Porozumění: rozumí jednostupňovým instrukcím, vícestupňové potřeba někdo opakovat

Paměť: krátkodobá orientačně bpn (zapamatuje si 3 slova a po chvíli zopakuje)

Početní operace: nezvládne opakovaně odečítat 7 od 100

Smysly: zrak – brýle na čtení, sluch – mírně nedoslýchavý

Mobilita/Lokomoce: vertikalizace do sedu i do stoje samostatně, chůze: v interiéru rollátor nebo bez pomůcky a přidržuje se nábytku, stoj mírně nestabilní, chůze v exteriéru – zatím nechodí do exteriéru

Subj.si klient stěžuje na problém najíst se a napít, obléct, nezvládá hygienu, koupání

Funkční hodnocení HKK (orientačně):

Dominance: PHK

Taxe: nepřesná (třes), čítí orientačně: normostézie

Tonus: hypertonus

Síla stisku ruky: výrazně snižená na obou HKK, slabší PHK

Rozsahy pohybu funkční pro vykonávání ADL – dá ruce za hlavu, za záda, kontra rameno, AROM i PROM v ram. kl. cca do horizontály, bolestivost: RK bilat., loket. kl.dx.

Jemná motorika – úchopy problematické zejména z důvodu třesu stupňujícího se při soustředění, aktivitě a únavě (funkčně např. nezapne knoflík, zip apod.), zvládne opozici palec-ostatní prsty, ale nepřesně z důvodu třesu (horší PHK), tužkový úchop nejistý ve fázi držení, podepíše se, ale velmi obtížně (písmo velmi roztřesené), koordinace HKK problematická

Hodnocení ADL / soběstačnosti:

P ADL dle Barthel Indexu:

1. Najedení, napití – s pomocí 5b.
2. Oblékání – s pomocí 5b.
3. Koupání - s pomocí 5b.
4. Osobní hygiena - s pomocí 5b.
5. Kontinence moči – občas inkontinentní 5b. (plenkové kalhoty)
6. Kontinence stolice - občas inkontinentní 5b.
7. Použití WC – s pomocí 5b.
8. Přesun lůžko-židle – samostatně 15b.
9. Chůze po rovině – s pomocí 50m 10b.
10. Chůze po schodech – neprovede 0b.

Celkový počet bodů: 60 bodů – závislost středního stupně

I ADL: provádí manželka,
Příprava jídla: manželka
Domácí práce: manželka
Nákup: manželka
Transport: sanitka nebo dcera autem
Léky: připravuje manželka (dávkovač)
Vedení domácnosti, úřady: manželka, včetně vyřizování důchodu
Funkční komunikace: nepoužívá mobilní telefon, jen příjem hovorů pevné linky, PC ne
Péče o druhé: pes, pravidelně k nim chodí vnučka (v školním věku)

FIM: z průběhu hospitalizace: 5,22 vstup, 4,05 výstup
Vstup doma: celkem 79 bodů, průměr 4,39 (položky A-M 3,62; N-R 6,4)

Zájmy: před příhodou křížovky, hokejové/fotbalové tabulky, v pátky jezdil s kamarády na Lipno

Sociální situace a hodnocení domácího prostředí klienta:

Klient po 6-týdenní hospitalizaci, před 3 týdny propuštěn do domácího prostředí, které je částečně bariérové, rekonstrukce v domě – 0, plány- 0

Orientace klienta:

místem – ano, osobou- ano, situací – ano, časem – částečně (den ne, měsíc a rok ano)
orientace v domě - ano

dohled – ano (manželka), ale zůstává již i sám doma, max. 3h

Sdílení domácnosti: s manželkou, vnučka je pravidelně navštěvuje

Rodina: 2 dcery, z toho 1 v Písku, vnučka (navštěvuje je)

Příspěvky: SD, zažádáno o ZTP/P v 1. týdnu po propuštění z nem., příspěvek na mobilitu

Typ domácnosti: byt 2+1, 5. Patro

Výtah: ano

Schody: zadní vchod bezbariérový, přední vchod cca 10 schodů (nevyužívá)

Prahy a jiné bariéry: práh do obývacího pokoje (dá se odstranit)

Okolí domu – rovinatý terén, chodníky (obrubičky)

Pohyb po bytě: s rolátorem nebo přidržuje se nábytku

Pohyb po okolí: zatím nechodí

Dostupnost místností a soběstačnost v domácím prostředí: dostane se do všech místností (Kuchyň, Obývací pokoj, Ložnice), ale prostor pro lokomoci poměrně omezený (mnoho nábytku a užší chodbičky), v kuchyni stůl u okna a 3 židle, vedle stolu pelíšek pro psa (bariéra – nebezpečí zakopnutí + obtížně prochází s chodítkem). Ložnice průchozí i z kuchyně, + oddělená část místnosti pro vnučku, která je navštěvuje).

Koupelna: vana (+sedačka na vanu, protiskluzová podložka), velmi malá, obtížně dostupná pro klienta

WC: standardní malá toaleta, dveře z pravé strany toalety, bez madel a jiných pomůcek

Úpravy v bytě po atace: 0

Kompenzační pomůcky: půjčený rolátor (zažádáno o nový), sedačka na vanu (předepsána při propuštění z nem.)

Hrazeno z: VZP

Sociální kontakty (v okolí i mimo ně): v kontaktu s kamarády, se kterými jezdil na Lipno, vnučka jezdí na návštěvy (i na noc)

Cíle klienta: zlepšit chůzi, soběstačnost (hygiena a koupání, oblékání, jedení)

ZÁVĚR: Klient po 6-týdenní hospitalizaci, cca 2týdny v domácím prostředí, které je částečně bariérové (koberce, málo manipulačního prostoru, práh do obývacího pokoje, koupelna těžko dostupná, malá). Základní diagnóza st.p. CMP v parietální oblasti, pravostranná frustní hemipareza, akcentovaná na PHK akrálně. Z důvodu přidružených onemocnění již před příhodou přítomný výrazný třes HKK, zvýrazněn při aktivní činnosti. Klient provádí většinu pADL

s dopomocí manželky, iADL zabezpečuje manželka. Barthel index 60 bodů – závislost středního stupně, FIM vstup doma: celkem 79, průměr 4,39 (položky A-M 3,15; N-R 6,4). Částečně vybaven kompenzačními pomůckami. Spolupracující, komunikativní, v bytě orientován.

DOPORUČENÍ:

- Edukace rodinných příslušníků – manželky, spolupráce s manželkou (instruktáž ohledně provádění ADL ve smyslu většího zapojování manžela do činností)
- Instruktáž manželky ohledně ergonomie činností, případně doplňkové šetření k zjištění dalších potíží manželky a možností intervence
- Instruktáž ohledně úprav domácnosti týkající se bezpečnosti a manipulačního prostoru (prahy, koberečky apod.)
- Návuk pADL a grafomotoriky, doporučení komp. pomůcek především s důrazem na cíle klienta (zvýšení soběstačnosti v oblastech: hygiena a koupání, oblékání, jedení)

Pozn.: ve výše uvedených doporučeních spolupráce i s fyzioterapeutkou, která do rodiny dochází pravidelně

- Vybavení vhodnými kompenzačními pomůckami:
 - Nástavec na toaletu
 - vyzkoušet grafomotorické pomůcky (propiska se závažím vs. závaží na zápěstí),
 - vyzkoušet pomůcky k jedení, oblékání (+navlékač ponožek...), zapínání knoflíků..., obouvání (dlouhá lžice?)
- Navrhované úpravy bytu: odstranit prahy, zpřístupnit koupelnu (malý prostor, mnoho věcí...)
- Doporučuji výměnu bytu: ne

Pozn.:

Intervence a edukace manželky klienta!!!

Zapsal: Mgr. Anna Kuželková

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření ze dne 2. 12. 2016

Čas: 15:30-17:00

Ergoterapeut: Kuželková, Bártová

Subj. klient se cítí unaveně, stěžuje se na bolesti zad v bederní oblasti – po pádu (již několik dnů), řešil i s fyzioterapeutkou

Obj.: spolupracující, komunikuje stručněji, během vyšetření MMSE v polovině testu by rád ukončil hodnocení, vysvětlen důvod hodnocení, pacient následně pokračuje, u většiny aktivit potřebné pobízení k provedení, motivace, v závěru intervence patrná výraznější únava pacienta

Povedená vyšetření:

- **kontrolní FIM:** celkem 83 bodů (zlepšení o 4body - položky D,E - oblékání), průměr 4,61 (položky A-M 3,92; N-R 6,4) – podrobné zhodnocení přiloženo
- **ICF** – podrobné zhodnocení přiloženo
- **Mini-Mental State Examination (MMSE):**

Orientace: 9b/10 (nesprávně uvedl měsíc)

Zapamatování: 3b/3

Pozornost a počítání: 1b/5

Výbavnost: 2b/3

Pojmenování: 2b/2

Opakování věty: 0b/1

Třístupňový příkaz: 3b/3

Čtení a splnění příkazu: 1b/1

Psaní: 0b/1 (brán v potaz motorický deficit, klient však nesplnil podmínku vytvoření věty, která dává smysl – obsahující podmět a přísudek)

Obkreslení obrazce: 1b/1 (opět problematické hodnocení – třes)

Celkový počet bodů: 22b/30

Terapie:

- nácvik grafomotoriky – vyzkoušena propiska se závažím a závaží na zápěstí – jeví se jako vhodné (pacientovi bude zapůjčeno k vyzkoušení a nácviku), + protiskluzová podložka (pacientovi daná k dispozici k používání)
- nácvik jedení a použitím lžice (ergonomický nástavec na lžici pro lepší úchop) – vyhovující
- nácvik svlékání i oblékání dolní poloviny těla (tepláky, ponožky, pantofle) – potřebný delší čas a slovní doprovod, ale pacient zvládl bez fyzické dopomoci a pomůcek
- nácvik svlékání i oblékání horní poloviny těla (tričko s dlouhým rukávem) – potřebný delší čas a slovní doprovod, ale pacient zvládl bez fyzické dopomoci

Další intervence:

- provedena konzultace s manželkou klienta ohledně vlastní soběstačnosti a péče o domácnost

Subj. manželka uvádí, že fyzicky zvládá, po psychické stránce pociťuje vyčerpání.

Obj.: edukace ohledně možností psychohygieny, využití volného času pro sebe sama, probrána potřeba nechávat manželovi větší prostor pro zapojení do ADL (jeho vlastní aktivitu a aktivizaci), edukace ohledně ergonomie provádění ADL, s klientem také probrány a vyzkoušeny možnosti většího zapojování do pADL (zejména oblékání, jedení, hygiena...), možnosti využití volného času, struktura dne

Jiné: rodinu navštívila v týdnu plánovaně soc. pracovnice – řízení ohledně určování stupně závislosti a ZTP (proberou ještě soc. pracovnice z týmu)

Závěry a doporučení:

Na základě provedené kontrolní intervence po 1měsíci bylo zjištěno následující:

- výsledky MMSE klienta jsou v pásmu lehké demence (22bodů)
- klient je schopen se více zapojit do pADL – např. oblékání, dle manželky se snaží více zapojovat také v aktivitách jako např. jedení, hygiena, koupání. Pacient se zvládl v rámci terapie sám svléknout i obléknout, toto ale neprovádí, doporučeno maximální zapojování a ponechání většího prostoru pro vlastní iniciativu a soběstačnost klienta – zkoušet činnosti, i když provedení bude trvat delší dobu.
- **kontrolní FIM:** celkem 83 bodů (zlepšení o 4body - položky D,E - oblékání), průměr 4,61 (položky A-M 3,92; N-R 6,4) – podrobné zhodnocení přiloženo
- klient je více unavitelný, není zvyklý na početnější návštěvy, vhodné jsou intervence trvající max. 45-60 minut

Doporučuji klást důraz na maximální zapojování do ADL i v rámci ostatních terapií, důraz na spolupráci s fyzioterapeutem, zvážit intervenci v oblasti tréninku kognitivních funkcí (doporučení úkolů na doma – zejména tužka-papír, společné herní aktivity s vnučkou, která je navštěvuje...kombinovat s nácvikem grafomotoriky)

Klient i jeho rodina poučeni ohledně možností nácviku ADL, možností vybavení kompenzačními pomůckami, ergonomie provádění ADL a bezpečné domácnosti.

Pozn.: předat letáky ohledně pomůcek a brožuru „Bezpečný domov“

Zapsal: Mgr. Anna Kuželková

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření ze dne 20. 1. 2017

Čas: 9:00-10:00

Ergoterapeut: Krulová, společná návštěva s fyzioterapeutem: Hanzalová

Subj. klient uvádí, že se už cítí lépe, byl nemocný (chřipka), pochvaluje si pravidelnou fyzioterapii, díky které pociťuje zlepšení v chůzi, trápí ho třes ruky a někdy i bolesti v rameni (zejména PHK)

Obj.: spolupracující, komunikativní

Zjištěno, že klienta přikrývá manželka peřinou (uvádí, že sám nezvládne, bolesti v ram. kloubech) – domluva s fyzioterapeutem, že budou zkoušet. Klient obdržel rozhodnutí o zamítnutí Příspěvků na péči a ZTP.

Povedená vyšetření:

- **kontrolní FIM: celkem 86 bodů (zlepšení o 3body** od posledního hodnocení - položky oblékání dolní poloviny těla, koupání, použití WC), průměr 4,78 (položky A-M 4,15; N-R 6,4) – podrobné zhodnocení přiloženo
- **ICF** – podrobné zhodnocení přiloženo

Hodnocení ADL / soběstačnosti:

P ADL dle Barthel Indexu:

1. Najedení, napití – s pomocí 5b.
2. Oblékání – s pomocí 5b.
3. Koupání - s pomocí 5b.
4. Osobní hygiena - s pomocí 5b.
5. Kontinence moči – občas inkontinentní 5b. (plenkové kalhoty)
6. Kontinence stolice – plně kontinentní 10b.
7. Použití WC – samostatně 10b.
8. Přesun lůžko-židle – samostatně 15b.
9. Chůze po rovině – s pomocí 50m 10b.
10. Chůze po schodech – neprovede 0b.

