

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



**Zuzana Tipková**

**Přehled nástrojů využitelných ergoterapeutem pro hodnocení  
instrumentálních všedních denních činností**

An Overview of Instruments Usable for Evaluation of Instrumental  
Activities of Daily Living in Occupational Therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Praha, 2019

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc. za laskavé vedení, odborné připomínky, rady a trpělivost.

Dále bych ráda poděkovala své rodině za obrovskou podporu, bez které by tato práce nemohla vzniknout.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 18. 11. 2019

Zuzana Típková

Podpis studenta:

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

TIPKOVÁ, Zuzana. *Přehled nástrojů využitelných ergoterapeutem pro hodnocení instrumentálních všedních denních činností. [An Overview of Instruments Usable for Evaluation of Instrumental Activities of Daily Living in Occupational Therapy]*. Praha, 2019. 74 s., 6 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

# **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno, příjmení:** Zuzana Tipková

**Vedoucí práce:** Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

**Název bakalářské práce:** Přehled nástrojů využitelných ergoterapeutem pro hodnocení instrumentálních všedních denních činností

**Title:** An Overview of Instruments Usable for Evaluation of Instrumental Activities of Daily Living in Occupational Therapy

## **Abstrakt bakalářské práce:**

Bakalářská práce je teoretická a zabývá se tematikou hodnocení instrumentálních všedních denních činností (IADL). V teoretické části je popsáno, co patří mezi instrumentální všední denní činnosti a jejich důležitost z hlediska soběstačnosti a participace jedince ve společnosti, dále obsahuje kapitulu Hodnocení v ergoterapii, kde jsou uvedeny důvody, přístupy, zásady a typy hodnocení, vlastnosti, které by měl mít hodnotící nástroj a podle čeho jej vybírat a jaké důsledky má ztráta schopností vykonávat IADL na sociální participaci jedince.

Cílem práce bylo analyzovat odbornou literaturu a vytvořit přehled standardizovaných nástrojů pro hodnocení instrumentálních ADL, které se dají využít u dospělé populace s různým typem diagnóz. Na konci práce je tabulka vybraných nástrojů, kde je stručně uvedeno, co nástroj hodnotí, pro jakou cílovou skupinu je určen, jaká je přibližná doba administrace a jestli je placený a dostupný v českém jazyce. Kettle test byl se souhlasem autorů přeložen a nachází se v přílohách.

**Klíčová slova:** všední denní činnosti, instrumentální všední denní činnosti, hodnotící nástroje, nezávislost, ergoterapie

**Abstract:**

The bachelor thesis is theoretical and deals with the topic of evaluation of instrumental activities of daily living (IADL). The theoretical part describes what are instrumental activities of daily living and their importance in terms of independent living and participation of an individual in society. It includes a chapter of evaluation in occupational therapy, which states reasons, approaches, principles and types of evaluation, important characteristics of assessment tools, the way how to select the tool and what impact does the loss of ability to perform ADL have on an individual's social participation.

The aim of the bachelor thesis is to analyse the literature and to create an overview of standardized assessment tools for the evaluation of instrumental ADL, which can be used in adults with various types of diagnoses. At the end of the thesis is a table of selected tools, which shows some characteristics such as short description, approximate time of administration, price, target group of patients and language. Kettle test was translated with permission of the authors and can be found in the Appendices.

**Key words:** Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Evaluation, Occupational Therapy



## Obsah

Úvod.....	1
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1.1. Všední denní činnosti .....	3
1.2. Hodnocení v ergoterapii .....	5
1.2.1. Důvody hodnocení .....	5
1.2.2. Přístupy v hodnocení.....	6
1.2.3. Screening.....	7
1.2.4. Rozhovor .....	8
1.2.4.1. Příprava rozhovoru.....	10
1.2.4.2. Přístup terapeuta.....	10
1.2.5. Pozorování.....	11
1.2.6. Výběr hodnotícího nástroje .....	13
1.2.6.1. Reliabilita a validita .....	15
1.2.6.2. Standardizace .....	16
1.2.7. Zásady hodnocení.....	16
1.2.7.1. Definování položek .....	17
1.2.7.2. Záznam výsledků .....	17
1.2.8. Parametry výkonu činnosti.....	18
1.2.9. Hodnocení instrumentálních všedních denních činností.....	22
1.2.9.1. Určování cílů v oblasti ADL.....	24
1.3. IADL a sociální participace .....	25
1.3.1. Kontext a prostředí .....	26
1.3.2. Výkonnostní dovednosti.....	26
1.3.3. Vzorce výkonu činnosti.....	27
1.3.4. Požadavky činnosti.....	29
1.3.5. Faktory klienta.....	29
2. PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
2.1. Cíle práce.....	30
2.2. Metodologie.....	30
2.3. Přehled nástrojů .....	31
2.3.1. Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire (A-IADL-Q)31	