Celkový počet bodů: 70 bodů – lehká závislost

Terapie:

- nácvik grafomotoriky – klient od poslední intervence vybaven závažím na zápěstí – subj. nepoužívá, těžké, bolesti HK, protiskluzovou podložku také nepoužívá

- nácvik jedení a použití lžice – vyzkoušeno s použitím závaží na zápěstí – nemá významný vliv na snížení třesu HK, spíše zaměřit se na nácvik plynulosti pohybu při činnosti a rychlosti – domluva s fyziio ohledně další intervence v této oblasti

- zaměření na trávení volného času – společenské hry s vnučkou, velké křížovky pro seniory (patřilo mezi zájmy klienta)

Další: domluvena spolupráce s fyziio ohledně nácviku přesunů do vany (mobilita v koupelně), terapie HK v rámci ADL (jedení)

ZÁVĚR:

Základní diagnóza st.p. CMP v parietální oblasti (26.8.2016), pravostranná frustní hemipareza, akcentovaná na pravé horní končetině akrálně. Z důvodu přidružených onemocnění již před příhodou přítomný výrazný třes HKK, zvýrazněn při aktivní činnosti. Domácí prostředí klienta je částečně bariérové (koberce, málo manipulačního prostoru, práh do obývacího pokoje, koupelna těžko dostupná, malá). Klient provádí personální běžné denní činnosti (ADL) s částečnou dopomocí manželky, instrumentální činnosti (iADL) zabezpečuje manželka.

Cíle klienta z hlediska ergoterapie - zlepšení mobility, zvýšení soběstačnosti v oblastech hygiena a koupání, oblékání, jedení.

Ergoterapeutická intervence u klienta byla zaměřena na identifikaci bariér v domácím prostředí, nácvik personálních běžných denních činností (ADL) – jedení, oblékání horní a dolní poloviny těla, přesuny, nácvik grafomotoriky. Součástí intervence bylo i vyzkoušení a doporučení vhodných kompenzačních pomůcek (lžice s ergonomickou rukojetí, protiskluzová podložka pod talíř i pro psaní, vhodná grafomotorická pomůcka, závaží na zápěstí pro snížení třesu). Pozn. klientovi při propuštění z hospitalizace byla indikována sedačka na vanu (používá, vyhovující). Proběhla instruktáž ohledně úprav domácnosti týkající se bezpečnosti a manipulačního prostoru (prahy, koberečky apod.). Dále byla provedena edukace manželky ohledně většího zapojování manžela do činností a ergonomie provádění činností.

Provedené testy:

Barthel index 60 bodů – závislost středního stupně (při vstupu), po 3 měsících 70 bodů (lehká závislost)

- FIM vstup doma (4.11.2016): celkem 79, průměr 4,39 (položky A-M 3,15; N-R 6,4),

- kontrolní FIM (2.12.2016): celkem 83 bodů, průměr 4,61 (položky A-M 3,92; N-R 6,4) - zlepšení o 4body - položky D,E – oblékání horní i dolní poloviny těla,

- kontrolní FIM (20.1.2017): celkem 86 bodů, průměr 4,78 (položky A-M 4,15; N-R 6,4) - zlepšení o 3body od posledního hodnocení - položky oblékání dolní poloviny těla, koupání, použití WC.

MMSE: 22bodů/30b. - pásmo lehké demence

Dále provedeno hodnocení dle ICF.

Zhodnocení a další doporučení:

Klient je schopen se více zapojit do pADL – např. oblékání již provádí převážně samostatně, dle manželky se snaží více zapojovat také v dalších aktivitách, např. jedení, hygiena, koupání. Doporučeno maximální zapojování a ponechání většího prostoru pro vlastní iniciativu a soběstačnost klienta – zkoušet činnosti, i když provedení bude trvat delší dobu.

Významná se jeví spolupráce ergoterapeuta s fyzioterapeutem. Fyzioterapeutka dochází k pacientovi 2x týdně a má větší prostor pro práci s klientem. Návazná intervence byla proto při závěrečné návštěvě ergoterapeuta domluvena s fyzioterapeutkou v oblasti nácviku přesunů do vany a hygieny, terapie horních končetin se zaměřením na nácvik jedení a grafomotoriky a zaměření na zájmy klienta a výplň volného času v kombinaci s kognitivním tréninkem – úkoly tužka-papír, křížovky pro seniory.

Dodatek: Pravidelná intervence ergoterapeuta se celkově jeví jako velmi žádoucí. Spolupráce jednotlivých odborníků je nezbytná pro zabezpečení návaznosti intervence a komplexnosti rehabilitačního procesu.

Zapsal: Mgr. Anna Kuželková

Kontrola po půl roce od ukončení intervence – červen 2017

Subj. cítí se dobře, plánuje rybaření s kamarády

Obj. lépe naladěný, aktivnější, soběstačnost v pADL a v iADL bez výraznějších změn

Řešíme výplň volného času a trénink kognitivních funkcí – doporučení publikace

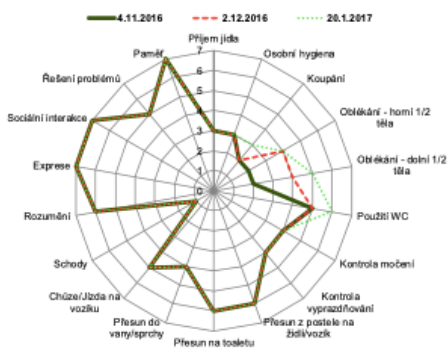
Červenec 2017 – klient obdržel kopii publikace od ErgoAktivu pro osoby po CMP – Žijte každý den

Souhrn ergoterapeutické (ET) intervence a ukázka hodnocení FIM u klienta JK1:

KAZUISTIKA – souhrn ET intervence

- **identifikace bariér** v domácím prostředí
- **instruktáž** ohledně úprav domácnosti týkající se bezpečnosti a manipulačního prostoru (prahy, koberečky...)
- **nácvik pADL** – jedení, oblékání horní a dolní poloviny těla, přesuny
- **nácvik grafomotoriky**
- **edukace manželky** – zapojování manžela do činností, ergonomie
- **zhodnocení stávajících pomůcek:**
 - sedačka na vanu – indikována při propuštění z hospitalizace – vyhovující, používá

- **vyzkoušení a doporučení kompenzačních pomůcek:**



- **vstup:**
celkem 79b.,
průměr 4,39,
položky A-M: 3,15;
položky N-R: 6,4

- **výstup:**
celkem 86 bodů,
průměr 4,78,
položky A-M: 4,15;
položky N-R: 6,4

FUNKČNÍ MÍRA NEZÁVISLOSTI - FIM			
Ú	7	Úplná nezávislost	NEVYŽADUJE ASISTENCI
R	6	Modifikovaná nezávislost	
O	5	Částečná závislost	VYŽADUJE ASISTENCI
V	4	Supervize (dohled)	
N	3	Minimální asistence (klient = 75% +)	
Ě	2	Mírná asistence (klient = 50% +)	
	1	Úplná závislost	
		Maximální závislost (klient = 25% +)	
		Celková závislost (klient = 0% +)	

Kazuistika 2

Ergoterapeutické vyšetření a evaluace domácího prostředí klienta ze dne 14. 7. 2017

Označení: JK13

Datum, čas: 14.7.2017, 14:30-15:30h

Diagnóza: st. p. polytraumatu (kraniotrauma) – 25.8.2016, organický psychosyndrom

Režim dne: nepravidelný, zatím v domácnosti nevykává práce (bydlí nyní u matky)

Kognitivní a psychosociální funkce:

Subjektivní obtíže: uvádí „problémy s hlavou“, nepamatuje si ani jména kamarádů - uvádí, že jich má hodně, ale nepamatuje si je, pohyb po bytě mírné problémy

V průběhu vyšetření: pozornost udrží, psychomotorické tempo: pomalejší, spolupráce dobrá

Komunikace: funkční, mírná dysartrie (viz lékařská zpráva)

Porozumění: bpn

Dovyšetřit MMSE

Smysly: zrak – bez brýlí (na dálku již horší)

Mobilita/Lokomoce: samostatně v interiéru, v exteriéru s doprovodem (1km), chůze po schodech – do schodů zvládá, problém chůze ze schodů. Prakticky v rámci vyš. nezkoušeno.

Funkční hodnocení HKK (orientačně):

Dominance: PHK

Patologie: LHK

Taxe: cílená, čítí orientačně: v oblasti ramene hypestézie

Postavení HK: sublux. postavení ramene six.

Tonus: hypertonus

Síla stisku ruky: mírně snížená na obou HKK

Rozsahy pohybu funkční pro vykonávání ADL – dá ruce za hlavu, za záda, kontra rameno, AROM i PROM v ramenním kl. cca do horizontály

Jemná motorika – mírný třes, jinak funkční, tužkový úchop nejistý ve fázi držení, podepíše se, ale písmo mírně roztřesené, čitelné

Hodnocení ADL / soběstačnosti:

P ADL dle Barthel Indexu:

1. Najedení, napití – samostatně 10b.
2. Oblékání - samostatně 10b.
3. Koupání - samostatně nebo s pomocí 5b.
4. Osobní hygiena - samostatně nebo s pomocí 5b.
5. Kontinence moči - plně kontinentní 10b.
6. Kontinence stolice - plně kontinentní 10b.
7. Použití WC - samostatně 10b.
8. Přesun lůžko-židle - samostatně 15b.
9. Chůze po rovině - s pomocí 50m 10b.
10. Chůze po schodech - s pomocí 5b.

Celkový počet bodů: 90 bodů - závislost lehčího stupně

I ADL: provádí převážně matka, u který pacient bydlí

Příprava jídla: matka

Domácí práce: matka

Nákup: matka

Transport:

Léky: matka připravuje a připomíná

Vedení domácnosti, úřady: matka, úřady společně

Funkční komunikace: mobil i PC používá

Péče o druhé: syny

FIM: Vstup doma: celkem 100 bodů, průměr 5,56 (položky A-M 5,38; N-R 6,0)

Sociální situace a hodnocení domácího prostředí klienta: Klient po hospitalizaci a následně rhl v RÚ Kladruby, nyní v domácím prostředí, které je minimálně bariérové, rekonstrukce v domě – 0, plány- 0

Orientace klienta:

místem – ano, osobou- ano, situací – ano, časem – ano, orientace v domě - ano
dohled – ano (matka)

Sdílení domácnosti: s matkou

Rodina: 2 synové

Příspěvky: SD, příspěvek na péči

Typ domácnosti: byt 2+1, Patro

Výtah: ano

Schody: -

Prahy a jiné bariéry: -

Okolí domu - ok

Pohyb po bytě: ok

Pohyb po okolí: ok

Dostupnost místností a soběstačnost v domácím prostředí: dostane se do všech potřebných místností (Kuchyň, Obývací pokoj, toaleta, koupelna)

Koupelna: -

WC: -

Úpravy v bytě: 0

Kompenzační pomůcky: -

Hrazeno z: -

Cíle klienta: návrat do práce, zlepšit motoriku LHK (rameno)

Zapsal: Mgr. Anna Krulová

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření ze dne 15.8.2017

Ergoterapeut: Krulová

Subjektivně mírné problémy v paměti a také problém delší stání. Pohyb po bytě subj. v pořádku, dostane se všude kam potřebuje bez větších potíží. Chůze v rámci tréninku již bez hole, s holí zvládne již cca 3km, chodí také na výlety a akce přes „Domino“. Další subjektivní změny v položkách ADL: jedení – sám už si i nakrájí, koupání už také samostatně, pokud má vše připravené a po ruce.

Činnosti v průběhu dne, které již pravidelně dělá: luxování, mytí a utírání nádobí. fyzicky zvládá toho více, včetně dom.prací, ale problém kognit.funkce –paměť, pozornost zlepšené také levé rameno (obj. viz fyzioterapie)

Objektivní stav: spolupracující, komunikativní

Intervence: psychiatr byl 2x, problém s dostupností v regionu

Soc. situace: příspěvek na péči – ještě není schválený

Soc. interakce: kamarády???

Povedená vyšetření:

- **kontrolní FIM:** celkem 108 bodů (zlepšení o 8 bodů - položky B,C,D,E,H-II,L,M – osobní hygiena, koupání, oblékání horní i dolní poloviny těla, frekvence nehd-vyprazdňování, chůze, schody), průměr 6 (položky A-M 6,00; N-R 6,00) – podrobné zhodnocení přiloženo
- **ICF** – dodat hodnocení ICF z nemocnice

- **Mini-Mental State Examination (MMSE):**

Orientace: 10b/10
Zapamatování: 3b/3
Pozornost a počítání: 5b/5
Výbavnost: 3b/3
Pojmenování: 2b/2
Opakování věty: 1b/1
Třístupňový příkaz: 3b/3
Čtení a splnění příkazu: 1b/1
Psaní: 1b/1
Obkreslení obrazce: 1b/1
Celkový počet bodů: 30b/30

Terapie:

- instruktáž ohledně možností zapojování se do ADL a bezpečného a ergonomického provádění ADL

Cíle klienta:

- nové vlastní bydlení (nyní bydlí u matky)
- samostatné zvládnání braní léků (paměť – kompenzační mechanismy- budík pravidelně, dávkovač)

Zapsal: Mgr. Anna Krulová

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření ze dne 21. 9. 2017

Ergoterapeut: Krulová, společná týmová návštěva

Subjektivně: „zdravotně jsem na tom moc dobře. Staráte se o mě.“ Chodí rád do Domina, moc se mu tam líbí, povídají si s ním.

Objektivní stav: spolupracující, komunikativní

Soc. interakce: kamarády – kontakty prostřednictvím „Domino“ („Povídají si se mnou, moc se mi tam líbí.“)

Soc. situace: 3st. příspěvku na péči (pacient nemá přehled, neví, jestli už přišlo)

Zhodnocení cílů klienta:

- nové vlastní bydlení (nyní bydlí u matky) – v řešení – zatím zažádáno o byt (garsonka)
- samostatné zvládnání braní léků (paměť – kompenzační mechanismy- budík pravidelně, dávkovač) – léky již bere samostatně – bez budíku

Další aktuální cíle: „Abych mohl chodit normálně“- klient je pyšný na to, že již chodí bez hole i v exteriéru (bere si ji ale sebou pro jistotu)

Postoje rodiny: matka vyčerpaná, uvádí, že ji všechno bolí, mají vyřízené opatrovnictví (rozsah a omezení právní způsobilosti???), slíbené Kladruby, uvádí také, že sám klient nechce doma cvičit, potřebuje k motivaci další osoby (vyhovuje např. Domino nebo když má regulérní terapii)

Povedená vyšetření:

kontrolní FIM: celkem 117 bodů (zlepšení o 9 bodů - položky D, E, F, I, J, K - oblékání horní i dolní poloviny těla, použití WC, Přesuny, Schody, Expres, Paměť). Průměr 6,5 (položky A-M 6,54; N-R 6,40) – podrobné zhodnocení přiloženo

ZÁVĚR: Klient po polytraumatu z 25.8.2016, bydlí u matky, výraznější bariéry se v domácnosti nenachází. Klient již provádí základní personální běžné denní činnosti samostatně, instrumentální běžné denní činnosti zabezpečeny částečně rodinou, částečně se již klient zapojuje i do domácích prací (luxování, utírání nádobí...), klient již zvládne samostatně brát léky, soběstačný ve funkční komunikaci (používá mobilní telefon). Spolupracující, komunikativní, v bytě orientován. Volnočasové aktivity a další terapeutické aktivity přes centrum „Domino“ – velice si chválí, zejména možnost komunikace s ostatními.

Cíle: samostatné bydlení, zlepšení lokomoce

Zapsal: Krulová

Kontrolní ergoterapeutické vyšetření ze dne 10. 10. 2017

Čas: 12:30 – návštěva v domácím prostředí – proběhla neúspěšně (partner matky uvádí, že nás nečekali a jeli na fyzioterapii – mělo být údajně ještě potvrzeno sms)

Čas: 13:45 – Ambulance fyzioterapie URAN

Ergoterapeut: Krulová, společná týmová kontrola

Subj. klient uvádí, že se cítí dobře, těší se na nové samostatné bydlení, nechce se mu samostatně cvičit (mluvíme o zájmech, motivaci –potřebuje společnost – kamarády – vyhovuje Domino – bude pokračovat i po přestěhování – bude nedaleko bydliště matky). Lepší levé rameno – obj. vyš. viz fyziopráva

Obj.: spolupracující, komunikativní

Povedená vyšetření:

- totožné s vyšetřením ze dne 21.9.2017:
- celkem 117 bodů, Průměr 6,5 (položky A-M 6,54; N-R 6,40) – podrobné zhodnocení přiloženo

Hodnocení ADL / soběstačnosti:

P ADL dle Barthel Indexu:

1. Najedení, napití – samostatně 10b.
2. Oblékání – samostatně 10b.
3. Koupání - samostatně nebo s pomocí 5b.
4. Osobní hygiena - samostatně nebo s pomocí 5b.
5. Kontinence moči – plně kontinentní 10b.
6. Kontinence stolice – plně kontinentní 10b.
7. Použití WC – samostatně 10b.
8. Přesun lůžko-židle - samostatně 15b.
9. Chůze po rovině - samostatně nad 50 m 15b.
10. Chůze po schodech -samostatně bez pomoci 10b.

Celkový počet bodů: 100 bodů – nezávislý

(ve srovnání s vyš. ze dne 14. 7. 2017 zlepšení o 10 bodů – soběstačnost v položkách Chůze po rovině a Chůze po schodech)

Terapie: formou konzultace ohledně možností bezbariérových úprav v novém plánovaném bydlení se zaměřením na koupelnu a možné problematické oblasti v soběstačnosti

Plán: po přestěhování domluva domácí návštěvy – evaluace domácího prostředí – klient má na mě kontakt (ergo), měl by se sám dle potřeby ozvat (matka rovněž informována)

ZÁVĚR ERGOTERAPIE:

Klient po polytraumatu z 25.8.2016, bydlí dočasně u matky, výraznější bariéry se v domácnosti nenachází. Klient již provádí personální běžné denní činnosti samostatně, instrumentální běžné denní činnosti zabezpečeny částečně rodinou (příprava jídla, větší úklid), částečně se již klient zapojuje i do domácích prací (luxování, utírání nádobí...), již zvládne samostatně brát léky, soběstačný ve funkční komunikaci (používá mobilní telefon). Spolupracující, komunikativní, v bytě orientován. Volnočasové aktivity a další terapeutické aktivity přes centrum „Domino“ – velice si chválí zejména možnost komunikace s ostatními.

Cíle klienta z hlediska ergoterapie jejich zhodnocení:

- samostatné bydlení a s tím spojená soběstačnost v domácím prostředí (nyní bydlí u matky) - v řešení – zažádáno o byt (garsonka),
- samostatné zvládnutí braní léků (paměť – kompenzační mechanismy- budík pravidelně, dávkovač) – již zvládá samostatně bez budíku,
- zlepšení lokomoce – subj. pyšný na to, že již chodí bez hole i v exteriéru (bere sebou jen pro jistotu).

Další cíl: zlepšit motoriku LHK (rameno) – zaměření v rámci fyzioterapie včetně fyzikální terapie

Dlouhodobý cíl klienta: návrat do pracovního procesu

Souhrn: Ergoterapeutická intervence u klienta probíhala převážně formou edukací vzhledem k dosažení výše stanovených cílů. Proběhla dále instruktáž ohledně ergonomie a bezpečnosti provádění běžných denních činností. V plánu již přestěhování do garsoniéry, kde bude bydlet samostatně.

Doporučení: Po přestěhování bude zásadní domácí návštěva ergoterapeutem se zaměřením na evaluaci domácího prostředí, doporučení pomůcek a případný nácvik konkrétních činností v reálném prostředí. Klient a rodina jsou edukováni, kontakty a materiály předány.

Provedené testy:

Barthel index 90 bodů - závislost lehčího stupně (při vstupu 14.7.2017), po 3 měsících 100 bodů – nezávislý (soběstačnost ve všech položkách včetně Chůze po rovině a Chůze po schodech - zlepšení)

- FIM vstup doma (14.7.2017): celkem 100 bodů, průměr 5,56 (položky A-M 5,38; N-R 6,0)

- kontrolní FIM (15.8.2017): celkem 108 bodů (zlepšení o 8 bodů - položky B,C,D,E,H-II,L,M

– osobní hygiena, koupání, oblékání horní i dolní poloviny těla, frekvence nehodvyprazdňování, chůze, schody), průměr 6 (položky A-M 6,00; N-R 6,00)

- kontrolní FIM (21.9.2017): celkem 117 bodů (zlepšení o 9 bodů - položky D, E, F, I, J, K - oblékání horní i dolní poloviny těla, použití WC, Přesuny, Schody, Expres, Paměť). Průměr 6,5 (položky A-M 6,54; N-R 6,40)

- kontrolní FIM (10.10.2017): celkem 117 bodů, průměr 6,5 (položky A-M 6,54; N-R 6,40)

MMSE: 30bodů/30b.

Zapsala: Mgr. Anna Krulová

Ukázka zpracovaných výsledků WHODAS 2.0 u klienta JK13 z kontrolního vyšetření

Červeně – nejhorší výsledek
Zeleně – nejlepší výsledek

	Porozumění a komunikace	Mobilita	Sebeobsluha	Vztahy s lidmi	Životní aktivity	Účast ve společnosti	Celkem
• měření	25 %	20 %	6,25 %	25 %	15,63 %	40,63 %	22,08 %
• měření	12,50 %	5 %	25 %	15 %	6,25 %	15,63 %	13,23 %
• měření	0 %	0 %	0 %	20 %	0 %	9,38 %	5,90 %
• měření	12,50 %	0 %	0 %	15 %	0 %	12,50 %	6,67 %

Tabulka: Výsledky WHODAS (čím nižší hodnota, tím lepší výsledek)

4 domény vnímá pacient při poslední návštěvě ze všech měření nejlépe, celkový výsledek se oproti prvnímu měření zlepšil o **15,41 %**.

Porozumění a komunikace: Pacientovi při prvním měření dělalo potíže zapamatovat si věci, které bylo třeba udělat. Problémově vnímal také řešení potíží v každodenním životě. To se postupně změnilo a při posledním měření s tím má pacient pouze mírné potíže. Komunikace mu jinak nedělá větší problémy.

Mobilita: Subjektivně vnímá pacient mobilitu od 3. měření bezproblémově. Při prvním měření měl problém se stáním, chůzí po bytě i venku, to se ale v průběhu měření změnilo a pacient v mobilitě nespátřuje žádné obtíže.

Sebeobsluha: Tato doména je pro pacienta také velice kladná. Pouze u druhého měření si nedokázal představit, že by zůstal doma sám. Maminka mu pomáhala téměř se vším. Postupně se však snaží být opět samostatný, o čem svědčí také fakt, že se bude stěhovat do bytu, kde bude sám.

Vztah s lidmi: Tato doména je podle pacienta trochu problémová, a to z důvodu probíhajícího rozvodu pacienta s manželkou, se kterou nemá dobré vztahy. Trápí ho především, že nemůže vídat své syny tak často, jak by chtěl.

Životní aktivity: Při prvním měření dělalo pacientovi potíže zvládnout vše, co bylo potřeba v domácnosti udělat patřičně rychle a dobře. Po druhém měření ale opět nastal zlom a od 3. měření vnímá pacient tuto doménu pozitivně – bez žádných problémů.

Účast ve společnosti: Pacient vnímá, že měla rodina v důsledku jeho zdravotního stavu, velké problémy. Dále si uvědomuje různé překážky kolem něj, které bylo zpočátku náročné překonat. Jinak s touto doménou pacient nemá potíže, je přátelský, rád si povídá s kamarády nebo odborníky, ke kterým chodí na terapie. Navštěvuje organizace DOMINO a Arpidu, kam chodí plavat.

Příloha 8 Metodika ergoterapie v domácím prostředí

METODIKA OBSAHUJE 4 HLAVNÍ ČÁSTI:

- Základní metodika ergoterapie v domácím prostředí
- Metodika evaluace bytu
- Manuál k nejčastěji používaným facilitačním prostředkům
- Návrh propojení zdravotně-sociální rehabilitace

ERGOTERAPIE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

METODIKA

•

U OSOB SE ZÍSKANÝM
POŠKOZENÍM MOZKU



Anna Kuželková

2024

Metodika ergoterapie v domácím prostředí u osob se získaným poškozením mozku

Auřorka:

Mgr. Anna Kuželková

Recenzentky:

MUDr. et Bc. Petra Sládková, Ph.D.

Bc. et Bc. Zuzana Rodová, MSc.

Metodika vznikla jako jeden z výstupů projektu financovaného Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, název projektu:

„Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“

číslo projektu **GAJU 138/2016/S**

Publikace byla zpracována v rámci disertační práce „Úloha ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace u pacientů se získaným poškozením mozku“, KUŽELKOVÁ, Anna. Č. Budějovice, 2024. Disertační práce (Ph.D.). Vedoucí práce: doc. Mgr. Et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

září 2024

Obsah

Úvod	3
Vymezení základních pojmů	4
1. Základní metodika ergoterapie v domácím prostředí.....	6
2. Metodika evaluace bytu	10
3. Manuál k nejčastěji používaným facilitačním prostředkům.....	13
4. Návrh propojení zdravotně-sociální rehabilitace	17
Závěr.....	20
Zdroje.....	21
Seznam zkratk	24
Seznam příloh.....	25
Příloha 1 Bezpečná domácnost – brožura	
Příloha 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF	
Příloha 3 Fotodokumentace bariér a facilitátorů v domácím prostředí	

ÚVOD

Tento materiál slouží jako metodický manuál pro ergoterapeuty, (zdravotně) sociální pracovníky a odborníky pracující zejména s osobami po poškození mozku. Metodika představuje návrh na propojení zdravotní a sociální složky rehabilitace v komplikovaném systému služeb. Má za cíl podpořit deinstitucionalizaci a optimální kvalitu života osob se získaným poškozením mozku, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci.

Metodika seznamuje s postupy práce ergoterapeuta v komunitním prostředí, se zaměřením na vlastní sociální prostředí, identifikaci bariér, indikaci facilitátorů. Zaměření je též na prevenci rozvoje nemocí, prevenci pádů a bezpečnost v domácnosti. Vyzdvihuje důležitost spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně)-sociálního pracovníka. Obsahuje konkrétní postupy, fotodokumentaci a brožury, které jsou určeny pro využití při práci s osobami po poškození mozku, ale v širším měřítku i s osobami jiných diagnóz, které mají vliv na funkční schopnosti zejména z hlediska fyzické disability. Manuál je velice dobře využitelný i u osob vyššího věku pro odborníky pracující se seniory.

Materiál obsahuje 4 hlavní části: (1) Metodiku ergoterapie v domácím prostředí, (2) Metodiku evaluace bytu, (3) Manuál k facilitačním prostředkům a (4) Návrh propojení zdravotně-sociální rehabilitace. Metodika byla zpracována jako výstup ergoterapeutické části výzkumu v rámci unikátního projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu, GAJU 138/2016/S. Hlavní doba řešení byla v letech 2016-2018, doplňkové sběry dat probíhaly až do roku 2021. Obecným cílem projektu bylo zjistit kvalitu života osob po poškození mozku a zapojit do řešení zdravotní a sociální situace interprofesní tým, v hlavním složení fyzioterapeut, ergoterapeut a zdravotně-sociální pracovník. Zároveň hlavním výstupem z projektu je monografie s názvem *“Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí.”* (Vacková et al., 2020), Publikace obsahuje i některé základní části této metodiky, v rámci kapitoly zaměřené na ergoterapii.

Metodika vychází z praxe založené na důkazech, přičemž autorkou je ergoterapeutka s několikaletými zkušenostmi při práci s osobami po poškození mozku a jejich rodinami.

VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Získané poškození mozku

Jedná se o náhle vzniklé poškození mozku, které negativním způsobem ovlivňuje jeho strukturu nebo funkci a může zahrnovat úrazové (traumatické poškození) a také neúrazové poškození: cévní mozkové příhody, nádory, infekční onemocnění, hypoxická poškození, metabolické poruchy nebo vliv toxických látek (Zasler, Katz a Zafonte, 2013). Nejčtenější jsou cévní mozkové příhody, které patří mezi cerebrovaskulární onemocnění, zaujímající první místo v rámci poškození centrální nervové soustavy, jak v evropském, tak v českém měřítku (Votava, 2017). V celkovém počtu získaných poškození mozku jsou na druhém místě mozková traumata, avšak jsou nejzávažnější a nejpočetnější z hlediska trvalých následků (Šmrčka et al., 2001).

Koordinovaná rehabilitace

V procesu návratu pacientů se získaným poškozením mozku do aktivního života hraje zásadní roli koordinovaná rehabilitace uskutečňovaná prostřednictvím rehabilitačních prostředků, které jsou rehabilitace ve zdravotnictví, sociální, pedagogicko-výchovná a pracovní, s důrazem na včasnost, návaznost a interprofesní spolupráci (Švestková, 2013).

Intervence

Pojem intervence je používán místo pojmu péče, jelikož péče je pasivní, kdy pro rehabilitaci není považován pojem za vhodný. V rehabilitaci je naopak snahou aktivní participace rehabilitované osoby na procesu (Švestková et al. 2017). Vycházíme z výzkumu, kdy byla intervence pravidelná s předem určenou frekvencí tří základních odborníků (ergoterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut), dle potřeby byl přizván psycholog či logoped (Vacková et al., 2020).

Koordinovaná spolupráce

Je základním přístupem terapeutů vzhledem k dosažení cílů u klientů. Koordinaci v rámci komunitní rehabilitace osob po poškození mozku může zabezpečovat například sociální pracovník v roli case managera, či v opodstatněném případě i ergoterapeut, případně jiný pracovník.

Domácí prostředí, vlastní sociální prostředí

Pro účely Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 44, se vlastním sociálním prostředím pacienta rozumí *“domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb.”* (Česko, 2011)

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3 je *“přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity”*. (Česko, 2006)

Domácí prostředí je v této publikaci myšleno vlastní (přirozené) sociální prostředí.

Komunita, komunitní praxe

Za komunitu je zde považován souhrn lidí žijících ve vymezeném prostoru (v domě, práci, obci apod.), kde jedinec vykonává každodenní aktivity a ke které cítí příslušnost a vazby (Jelínková, 2023).

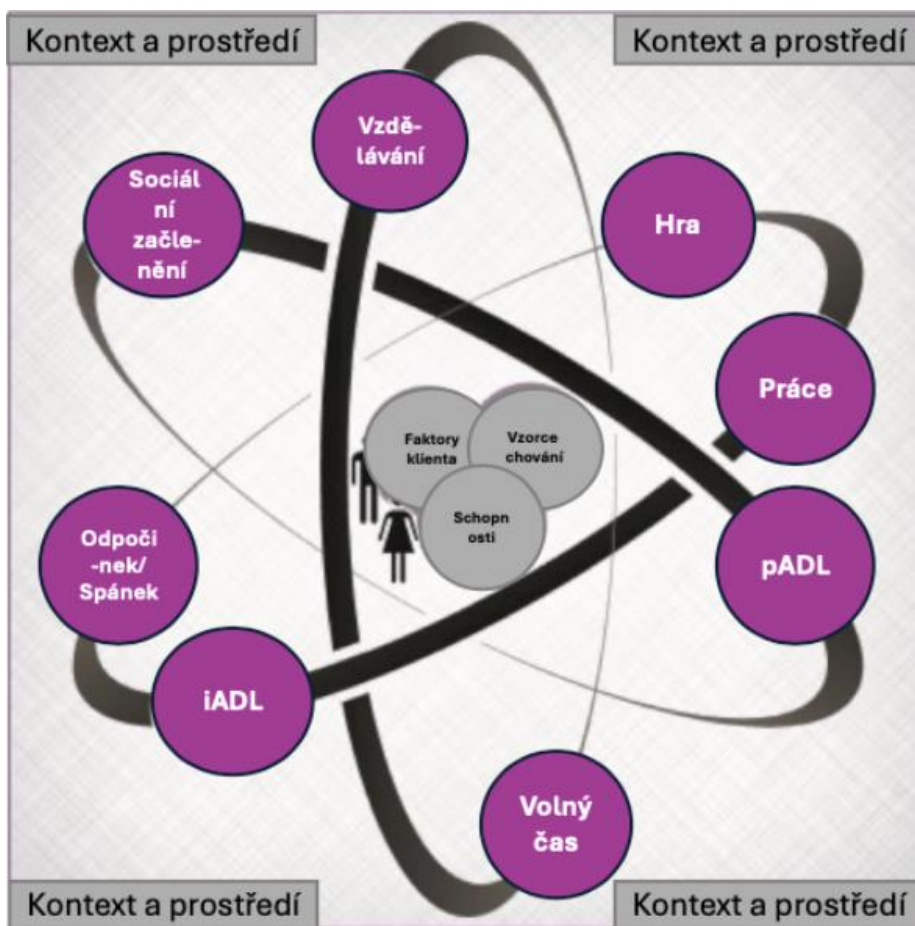
Komunitní praxe (z angl. community-based practice) zahrnuje zdravotnické a sociální služby realizované v komunitě s cílem směřujícím k tomu, aby se osoba stala integrální součástí konkrétní komunity, jak uvádí Jelínková (2023).

Soběstačnost

Soběstačnost, která je jednou z domén ergoterapeuta, je schopnost osoby uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v konkrétním prostředí (WHO, 2006).

1. ZÁKLADNÍ METODIKA ERGOTERAPIE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Metodika vychází ze základní ústřední triády ergoterapie, kterou je interakce osoba-prostředí-zaměstnávání dle modelu PEO, z angl. The Person-Environment-Occupation Model (Law et al., 1996) a z Modelu lidského zaměstnávání, MOHO, z angl. Model of Human Occupation, (Kielhofner, 2008), jako jednoho ze základních teoretických rámců používaných v ergoterapii. MOHO stejně jako tato metodika zdůrazňuje velice úzký vzájemný vztah jednotlivce (např. zdravotní stav, návyky, hodnoty a přesvědčení), prostředí (např. domov, sousedství, sociální kontext) a zaměstnávání (angl. "occupations"). Vzájemný vztah je významný vzhledem k provádění jakýchkoliv aktivit (zaměstnávání/occupation), které jedinec vykonává a jejich vlivu na spokojenost jednotlivce. Koncept je zároveň potřeba vnímat v souvislosti s doménami ergoterapie (AOTA, 2014), viz obrázek 1.



Obrázek 1 Domény ergoterapie v kontextu prostředí (Zdroj: AOTA, 2014)

Ergoterapeutický proces a zaměření ergoterapeutické intervence v domácím prostředí

Ergoterapeut je důležitou součástí interprofesního týmu u osob po poškození mozku. Zaměřuje se především na intervenci v oblastech každodenního života, jako je např. oblékání a sprchování, ale i pomoc s návratem do zaměstnání nebo k volnočasovým aktivitám. Ergoterapeut může též pomoci se zlepšením kognitivních funkcí (např. pozornost a paměť) i se zlepšením funkce horní končetiny (Stroke Foundation, 2021).

V rámci standardního postupu ergoterapeutické intervence je podstatné zaměření na stanovení silných a slabých stránek a určení priorit klienta na základě standardizovaného či nestandardizovaného vyšetření. Často za pomoci využití různých terapeutických nástrojů jsou stanovovány vhodné terapeutické cíle a plány, které jsou nejčastěji děleny na krátkodobé (v řádu dnů až týdnů) a dlouhodobé (několik týdnů až měsíců). Významné je zacílení na osobní preference a priority klienta k dosažení co nejvyšší soběstačnosti a posléze i kvality života. Neodmyslitelnou součástí procesu jsou zároveň průběžná hodnocení k určení aktuálního vývoje stavu (viz obr. 2).

-
- ↓ **Identifikace problémové oblasti – PRIMÁRNĚ zaměřené na VYŠETŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI**
 - ↓ Stanovení silných a slabých stránek
 - ↓ Priority klienta
 - ↓ Krátkodobý a dlouhodobý plán
 - ↓ Vlastní terapie
 - ↓ Průběžné hodnocení
 - Závěrečné hodnocení

Obrázek 2 Schéma ergoterapeutického procesu (Zdroj: Kuželková, 2020)

Hlavním zaměřením ergoterapeutické intervence v domácím prostředí osob se získaným poškozením mozku je evaluace prostředí cílená na identifikaci bariér a indikaci facilitačních prostředků jako součást funkční diagnostiky a terapie zaměřené na dosažení optimální soběstačnosti a kvality života.

V průběhu jednotlivých fází diagnosticko-terapeutického procesu v domácím prostředí volí ergoterapeut postupy, které jsou zaměřené na tyto hlavní oblasti:

A) Evaluace bytu a identifikace facilitátorů

- ✓ Prevence pádů, bezpečnost (viz brožura v Příloze 1 Bezpečná domácnost)
 - přesunutí, připevnění nábytku
 - odstranění koberečků
 - vytvoření prostoru
- ✓ Zvýšení soběstačnosti
 - vyzkoušení a doporučení kompenzačních pomůcek, poradenství ohledně financování
 - rozsáhlejší úpravy (bezbariérová koupelna, nájezdy, rampy, plošiny)
 - přestěhování – bezbariérový byt event. bydlení s pečovatelskou službou

B) Nácvik a edukace k ADL, dennímu režimu

- ✓ pADL
 - jedení
 - oblékání (a zavazování zipů, knoflíků, tkaniček)
 - hygiena, koupání
 - použití WC
 - přesuny
 - lokomoce – chůze v interiéru, exteriéru, schody
- ✓ iADL
 - příprava jídla
 - domácí práce
 - transport/řízení automobilu
 - další iADL zahrnující nakupování, vedení domácnosti a management financí, funkční komunikace (PC, telefon), management léků, péče o druhé

C) Ovlivnění poškozených funkcí – specifická terapie a edukace k autoterapii

- ✓ Motorika horních končetin
 - jemná motorika a grafomotorika
 - hrubá motorika
 - zmírnění bolestivosti, otoku
 - ovlivnění citlivosti, třesu, brnění
- ✓ Kognitivní funkce, zejména paměť, pozornost; fatické funkce
 - edukace k autoterapii - doporučení publikací, materiálů, předání materiálů
 - kompenzace – diář, kalendář, či zavedení jiných pomůcek

4. Edukace rodinných příslušníků/pečujících

- ✓ Zaměření na pečovaného
 - jak vést k soběstačnosti – praktické instruktáže, materiály
 - míra potřebné dopomoci, hranice, prevence hyperprotekce
- ✓ Zaměření na pečujícího
 - ergonomie
 - psychohygiena

Doporučení v rámci konkrétních oblastí na základě klinických doporučených postupů (Stroke Foundation, 2021):

- **DALŠÍ PODSTATNÉ OBLASTI INTERVENCE:** Významný vliv na výkon ADL má intervence zaměřená na oblasti senzomotorických poruch, fyzických aktivit, kognice, komunikace, či volnočasové aktivity. Pro osoby po poškození mozku je často důležitou oblastí návrat k řízení automobilu ke zvýšení soběstačnosti v provádění iADL. Zvolením vhodných postupů a spolupráce s dalšími odborníky může ergoterapeut velice dobře propojit zdravotní i sociální oblast.
- **ADL:** Převážná většina osob po poškození mozku má obtíže v ADL. Nejčastěji absolvují terapie a nácvik ADL, včetně nácviku specifických aktivit a nácviku používání vhodných kompenzačních pomůcek. Pro zvýšení výkonu ADL lze využít virtuální realitu (Laver et al., 2017).
- **MOBILITA A IADL:** U pacientů, kteří mají obtíže s mobilitou a ve veřejné dopravě by měly být stanoveny individuální cíle a zvoleny vhodné kompenzační strategie. Součástí intervence by měl být nácvik cest v exteriéru s doprovodem (včetně nácviku přecházení silnic, návštěvy obchodů nebo cestování hromadnou dopravou), pomoc při návratu k řízení automobilu, zaměření na pomůcky a kompenzační strategie o možnostech a alternativách místní dopravy (Stroke Foundation, 2021).
- **DOMÁCÍ TERAPIE:** Osoby po poškození mozku by měly být motivovány v pokračování aktivního nácviku úkolů mimo plánovanou terapii. Součástí by měly být strategie samostatného, nezávislého cvičení; částečně řízeného cvičení, cvičení s asistencí, případně se zapojením rodiny/přátel. Klient, blízké osoby i pečovatelé by měli být informováni o technikách, kompenzačních strategiích a vybavení facilitačními prostředky, aby se maximalizovaly výsledky týkající se nejen výkonu ADL, ale i senzomotorických, percepčních a kognitivních schopností (Stroke Foundation, 2021).
- **SED:** Pro osoby, které mají obtíže se sedem je doporučován nácvik reachingu na délku paže se supervizí. (Veerbeek et al., 2014).
- **VERTIKALIZACE ZE SEDU DO STOJE:** U pacientů po CMP, kteří mají obtíže v rámci vertikalizace ze sedu do stoje, je doporučován nácvik postavování se. (Pollock et al., 2014; French et al., 2016).
- **STOJ/ROVNŮVÁHA STOJE:** U pacientů po CMP, kteří mají obtíže ve stoji, by měly být v rámci terapie zařazovány aktivity s nároky na rovnováhu (French et al., 2016; van Duijnhoven et al., 2016, Hugues et al., 2019).
- **NEGLECT SYNDROM:** Pro zlepšení výkonu ADL a funkce ruky lze u osob s příznaky unilaterálního neglectu využít Mirror therapy, dále kompenzační strategie (například pomocí vizuálního skenování), zaměření na zapojování opomíjené strany (například sněžení jídla z celého talíře, včetně opomíjené strany) a v neposlední řadě před terapií by pacientům po CMP s neglect syndromem mělo být poskytnuto jasné vysvětlení poruchy (Stroke Foundation, 2021).

2. METODIKA EVALUACE BYTU

Dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění, může ergoterapeut provádět bez odborného dohledu a bez indikace, kromě jiného poradenskou činnost a instruktáž v oblasti úprav pracovního prostředí, aplikovat zásady ergonomie, doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí i seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Hodnocení domácího prostředí lze provádět kdykoliv v průběhu ergoterapeutického procesu, ale zpravidla bývá nejefektivnější těsně před nebo po ukončení hospitalizace, kdy se terapeut zaměřuje na **tři intervenční strategie dle účelu**, za jakým bylo hodnocení provedeno (Weeks, Lamb a Pickens, 2010):

✓ Základní domácí intervence zaměřené na bezpečnost

- detekce pádů a doporučení úprav: např. odstranění prahů, koberečků, zajištění vhodného osvětlení, uspořádání nábytku a skříněk tak, aby byl volný přístup ke každodenně používaným věcem atd. (viz obr. 3)



Obrázek 3 Základní intervence (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

✓ **Jednoduché úpravy domácího prostředí**

- instalace madel, výměna kohoutkové baterie za pákovou, doporučení kompenzačních pomůcek, jako je sedačka na vanu, toaletní židle atd. (viz obr. 4)



Obrázek 4 Méně náročné úpravy (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

✓ **Hlavní úpravy domácího prostředí**

- zajištění zábradlí po obou stranách schodiště, rozšíření dveří, instalace ramp nebo schodišťových plošin, renovace koupelen, úpravy či instalace výtahu atd. (viz obr. 5). Tyto úpravy vyžadují spolupráci s dalšími odborníky, jako jsou např. architekti, stavební inženýři, instalatéři nebo elektrikáři.



Obrázek 5 Zásadní úpravy (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

Metodika ergoterapie v domácím prostředí

Pokud je hodnocení prováděno ještě v průběhu hospitalizace pouze dotazováním pacienta/klienta bez přímé domácí návštěvy, snižuje se efektivita procesu, jelikož klienti si často neuvědomují veškerá rizika. Vhodná je alespoň jednorázová návštěva pro zhodnocení rizik a vlivů prostředí, jež by mohly ovlivnit bezpečnost klienta. V optimálním případě by měl terapeut navštívit klienta víckrát, jelikož klienti mohou mít „dobré a špatné dny“ a opakované návštěvy poskytnou komplexnější obraz o funkčních schopnostech klienta v jeho domácím prostředí. Otevírá se tím větší možnost indikované facilitační prostředky vyzkoušet a zkontrolovat provedené úpravy apod. a tím i zjistit, jestli klient ví, jak s pomůckami zacházet a zdali jsou provedené změny efektivní (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

Velkým problémem pro realizaci některých opatření v domácnosti může být i nedostatek financí (Bercaw, 2020, Grasso et al., 2023). Pro tento účel je vhodné následující **rozdělení environmentálních modifikací** dle Campani et al. (2020):

- ✓ úpravy bez finančního zatížení (např. přesunutí koberečků, odstranění prahů),
- ✓ úpravy méně finančně náročné (např. úpravy osvětlení, úpravy zábradlí) a
- ✓ finančně náročné intervence (výměna výtahu, rekonstrukce koupelny, instalace schodolezu apod.).

Interprofesní spolupráce

Výzkumný projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S) na základě výsledků zdůrazňuje a potvrzuje, že význam má spolupráce ergoterapeuta se sociálními pracovníky k řešení možností administrace žádostí o dávky. Velice žádoucí je spolupráce s lékaři (praktický lékař, geriatr, neurolog, ortoped, oční lékař apod.) k indikaci pomůcek financovaných z veřejného zdravotního pojištění. Intervence může být poskytována i v kombinaci s fyzioterapií. Nezastupitelnost ergoterapeuta je z výsledků předloženého výzkumu zjevná.

Struktura evaluace domácího prostředí

K evaluaci domácího prostředí lze využít standardizovaných nástrojů, kterých je v zahraničí mnoho. V České republice je problém s dostupností českého překladu či standardizace a adaptace na české podmínky. Dostupná je například česká metodika SemaforeHOME (Macháčová et al., 2014). Není nutno využívat standardizované nástroje, důležité je, aby hodnocení bylo strukturované, např. podle místností v domácnosti či položek soběstačnosti.

Bylo navrženo hodnocení domácího prostředí dle zásad Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008), které je k dispozici v příloze 2. Lze jej využít pro inspiraci v jednotlivých částech, eventuálně jako celek. Příklady bariér a facilitátorů v rámci jednotlivých místností jsou uvedeny v příloze 3. V případě doporučovaných úprav je potřeba brát v úvahu předpis nového stavebního zákona s účinností od roku 2024 v aktuálním platném znění, Zákon č. 283/2021 Sb. Stavební zákon.

3. MANUÁL K NEJČASTĚJI POUŽÍVANÝM FACILITAČNÍM PROSTŘEDKŮM

Pomůcky, které by měl ergoterapeut nosit s sebou jako základní terapeutickou výbavu v rámci domácích návštěv (Kuželková a Vacková, 2020):

ERGOTERAPEUTICKÝ KUFŘÍK

Protiskluzová podložka

Využitelná v kuchyni při přípravě jídla, pod talíř při jezení, při psaní, při vypodložení paretické ruky na stole k zamezení skluzu končetiny ze stolu. Možné zakoupit v roli a následně stříhat rozměry dle potřeby, event. jako jednotlivou podložku kulatého nebo obdélníkového tvaru.

Nůž s kolmou rukojetí

Pro podporu soběstačnosti v kuchyni je možné využít klasický nůž k přípravě jídla event. pravoúhlý nůž příborový.

Silikonové protiskluzové držáky na příbor, event. ergonomický příbor s ohebným koncem

Pomůcka využitelná pro zvětšení úchopů. Lze využít pro různé příbory, event. lze zakoupit již přímo příbor s rozšířenou ergonomickou rukojetí a ohebným kovovým koncem pro individuální nastavení úhlu (vhodné v případě patologického postavení končetiny a snížené hybnosti, event. zhoršeného úchopu a snížené síly úchopu).

Zvýšený okraj na talíř

Lze nasadit na jakýkoliv talíř k usnadnění nabírání jednou rukou.

Fixační pásek na suchý zip

Přípevnitelný např. k příboru nebo pro nasazení psacího náčiní. Umožňuje úchop při zhoršené nebo nulové jemné motorice.

Kuchyňské prkénko – multifunkční event. jednoduché pouze s fixačními bodci

Multifunkční prkénko obsahuje 3 typy struhadel, čistící kartáček, fixační bodce, posuvný držák, zářezky proti posunu potravin. Má protiskluzové přísavky. Jeho nevýhodou je vysoká pořizovací cena. Velice dobře využitelné je však i jednoduché prkénko s fixačními bodci pro krájení různých potravin, pro ukotvení pečiva při mazání apod.

Podavač předmětů

Využitelný pro podávání předmětů z výšky nebo ze země, nebo při jiných běžných denních aktivitách, jako např. oblékání – vytažení kalhot při omezené hybnosti.

Kuličkové pero velkého průměru pro osoby se špatnou motorikou, event. tužka se závažím

Díky velkému průměru je vhodná např. pro seniory, nebo pro osoby se špatnou jemnou motorikou pro psaní. Tužka se závažím je vhodná zejména pro osoby s třesem rukou.

Gumový nástavec na rozšíření tužky nebo pera

Pro rozšíření úchopu při problematické jemné motorice. Dostupné jsou různé tvary, je potřeba individuálně s klientem vyzkoušet, který typ mu vyhovuje. Některé nástavce jsou speciálně rozdělené pro praváky a leváky.

Navlékač ponožek

Ulehčuje oblékání bez nutnosti ohýbání při omezeném rozsahu pohybu. Navlékače se prodávají celé plastové (lepší z hygienického hlediska - dezinfikovatelné) nebo potažené jemnou klouzavou textilií. V praxi se ale více osvědčily navlékače textilní, se kterými se klienti naučí lépe manipulovat. Navlečení ponožky je s tímto navlékačem zpravidla jednodušší, než s plastovým navlékačem.

Tkaničky elastické

Ulehčují nazuť bot bez nutnosti jejich zavazování.

Zapínač knoflíků a zipů

K ulehčení zapínání knoflíků jednou rukou, event., při zhoršené jemné motorice obou rukou.

Houba mycí prodloužená

Ideální pro umožnění mytí zad či jiných těžko dosažitelných částí těla při sníženém rozsahu pohybu ramenního kloubu nebo zhoršené mobilitě trupu apod.

Madlo do koupelny a WC s přísavkami

Madlo je vhodné do koupelny, WC nebo sprchového koutu. Je možné jej připevnit na jakýkoliv pevný a hladký povrch jako je například obklad, dlažba, sklo nebo kov. Toto madlo doporučujeme v případě, že není možné navrtat pevné madlo a také na vyzkoušení vhodných pozic madla v rámci ergoterapeutické evaluace bytu.

V ergoterapeutickém kufříku je vhodné mít mezi základními terapeutickými pomůckami dále níže uvedené:

- ✓ **Masážní míček (ježek): 7cm**
- ✓ **Molitanový masážní míček: 7cm**
- ✓ **Terapeutická hmota extra jemná**
- ✓ **Terapeutická hmota běžná tuhost**
- ✓ **Krejčovský metr**
- ✓ **Oboustranná lepicí páska nebo lepicí suché zipy**
- ✓ **Molitanové podložky event. pěnové pásy k rychlému rozšíření úchopů různých předmětů**

Nezákladnější drobné pomůcky, které může terapeut nosit s sebou v ergoterapeutickém kufříku, viz Obr. 6.



Obrázek 6 Základní ergoterapeutický kufřík drobných pomůcek (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

Další pomůcky

Dále jsou často využívanými pomůckami **nástavce na toaletu, sedačky na vanu a protiskluzové podložky do vany**. Dle zkušeností není nutné je brát s sebou na první domácí návštěvu, ale v případě potřeby se domluvit na vyzkoušení v rámci další intervence a vybrat vhodný typ.

Není prakticky téměř možné, aby měl terapeut k dispozici všechny pomůcky na vyzkoušení. Je důležité však mít přehled ohledně dostupnosti pomůcek, znát různé možnosti firem a v případě potřeby být včasným zprostředkovatelem s komplexními informacemi pro klienta, jak pomůcku zabezpečit. Vhodné je proto mít s sebou **ukázkové katalogy pomůcek**. Firmy jsou ochotné přivézt větší pomůcky k vyzkoušení i do domácnosti klientů a zabezpečit tak výběr pomůcky na míru. Může se jednat o **pomůcky k mobilitě (chodítka, mechanické či elektrické vozíky), různé typy sedáků do vozíků, schodolezy či jiné bezbariérové úpravy, toaletní křesla apod.**

Mezi další pomůcky zabezpečující bezbariérovost patří různá **označení schodů a protiskluzová opatření**. Z jiného hlediska se může jednat o **dávkovače léků, různé bezpečnostní (SOS) náramky a systémy k přivolání pomoci**.

Facilitační prostředky a bariéry dle významnosti a výskytu

Níže je pro lepší orientaci terapeutů v bariérách a facilitátorech v rámci vyšetření i terapie vytvořený přehled nejčastějších bariér (viz obrázek 7) a facilitátorů (obrázek 8), které se u osob se získaným poškozením mozku vyskytují.

B A R I É R Y	I. NAPROSTO ZÁSADNÍ
	<ul style="list-style-type: none"> • Vstup do obydlí - schody, rampa s nevhodným sklonem, prahy, těžké vstupní dveře • Bariérová koupelna, nízké WC, malý prostor, mnoho věcí, nevyhovující vana, nedostatečná šířka dveří • Schody v interiéru
	II. VYSOCE PROBLEMATICKÉ
	<ul style="list-style-type: none"> • Chybějící drobné pomůcky k jedení, oblékání, hygieně a koupání, ke grafomotorice • Malý byt a stísněné prostory, dispozice a uspořádání bytu • Absence systému přivolání pomoci • Chybějící osoba blízká nebo pečovatel, přítomnost hyperprotektivní osoby • Uspořádání kuchyně, obývacího pokoje, absence vhodné židle či pohovky, nízká postel v ložnici
III. PODSTATNÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Prahy • Absence madel v interiéru • Okolí domu: členitý terén, vysoké chodníky, nájezdy 	
IV. SPECIFICKÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Chybějící pomůcka pro lokomoci • Malý výtah • Absence výtahu 	

Obrázek 7 Nejčastější bariéry (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

F A C I L I T Á T O R Y	I. NAPROSTO NEPOSTRADATELNÉ
	<ul style="list-style-type: none"> • Léky • Sociální vazby, fyzická pomoc: rodinný příslušník, pečovatel formální či neformální, ošetřovatel, přítel, soused, terapeut • Mobilní telefon a kontakt na dálku v případě nouze
	II. VYSOCE DŮLEŽITÉ
	<ul style="list-style-type: none"> • Koupelna: sedačka na vanu, sprchový kout, sprchová židle, klozetové křeslo, protiskluzové podložky • Madla, zábradlí u schodů • Lokomoce: Chodítka, hole, berle, vysoké chodítka, mechanický či elektrický vozík
III. PODSTATNÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • WC: vyvýšená toaleta, nástavec na toaletu • Brýle na čtení • PC, tablet, internet • Ortézy, dlahy, podpažní váleček, peron. páska, pomůcky k tréninku motoriky • Bezbariérové úpravy: přístup do domu, rampa, koupelna, WC, protiskluzové podlahy, rekonstrukce bytu • Elektricky polohovatelná postel 	
IV. SPECIFICKÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Domácí mazlíček: pes, kočka, králik • Kalendář, diář, budík, dávkovač léků • Donášková služba: nákupy, obědy/jídlo • Drobné kompenzační pomůcky • Skluzná deska k přesunům • Automobil • Přestěhování do bezbariérového bytu 	

Obrázek 8 Nejčastější facilitátory (Zdroj: Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S)

4. NÁVRH PROPOJENÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Propojení zdravotní a sociální oblasti lze docílit pouze v případě, že terapeut v rámci práce v interprofesním týmu dodrží uvedené postupy.

Níže jsou shrnuty hlavní zásady a poznatky doložené výzkumem, se zaměřením na úlohu ergoterapeuta v rámci koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku.

- ✓ Diagnosticko-terapeutické metody ergoterapeuta u klientů se získaným poškozením mozku v domácím prostředí jsou zaměřené minimálně na 5 základních oblastí: (1) ADL, (2) bariéry prostředí, bezpečnost a prevence, (3) jemná motorika a grafomotorika, (4) mobilita a lokomoce, (5) volnočasové aktivity, začlenění do zaměstnání a komunity. V rámci terapeutických metod se jedná především o využití modelových činností k diagnostice i terapii, poradenství a instruktáž, různé kompenzační strategie, kognitivní trénink, fyzické či verbální vedení, metody k posílení psychické a fyzické kondice, motivační strategie a aplikace neurovývojových přístupů.
- ✓ Hlavním zaměřením ergoterapeutické intervence v domácím prostředí osoby se získaným poškozením mozku je evaluace prostředí cílená na identifikaci bariér a indikaci facilitačních prostředků jako součást funkční diagnostiky a terapie. Právě v této oblasti je spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka velice podstatná, zejména ohledně řešení možnosti financování a vyřizování záležitostí na úřadech.
- ✓ Naprosto nepostrádatelnými facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či kontakt na dálku. V rámci identifikace bariér by měla být zvýšená pozornost věnována zejména vstupu do obydlí, schodům v interiéru i exteriéru, případně výtahu, dále koupelně a toaletě. Velice častou a neopomenutelnou součástí indikace facilitátorů je zaměření na instalaci madel, vhodné zábradlí u schodů a adekvátní pomůcky k mobilitě a lokomoci, či v neposlední řadě drobné pomůcky k soběstačnosti. Jako funkční řešení je ke zvážení přestěhování do bezbariérového bydlení, ve spolupráci se sociálním pracovníkem.
- ✓ V propojení sociální a zdravotní složky koordinované rehabilitace osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí je role ergoterapeuta klíčová. Zároveň, pokud zdravotně-sociální pracovník působí v roli case managera, má velké předpoklady k úspěšnému propojení zdravotní a sociální složky a minimalizuje fakt, že se bude klient v komplikovaném systému služeb ztrácet.

Metodika ergoterapie v domácím prostředí

- ✓ Koordinovaná rehabilitace (dle EBP) s důrazem na propojení zdravotní a sociální složky zlepšuje orientovanost klientů ve službách, zefektivňuje sociální služby a podpory a umožňuje plynulejší a rychlejší návrat osob se získaným poškozením mozku do běžného života.
- ✓ Koordinovaná rehabilitace je efektivní ve smyslu zvýšení soběstačnosti osob se získaným poškozením mozku s dopadem na snížení potřebné míry dopomoci či dohledu druhé osoby o 1-2 hodiny denně (dle FIM), při zajištění intervence v prvních třech měsících po propuštění do domácího prostředí. Další návaznost se jeví jako velice žádoucí minimálně pro udržení efektu.
- ✓ Ze subjektivního hlediska klientů a na základě hodnocení kvality života dle WHODAS 2.0 bylo potvrzeno, že koordinovaná rehabilitace s využitím facilitačních prostředků (pomůcky včetně bezbariérových úprav) navržených ergoterapeutem v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku zvyšuje soběstačnost těchto osob.
- ✓ V případě, že nejsou zajištěny další návazné komunitní služby v rámci koordinované rehabilitace, osoby se získaným poškozením mozku se v dlouhodobém horizontu opět zhoršují (dle WHODAS 2.0).
- ✓ Při hodnocení domácího prostředí je významnou složkou nejen prostředí fyzické, ale i prostředí sociální, zejména sociální vazby, osobní vztahy, rodina a kontakty na osoby blízké.
- ✓ Podstatou vzájemné spolupráce ergoterapeuta a (zdravotně-) sociálního pracovníka je kooperace při řešení bezbariérových úprav prostředí, včetně kompenzačních pomůcek financovaných ze sociální složky a vzájemná interakce v rámci šetření ohledně dalších příspěvků a podpor pro adekvátní stanovení funkčních schopností a disability klienta. Například v procesu posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči je spolupráce ergoterapeuta a sociálního pracovníka naprosto klíčová. Nevyhnutelné je též předání adekvátních a podstatných informací klientovi, které mu pomohou zorientovat se v komplikovaném systému služeb a podpor.
- ✓ Potřeby osob po získaném poškození mozku s odstupem tří a více let po prodělaném onemocnění jsou související s vnímáním důležitosti návaznosti rehabilitace vzhledem k potřebě udržení zdravotního stavu, psychické podpory a odpoutání od nemoci.
- ✓ Koordinovaný týmový přístup v domácím prostředí je osobami po poškození mozku hodnocen pozitivně z hlediska potřebné návaznosti rehabilitace v čase návratu do domácího prostředí, též ze sociální stránky a potřebné psychické podpory. Ergoterapeut, fyzioterapeut i (zdravotně-)sociální pracovník mají v tomto ohledu svoje nezastupitelné místo.

Problematika financování ergoterapie v domácím prostředí

Model koordinované rehabilitace v domácím prostředí je možný jen v případě velké podpory ze strany zákonodárců a při změně celkového systému koordinace sféry zdravotní a sociální. Zároveň je změna situace možná v případě podpory zdravotnických a sociálních zařízení poskytujících služby koordinované rehabilitace ze strany zdravotních pojišťoven. Konkrétně formou nasmlouvání potřebných "kódů" úhrad domácí intervence příslušných odborníků a vyřešením financování cestovních nákladů. Ze strany státu by byla dále vhodná adekvátní podpora poskytovatelů služeb v jejich působnosti v komunitní oblasti rehabilitace osob po poškození mozku. Zároveň lze hledat možnosti pro větší podporou financování z oblasti sociální sféry.

Možnosti financování lze hledat i přes různé projekty a granty, které ale nejsou komplexním řešením pro koordinovanou komunitní rehabilitaci v rámci státu.

Úhrady služeb zdravotnických pracovníků, včetně ergoterapeuta, upravuje Vyhláška č. 134/1998 Sb., Ministerstva zdravotnictví, v aktuálním platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. U odbornosti ergoterapeut speciální kód pro domácí návštěvu chybí. Ke zvážení jsou kódy bez omezení místa intervence, konkrétně vhodné:

- ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ – kód 21614 – 2x (celkem 2 x 20 min/den), 6x/čtvrtletí.
- NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL - 21625 – 2x (2 x 30 min/den), 48x/čtvrtletí.
- KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ (MKF) (v případě, že ergoterapeut využije i hodnocení dle ICF (návrh hodnocení viz příloha 2) - kód 21612 – 1x (30 min), 3x/čtvrtletí.

Vzhledem k tomu, že domácí ergoterapeutická návštěva bývá časově náročná a zpravidla obsahuje minimálně první dva úkony, lze tak počítat s časem 100 minut při nasmlouvání uvedených kódů. Pokud terapeut využije i hodnocení MKF, čas lze prodloužit o dalších 30 minut, tedy maximálně celkem 130 minut.

Je potřeba zdůraznit, že vždy je uveden konkrétní nositel kódu dle požadovaného vzdělání, dohledu apod. A je důležité splnit další podmínky stanovené platnou legislativou pro poskytování služby v místě bydliště a celkově poskytování zdravotnických či sociálních služeb.

Úhradová vyhláška nepočítá v tomto případě pro ergoterapeuta s proplacením cesty ke klientovi.

Ve všech zákonech, týkajících se jak zdravotní, tak sociální sféry, narážíme na chybějící popis koordinace složek rehabilitace a absenci propojení sociální a zdravotní složky, kterou by právě vyřešil zákon o koordinované rehabilitaci.

SLOVO NA ZÁVĚR

Vážení odborníci, tato metodika jako součást komunitní praxe je zaměřená na prostředí, které můžeme nazvat osobním, domácím, tím nejbližším a nejcennějším prostředím, které člověk má: vlastní domácnost. Jedná se o soukromý prostor, do kterého klient odborníka na jednu stranu dobrovolně pustí, ale je to velice křehké místo. Umožňuje to přizpůsobit terapii na míru v obydlí, které není nijak simulované, protože je realistické. Výhody takto prováděné ergoterapeutické intervence ve prospěch klienta jsou nesporné. Avšak myslete na to, že je to "tenký led", kdy některé osoby mohou citlivě reagovat zejména při hodnocení prostředí na nahlížení do různých částí obydlí, včetně ložnice, toalety či úložných prostor. Při spolupráci s klienty v domácím prostředí jde ještě víc než v jiném prostředí o dodržování hranic. Jedná se o jejich osobní prostor. Lze mluvit právě o schopnosti porozumět individualitě klienta, naplnění očekávání klienta a požadovaného rozsahu pomoci (Kutnohorská et al., 2011). Proto dbejme na empatický a citlivý přístup. Přístupujme ke klientům i jejich rodinám s opatrností a úctou. Etický kodex ergoterapeuta ať je vodítkem pro chování v každodenní praxi.

Vhodná forma komunikace nejen při hodnocení, ale též při indikaci facilitátorů a řešení různých menších či větších úprav je zásadní pro dosažení požadovaných cílů klientů a efektivity intervence. Rovněž i motivování klientů je velkou úlohou profesionálů, jelikož motivace vede k cíli (Kutnohorská, 2011). Z pohledu etiky je zároveň podstatné uvědomění jednotlivce, jaké hodnoty bude respektovat a prosazovat v soukromí i v profesním životě teď i v budoucnu (morální hodnoty a normy). Zároveň je vhodné odvolávat se i na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením s účelem podpory, ochrany a zajištění rovného užívání lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a k podpoře úcty jejich přirozené důstojnosti. Jedná se o osoby, které postihla vážná nemoc s následky a jistou formou utrpení, kdy nelze zapomínat ani na rodinu klienta jako součást interprofesního týmu.

Ze systematického hlediska je v řešení nedostupnost i prostupnost zdravotních a sociálních služeb v domácím prostředí, přičemž podstatné je rovněž časové hledisko poskytování služeb a jejich dostupnost. Manuál nabízí též návrhy řešení, ale chce to i velké odhodlání odborníků docílit změnu a komunikovat na příslušných místech, zviditelňovat odborníky pracující v oblasti rehabilitace, umět se prezentovat apod.

Milí odborníci, milé ergoterapeutky a milí ergoterapeuti, situaci změníme jen společnými kroky. Zároveň praxe založená na důkazech bude pro státníky podkladem při řešení legislativních opatření.

Hodně úspěchů ve společném snažení našem i našich klientů/pacientů!

ZDROJE

- BERCAW, L. E., 2020. Supporting Aging in Place: A Policymaking Blueprint for Addressing U.S. Older Adults' Unmet Home Modification Needs. *Journal of Aging and Environment*. 34(4), 389–401. DOI: 10.1080/26892618.2019.1707737.
- CAMPANI, D., CARISTIA, S., AMARIGLIO, A., et al., 2021. IPEST Working Group. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs*. 38:493–501. DOI: 10.1111/phn.12852.
- Clinical Guideline on Stroke Rehabilitation, 2013. *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning* [online]. [cit. 2021-05-31]. Dostupné z: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/MNG_D1_2.%20Rehabilitation%20guideline%20of%20Stroke.pdf
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online] [cit. 2024-07-13]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- ČESKO, 2006. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online] [cit. 2023-07-10]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- FRENCH, B., THOMAS, L. H., COUPE, J. et al., 2016. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016(11) [cit. 2022-01-05]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD006073.pub3.
- GRASSO, A. Y., MURPHY, A., & ABBOTT-GAFFNEY, C., 2023. The Impact of a Two-Visit Occupational Therapy Home Modification Model on Low-Income Older Adults. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 11(1), 1-9. DOI: 10.15453/2168-6408.2047.
- HUGUES, A., MARCO, J. D., RIBAUT, S. et al., 2019. Limited evidence of physical therapy on balance after stroke: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [online]. 14(8) [cit. 2022-01-06]. ISSN 1932-6203. DOI:10.1371/journal.pone.0221700
- JELÍNKOVÁ, J., 2023. *Poradenství v ergoterapii*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-5501-7.
- KIELHOFNER, G., 2008. *A Model of Human Occupation: Theory and Application*, 4th edn, published by Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
- KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUŽELKOVÁ, A., VACKOVÁ, J., 2020. *Zdravotně-sociální problematika klientů po úiskaném poškození mozku v souvislosti s intervencí ergoterapeuta*. In: VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména*

Metodika ergoterapie v domácím prostředí

CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2712-434-3.

LAVER, K. E., ADEY-WAKELING, Z., CROTTY, M., LANNIN, N. A., GEORGE, S., SHERRINGTON, C., 2020. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020(1), 1-81 [cit. 2022-01-03]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD010255.pub3

LAW, M., COOPER, B., STRONG, S., STEWARD, D., RIGBY, P., LETTS, L., 1996. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1), 9-23. DOI:10.1177/000841749606300103.

LEGG, L. A., LEWIS, S. R., SCHOFIELD-ROBINSON, O. J., DRUMMOND, A., LANGHORNE, P., 2017. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2017, 2017(7), 1-63 [cit. 2022-01-03]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub3.

POLLOCK, A., GRAY, CH., CULHAM, E., DURWARD, B. R., LANGHORNE, P. 2014. Interventions for improving sit-to-stand ability following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2022-01-05]. ISSN 14651858. DOI: 10.1002/14651858.CD007232.pub4.

SMRČKA, M., 2001. *Poranění mozku*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9820-2.

ŠVESTKOVÁ, O., 2013. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. 14(3): 136–139. ISSN 1803-5280.

VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-2712-434-3.

VAN DUIJNHOFEN, H. J. R., HEEREN, A., PETERS, M. A. M., VEERBEEK, J. M., KWAKKEL, G., GEURTS, A. C. H., WEERDESTYEN, V., 2016. Effects of Exercise Therapy on Balance Capacity in Chronic Stroke. *Stroke* [online]. 47(10), 2603-2610 [cit. 2022-01-06]. ISSN 0039-2499. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.013839.

VEERBEEK, J. M., VAN WEGEN, E., VAN PEPPEN, R., VAN DER WEES, P. J., HENDRIKS, E., RIETBERG, M., KWAKKEL, G., QUINN, T. J., 2014. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 9(2), 1-33. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.

VOTAVA, J., 2017. Pohybová soustava z klinického hlediska – část speciální. In *Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada. Kapitola 3., s. 173-197. ISBN 978-80-271-0084-2.

Metodika ergoterapie v domácím prostředí

VYHLÁŠKA č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: Sběrka zákonů České republiky [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>

VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-544. [online] [cit. 2024-05-12]. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/>

WEEKS, A. L., LAMB, B. A., PICKENS N. D., 2010. Home Modification Assessments: Clinical Utility and Treatment Context. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 28(4), 396-409. ISSN 0270-3181. DOI: 10.3109/02703180903528405.

WHO, 2006. *Neurological disorders: public health challenges* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2018-05-20]. ISBN 978-92-4-156336-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563369>

WHO. 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.

ZASLER, N. D., KATZ, D. I., ZAFONTE, R. D. 2013. *Brain injury medicine: principles and practice*. 2nd ed. New York, NY: Demos Medical Pub. ISBN 9781617050572.

ZÁKON č. 283/2021 Sb., Stavební zákon. 2021. [online] [cit. 2024-09-02]. In: Sběrka zákonů České republiky. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

SEZNAM ZKRATEK

ADL – z angl. Activities of Daily Living – běžné denní činnosti

CMP – cévní mozková příhoda

FIM –Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

HK – horní končetina

iADL – instrumentální běžné denní činnosti

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MOHO - z angl. Model of Human Occupation – Model lidského zaměstnávání

pADL – personální běžné denní činnosti

PEO – z angl. Person-Environment-Occupation Model (osoba-prostředí-zaměstnávání)

Projekt – Projekt s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, číslo projektu GAJU 138/2016/S

WHODAS 2.0 – WHO Disability Assessment Schedule 2.0

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 Bezpečná domácnost - brožura

PŘÍLOHA 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF

PŘÍLOHA 3 Fotodokumentace vybraných bariér a facilitátorů

Příloha 1 Bezpečná domácnost – brožura

Tyto informace lze využít pro klienty jako praktickou brožuru k předání v tištěné formě. Brožura je vhodná pro osoby po poškození mozku, seniory a rizikové osoby se zaměřením na prevenci pádů a další opatření v domácnosti dosažení či udržení optimální soběstačnosti a bezpečného provádění běžných denních aktivit.

BEZPEČNÁ DOMÁCNOST

V domácnosti se často vyskytují rizikové oblasti, které mohou způsobit komplikace. Předloženo je proto několik praktických informací, jak vytvořit bezpečný domov a zabránit tak úrazům a pádům, které mohou mít vážné důsledky. Zároveň jsou uvedena doporučení, jak jednat, pokud k pádu nebo ke zranění dojde.

Úrazy a pády v domácím prostředí

PŘÍČINY:

- nevhodná obuv
- nebezpečný povrch
- překážky
- nevhodná či nebezpečná aktivita
- léky
- horší rovnováha
- slabší svalstvo a méně stabilní klouby
- horší zrak



DŮSLEDKY:

- zlomeniny
- poranění v oblasti hlavy
- popáleniny
- opařeniny
- prochlazení
- úzkost
- deprese
- imobilizační syndrom



Doporučení, jak jednat v případě pádu a zranění

Jestliže zranění znemožňuje pohyb:

✓ **Snažte se zavolat pomoc:**

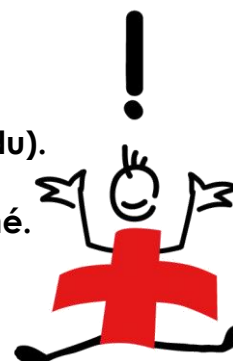
- Telefon se snažte mít vždy v dosahu.
- Tísňové volání – Tísňová linka **112**, Tísňová péče **ŽIVOTA 90** - Nonstop dispečink, SENIOR TELEFON: 800 157 157.
- Pokud nemáte telefon, snažte se zabouchat na sousedovu zeď, nebo se dostat ke dveřím či oknu.

✓ **Snažte se dostat na měkký a teplý povrch.**

✓ **Neprochladněte (přikryjte se, vyhýbejte se průvanu a chladu).**

✓ **Nezůstávejte příliš dlouho v jedné poloze, pokud je to možné.**

✓ **Nezůstávejte ve vlhku a na mokré ploše.**



Pokud jste schopni vstát, nevstávejte najednou:

✓ **Nejdříve se přetočte.**

✓ **Klekněte na kolena a opřete se rukama o zem.**

✓ **"Po čtyřech" se přesuňte k nejbližšímu kusu nábytku, na který si můžete sednout.**

✓ **Chvíli odpočívejte vsedě, a potom můžete opatrně vstát.**

✓ **Při chůzi se přidržujte nábytku nebo madel.**



Obecná opatření pro bezpečnou domácnost

- ✓ Dostatečné vhodné osvětlení, označené vypínače.
- ✓ Neklouzavé a čisté povrchy podlah.
- ✓ Dostatek prostoru pro pohyb.
- ✓ Funkční spotřebiče (plynové i elektrické).
- ✓ Stabilní a bezpečné schůdky.
- ✓ Vhodná pevná obuv a neklouzavá podrážka bot.
- ✓ Nenosit oblečení tak dlouhé, že by se o něj mohlo při chůzi zakopnout.
- ✓ Nespěchat.
- ✓ Při dlouhodobé práci se zvednutými pažemi (př. věšení záclon, mytí oken apod.) nebezpečí závratě – vždy s dohledem.
- ✓ Pouštět nejdříve studenou vodu než teplou.
- ✓ Pomalu vstávat ze židle a postele, zvláště v noci a po ránu.
- ✓ Správné užívání léků – užívání dle indikace lékaře, využívat dávkovače léků, kontrolovat expirační dobu.



Rady pro jednotlivé místnosti v domácnosti

CHODBA A SCHODY

- ✓ Nainstalujte si do chodby kouřový detektor.
- ✓ Mějte dostatečné osvětlení.
- ✓ Odstraňte prahy či alespoň je výrazně označte.
- ✓ U schodů mějte zábradlí (min. 85 cm vysoké).
- ✓ Schody (alespoň první a poslední) barevně či reflexně označte - pruhy či nátěry).



KOUPELNA a WC

Využívejte následující pomůcky a úpravy:

- ✓ protiskluzové podložky a pásy do vany i vedle ní,
- ✓ madla u vany i WC,
- ✓ sedačky a stoličky,
- ✓ termostatická baterie, nejlépe páková,
- ✓ nástavec na WC.



KUCHYŇ

- ✓ Mějte dostatečné osvětlení.
- ✓ Uložení věcí na dostupném místě, ne ve výškách, v opačném případě používejte stabilní schůdky, ale i tak hrozí závrať.
- ✓ Ostré nože a další pomůcky používejte opatrně.
- ✓ Označte si čisticí prostředky a další chemikálie, odkládejte je na uzamykatelném místě.
- ✓ Mějte čistou a nekluzkou podlahu a pracovní plochu.
- ✓ Ucha hrnců, rukojeti pánví a chňapky dávejte mimo oheň.
- ✓ Chňapky nepoužívejte mokré, hrozí opaření.



OBÝVACÍ POKOJ

- ✓ Mějte vhodné osvětlení.
- ✓ Pouze stabilní nábytek může sloužit k případné opoře.
- ✓ Koberce zajistěte proti posunutí protiskluzovou páskou nebo je nahradte koberci s pryžovou neklouzavou spodní vrstvou, volné okraje koberců.
- ✓ Připevněte k podlaze. Případně koberce úplně odstraňte.
- ✓ Mějte křesla s opěrkami.
- ✓ U topení dávejte pozor na popálení a záclony.

LOŽNICE

- ✓ Mějte vhodné bodové osvětlení (lampičku u postele) a případně i baterku.
- ✓ Postel má být přiměřené výšky, možno přidat matraci, ale je nutné zabránit jí v posunutí.
- ✓ Mějte dostatečný prostor okolo postele.
- ✓ Na nočním stolku mějte léky a telefon s tísňovými čísly.
- ✓ Při vstávání chvíli zůstaňte sedět na posteli, trochu si vsedě zacvičte a potom vstaňte.

Rady pro venkovní prostředí

DÍLNA A ZAHRADA

- ✓ Používejte ochranné pomůcky (brýle apod.).
- ✓ Těžší práci ponechte mladším (např. prořezávání větví).
- ✓ Pokud vykonáváte náročnější práci, rozložte si ji, častěji odpočívejte.



POCHŮZKY

- ✓ Zejména v zimě je vhodná hůl s bodcem.
- ✓ Používejte protiskluzové podrážky nebo protiskluzové návleky na boty.
- ✓ Ve tmě noste světlé oblečení a reflexní materiály.

NÁKUPY

- ✓ Nespěchejte.
- ✓ Noste tašku na kolečkách.
- ✓ Můžete využít donáškovou službu.



DALŠÍ DŮLEŽITÁ OPATŘENÍ A DOPORUČENÍ

Mějte lékárničku v dosahu.

Mějte vhodné strategie pro výměnu žárovky a jiné práce ve výškách -
dělejte pod dohledem nebo poproste někoho v rodině či odborníka.

Mějte nainstalován detektor CO.

Mějte mobil v dosahu event. náramek SOS či jiný systém k přivolání
pomoci je nutností v případě nouze.

Zamykejte vstupní dveře a bezpečně kontrolujte před odemčením, kdo je
za dveřmi.

Mějte kontakty a dobré vztahy se sousedy.

Ujistěte se o umístění náhradních klíčů a určete důvěrnou blízkou osobu,
která bude mít náhradní klíče.

POMŮCKY PRO SEBEOBSLUHU A BEZPEČNÝ DOMOV

Na trhu je široký výběr pomůcek pro zvýšení soběstačnosti a bezpečnosti v domácnosti. Pro inspiraci je níže uvedená obrazová dokumentace. Pomůcky žádejte ve zdravotnických prodejnách, některé pomůcky může předepsat Váš lékař (nejčastěji praktik, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař).

- **Základní sebeobsluha**



- **Pomůcky do koupelny a WC, toaletní křesla, madla**



- **Označení schodů a protiskluzová opatření**



- **Dávkovač léků, nakupování, tísňové volání**



Zdroje a doporučené odkazy:

www.zivot90.cz, www.zijtekvalitne.cz, www.ortoservis.cz, www.dmapraha.cz,
www.meyra.cz, www.medicco.cz, www.ottobock.cz, www.rehabilitacnipomucky.cz

Materiál zpracovala: Mgr. Anna Kuželková v rámci Projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

Příloha 2 Hodnocení domácího prostředí dle zásad MKF

Dále je kompletní hodnocení domácího prostředí, které dodržuje zásady kódování dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Pokud se hodnotitel rozhodne nezahrnout do evaluace domácího prostředí klasifikaci MKF, lze navržený formulář využít bez těchto kódů.

Původní hodnocení bylo výstupem ergoterapeutické diplomové práce autorky Doroty Podzemné (2019)¹, v rámci projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

¹ PODZEMNÁ, D., 2019. Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku. Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Diplomová práce, vedoucí Krulová, Anna (Kuželková). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze.

Hodnocení domácího prostředí s využitím Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

©Podzemná, D., Kuželková, A., 2024

INSTRUKCE K HODNOCENÍ

Tento formulář slouží k hodnocení domácího prostředí klienta s fyzickým postižením. Měl by ergoterapeutům poskytnout vodítko, jak při hodnocení postupovat a čemu věnovat pozornost. Jednotlivé položky jsou seřazeny takovým způsobem, aby bylo hodnocení co možná nejefektivnější. Formulář je rozdělen na část popisnou a samotné hodnocení domácího prostředí.

Popisná část je hodnocena formou rozhovoru s klientem, případně rodinnými příslušníky. Slouží ke sběru anamnestických údajů týkajících se zejména klientova zdravotního stavu a způsobu bydlení. **Hodnocení domácího prostředí** poté probíhá pomocí zúčastněného pozorování. Ergoterapeut spolu s klientem dle potřeby, vzhledem k jeho funkčnímu stavu, postupně prochází jednotlivé místnosti domácnosti. Ke každému klientovi by měl být zvolen individuální přístup a vše by mělo být posuzováno komplexně a v souvislostech. Formulář je navržen tak, aby bylo prostředí hodnoceno ve vztahu k ADL a iADL aktivitám. Ke každé místnosti je přiřazena funkční aktivita, která je v dané místnosti většinou prováděna. Ergoterapeut tedy nejprve hodnotí funkční aktivitu (kterou si od klienta nechá názorně předvést), ale rovnou v souvislosti s prostředím. Formulář je poměrně obsáhlý, ale u každého klienta se hodnotí pouze relevantní položky. U těchto položek je poté zaznamenáno, zda se jedná o bariéru, facilitátor a pro orientaci a zdůraznění, zda hrozí riziko pádu. Formulář je navržen dle MKF, každá položka tedy obsahuje kód odkazující na tuto klasifikaci. V rámci formuláře je možné hodnotit nejen faktory prostředí, ale také další z komponent MKF – aktivity a participace. Návod, jak postupovat při hodnocení MKF je prezentován na následujících stránkách. Pro zaznamenání výstupu z hodnocení dle MKF je možné využít předem připravené tabulky na konci hodnocení.

Popis hodnocení dle MKF

Ke každé relevantní položce přiřadíte hodnotu **kvalifikátoru**. Kvalifikátory jsou stejné pro všechny komponenty a domény MKF. Určují stupeň zdraví nebo závažnost problému. Bez kvalifikátoru nemá kód smysl. Kóduje se jako jedno nebo více čísel za tečkou v každém kódu.²

² ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017.

Hodnocení tíže disability³

xxx.0 – žádný problém	(nepřítomen, zanedbatelný,...)	0-4%
xxx.1 – mírný problém	(nepatrný, mírný,...)	5-24%
xxx.2 – střední problém	(střední, snesitelný,...)	25-49%
xxx.3 – těžký problém	(vysoký, extrémní,...)	50-95%
xxx.4 – úplný problém	(totální,...)	96-100%
xxx.8 – nespecifický problém		
xxx.9 – nelze aplikovat		

0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém.

1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, s intenzitou, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.

2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času s intenzitou, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.

3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, s intenzitou, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.

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.

8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.

9 Neaplikovatelné znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód.

Aktivity a participace „d“

Komponenta aktivity a participace se značí písmenem „d“. Při kódování přiřadíte hodnotu dvou kvalifikátorů – výkon (participace) a kapacita (aktivita). Systém kvalifikátorů zobrazuje tabulka č. 1.

První kvalifikátor: Výkon (participace)	Druhý kvalifikátor: Kapacita (aktivita)
<ul style="list-style-type: none"> • aktuální výsledek efektu prostředí na funkční schopnosti člověka • výkon osoby v aktuálním prostředí • závislost na prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> • schopnosti člověka bez ovlivnění prostředí • kapacita osoby bez facilitujících nebo bariérových prvků prostředí • bez závislosti na prostředí

Tab. č. 1 – Aktivity a participace: systém kvalifikátorů⁴

³ WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008.

⁴ ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017.

Faktory prostředí „e“

Komponenta faktory prostředí se značí písmenem „e“. Při kódování zaznamenáváme, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor (má před číslem znaménko +). V rámci formuláře u relevantních položek zaznamenejte, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor a přiřaďte vhodný kvalifikátor. V případě sloučených položek poté navíc rozhodněte, v dalším sloupci, o výsledné hodnotě kvalifikátoru pro tyto položky.

Bariéra	Facilitátor
0 Není bariéra	0 Není facilitátor
1 Lehká bariéra	+1 Lehce podporující facilitátor
2 Středně těžká bariéra	+2 Středně podporující facilitátor
3 Těžká bariéra	+3 Podstatně podporující facilitátor
4 Kompletní bariéra	+4 Kompletně podporující facilitátor
8 Nespecifická bariéra	+8 Nespecifická facilitátor
9 Nelze použít	+9 Nelze použít

Tab. č. 2 – Faktory prostředí: kvalifikátory

Hodnotitel:

Datum:

Jméno klienta	Rok narození/věk
Základní diagnóza	
Další relevantní zdravotní komplikace	
Sociální situace, příspěvky a výhody	
Lokomoce	
<input type="checkbox"/> bez pomůcky <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> berle/hole <input type="checkbox"/> elektrický vozík <input type="checkbox"/> mechanický vozík	
Subjektivní potíže, bariéry/facilitátory (kompenzační pomůcky)	
Zájmy	
Denní režim	

Domácnost

Typ bydlení
<input type="checkbox"/> přízemní rodinný dům <input type="checkbox"/> vícepodlažní rodinný dům <input type="checkbox"/> přízemní byt <input type="checkbox"/> byt v patře <input type="checkbox"/> mezonetový byt
Způsob bydlení
<input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> s asistencí <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte:
Charakter bydlení
<input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> pronajaté <input type="checkbox"/> podporované <input type="checkbox"/> chráněné <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte:
Bezbariérové úpravy
Hlavní požadavky na hodnocení domácnosti

Hodnocení domácího prostředí**1. VSTUP DO DOMÁCNOSTI****Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti**

Chůze/jízda na vozíku:

Schody:

Hodnocení místnosti

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Přístupová cesta (povrch, šířka, sklon, charakter,...)				e 1500	
Schody				e 1550	
Vstup do obydlí (šířka, výška prahu, způsob otvírání/ zavírání – klika, zámek)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka chodby, povrchová úprava				e 1552	
Poštovní schránka				e 1551	
Výtah				e 1501	
Vstupní dveře do bytu (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika, zámek)				e 1550	
Domácí telefon				e 1551	

Jiné:

1. KOUPELNA**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Osobní hygiena:****Koupání:****Přesun vana/sprchový kout:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
--	--	--	--	-----------	--

Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Vana/sprchový kout				e 1150	
Baterie/zátka ve vaně/sprch. koutě				e 1150	
Držák na sprchu				e 1150	
Umyvadlo				e 1150	
Baterie/zátka v umyvadle				e 1150	

Jiné:

2. WC**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Použití WC:****Kontrola močení, vyprazdňování:****Přesun WC:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Toaleta				e 1150	
Splachovací zařízení				e 1150	
Umístění toaletního papíru				e 1150	

Jiné:

3. KUCHYŇĚ, JÍDELNA (PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ)**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Příjem jídla:****Přesun na/z židle:****Příprava jídla:****Nakupování:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Pracovní deska				e 1150	
Dřez				e 1150	
Baterie/zátka dřezu				e 1150	
Odpadkový koš				e 1150	
Kuchyňské spotřebiče (lednice, varná deska, trouba, malé kuchyň. spotřebiče, pračka)				e 1150	
Úložné prostory				e 1551	
Jídelní stůl				e 1150	

Jiné:

4. LOŽNICE**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Oblékání:****Přesun na/z postel(e):****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Postel				e 1150	
Nábytek				e 1150	

Jiné:**5. OBÝVACÍ POKOJ****Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti****Přesun sedací souprava/křeslo:****Hodnocení místnosti**

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550	
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552	
Nábytek				e 1150	

Jiné:

6. PRACOVNÍ PROSTOR**Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti**

Funkční komunikace (PC, mobilní telefon):

Vedení domácnosti/finance:

Hodnocení místnosti

Bar. Fac. Riziko MKF Poznámky

Pracovní stůl				e 1150	
Židle				e 1150	
Úložné prostory				e 1150	

Jiné:

7. TECHNICKÉ PROSTORY

garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory

Hodnocení funkčních aktivit

Domácí práce:

Vysávání:

Úklid:

Praní:

Věšení prádla:

Žehlení:

Poznámky:

8. VENKOVNÍ PROSTORY

zahrada, terasa, balkón

Poznámky:

9. OSTATNÍ

Hodnocení funkčních aktivit

Léky:

Transport/řízení:

Péče o druhé:

Péče o domácí zvířata:

ZÁVĚR

Funkční schopnosti:

Souhrn bariér:

Souhrn facilitátorů:

Doporučení pro úpravy a indikaci pomůcek:

Další doporučení:

Výstup z hodnocení domácího prostředí dle MKF

AKTIVITY A PARTICIPACE	Kvalifikátor výkonu	Kvalifikátor kapacity
d 360 Používání komunikačních pomůcek a technik		
d 3600 Používání telekomunikační pomůcky (telefon)		
d 3601 Používání psacích strojů (PC)		
d 410 Měnění základní pozice těla		
d 450 Chůze		
d 4500 Chůze na krátké vzdálenosti (méně než 1 km)		
d 4501 Chůze na dlouhé vzdálenosti (více než 1 km)		
d 4502 Chůze na různém povrchu (schody)		
d 365 Pohyb za použití různých zařízení (vozik, chodítko)		
d 470 Používání dopravy (jako pasažér)		
d 4701 Používání soukromé motorové dopravy		
d 4702 Používání veřejné motorové dopravy		
d 475 Řízení		
d 4751 Řízení dopravního prostředku, poháněného motorem		
d 510 Sám se umýt		
d 5100 Mytí částí těla		
d 5101 Mytí celého těla (vykoupat se, osprchovat se)		
d 5100 Osušit se		
d 520 Péče o části těla		
d 5200 Péče o kůži		
d 5201 Péče o zuby		
d 5202 Péče o vlasy		
d 5203 Péče o nehty na ruce		
d 5204 Péče o nehty na noze		
d 530 Používání toalety		
d 5300 Úprava močení		
d 5301 Úprava defekace		
d 5302 Péče při menstruaci		
d 540 Oblékání		
d 5400 Oblékání		
d 5401 Svlékání		
d 5402 Obouvání		
d 5403 Zouvání		
d 550 Jídlo		
d 560 Pití		
d 570 Péče o své zdraví		
d 5702 Udržování si vlastního zdraví (léky)		
d 620 Získávání nezbytných věcí		
d 6200 Nakupování		
d 630 Příprava jídla		
d 6300 Příprava jednoduchých jídel		
d 6301 Příprava složitých jídel		
d 640 Vykonyávání domácích prací		

d 6400 Praní a sušení prádla a oděvů		
d 6401 Úklid kuchyně a zařízení		
d 6402 Úklid obytných prostor		
d 6403 Používání domácích spotřebičů		
d 6405 Odstraňování odpadků		
d 650 Péče o předměty v domácnosti		
d 6506 Péče o zvířata		
d 660 Pomoc druhým		
d 6600 Pomoc druhým při sebeobsluze		
d 6601 Pomoc druhým při hybnosti		
d 6404 Pomoc druhým při stravování		
d 6405 Pomoc druhým při udržení zdraví		
d 870 Ekonomická soběstačnost		
d 8700 Osobní ekonomické zdroje (vedení domácnosti)		

FAKTORY PROSTŘEDÍ	Kvalifikátor bariéra nebo facilitátor
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití	
e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití	
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití	
e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití	
e 1551 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání přístupů a facilitačních pomůcek v budovách pro soukromé použití	
e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé užití	

Příloha 3 Fotodokumentace vybraných bariér a facilitátorů v domácím prostředí

Zdroj obrázků: Vlastní, Projektu s názvem „Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku“, Reg. č. GAJU 138/2016/S.

Bariéry

- **Koupelna a WC** – bariérová vana, nízká toaleta a kobereček, chybějící madla, absence sedačky do vany a chybějící protiskluzové prvky



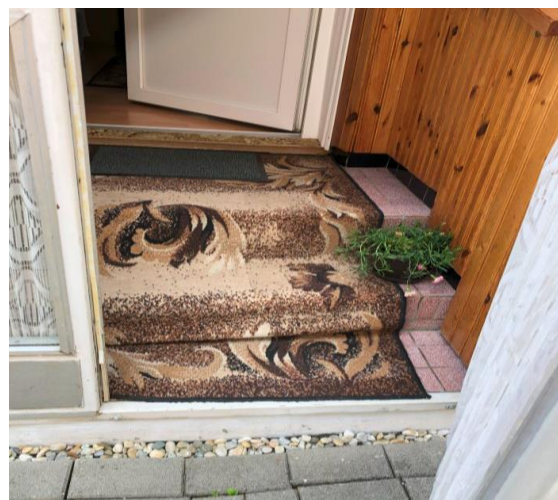
- **WC** – malá toaleta a otevírání dveří dovnitř, chybějící madla



- **Vstupu do obydí** – schody (pozn.: vhodná alespoň protiskluzová úprava)

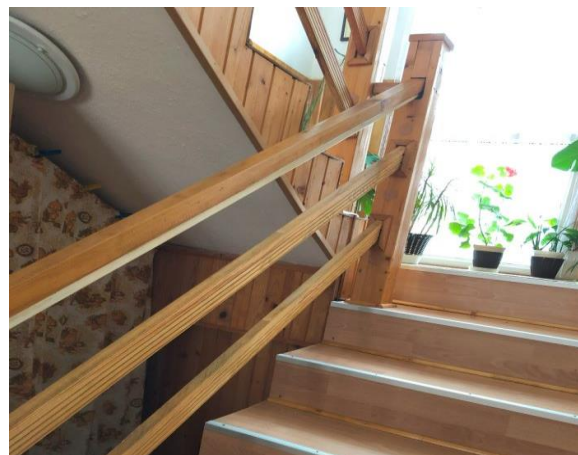


- **Bariérové schody a koberečky při vstupu do obydí**



Bariéry

- **Točité schody v interiéru**, chybí označení (pozn.: vhodně je udělaná protiskluzová úprava)
- **Schody v interiéru**, chybí označení prvního schodu i protiskluzová úprava



Facilitátory

- **Koupelna** – bezbariérový sprchový kout a drobné pomůcky – mycí kartáč na prodloužené rukojeti, protiskluzová podložka, madlo
- **Interiér** – dostatečný manipulační prostor po odstranění zbytečného nábytku a drobností