2.3.2.	Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR).....	32
2.3.3.	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS).....	33
2.3.4.	Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL) .....	34
2.3.5.	Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ) .....	34
2.3.6.	Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ) .....	35
2.3.7.	Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ) .....	35
2.3.8.	Frenchayský test aktivit - Frenchay Activities Index (FAI).....	36
2.3.9.	Functional Status Examination (FSE) .....	36
2.3.10.	Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM).....	37
2.3.11.	Kettle Test (KT) .....	38
2.3.12.	Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS).....	38
2.3.13.	Lawtonova škála instrumentálních denních činností - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL Scale).....	39
2.3.14.	Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL) .....	40
2.3.15.	Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS).....	41
2.3.16.	Reintegration to Normal Living Index (RNLI) .....	43
2.3.17.	The Kitchen Task Assessment (KTA) .....	44
3.	DISKUZE .....	49
4.	ZÁVĚR .....	55
5.	SEZNAM LITERATURY .....	56
6.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	63
7.	SEZNAM TABULEK .....	65
8.	PŘÍLOHY .....	66



## ÚVOD

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“ (Krivošíková, 2011, s. 18)*

Jednou z oblastí ergoterapie je oblast všedních denních činností (Jelínková et al., 2009). Oblast ADL je mezi odborníky uznávána jako doména ergoterapie a je také jednou z nejpodstatnějších částí ergoterapeutického hodnocení (Goodman et al., 2009). Všední denní činnosti, běžné denní činnosti neboli aktivity denního života (v angličtině Activities of Daily Living - ADL) se dle odborné literatury dělí na personální a instrumentální. Tyto činnosti bývají zautomatizované, protože jsou vykonávány často (zvláště personální ADL), schopnost jejich vykonávání výrazně ovlivňuje kvalitu života každého z nás a souvisejí také s úspěšným začleněním jedince do společnosti (Jelínková et al., 2009). Úkolem ergoterapeuta je zvýšit funkční nezávislost jedince ve všedních denních činnostech a umožnit co nejvyšší míru participace v sociálních rolích (Van Oss, 2016).

Pokud je člověk schopen zvládnout všední denní činnosti samostatně nebo s podporou, umožní mu to participaci v dalších činnostech a akceptaci ve společnosti. Nicméně nesmíme zapomenout na vzájemný vztah mezi těmito činnostmi a dalšími oblastmi zaměstnávání, které mohou mít pro klienta větší význam. (Goodman et al., 2009)

Hodnocení v ergoterapii je důležité z mnoha hledisek, mezi něž patří zjištění problémových oblastí klienta a pomoc při stanovování cílů terapie, zaznamenání pokroků a úspěšnosti terapie, v neposlední řadě můžeme pomocí hodnotících nástrojů kvantifikovat změny ve výkonu a motivovat tak klienty (Crepeau a Neistadt, 1998). Před samotným hodnocením je třeba vybrat správný hodnotící nástroj, který by měl být reliabilní, validní a standardizovaný (Švestková a Svěčená, 2013). V české literatuře se nenachází žádný přehled nástrojů pro hodnocení IADL, ať už českých nebo zahraničních, dokonce ani žádná bakalářská práce se tímto tématem nezabývala, a proto doufám, že tato práce bude přínosná.

V teoretické části jsem nejdříve popsala, co to jsou všední denní činnosti a více jsem se věnovala instrumentálním ADL, dále jsem se zabývala problematikou hodnocení v ergoterapii, důvody, druhy, metodami a zásadami hodnocení, výběrem hodnotícího nástroje a popisem psychometrických vlastností. Následně jsem zvlášť popsala hodnocení instrumentálních ADL a vliv neschopnosti vykonávat IADL na participaci jedince ve společnosti.

V praktické části jsem vytvořila přehled vybraných nástrojů hodnotících výkon IADL, který obsahuje stručný popis vlastností každého instrumentu (oblast, kterou hodnotí, cílovou skupinu, metodu, systém skórování, čas potřebný pro administraci a jestli je placený). Nakonec jsem jeden nástroj z tohoto přehledu vybrala (Kettle test) a se souhlasem autorů přeložila do češtiny.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Všední denní činnosti

Všední denní činnosti jsou základní doménou ergoterapie. Dělí se na personální a instrumentální. Personální, základní neboli bazální ADL (Personal Activities of Daily Living – PADL nebo také Basic Activities of Daily Living – BADL) jsou činnosti, které za běžných okolností provádíme v domácím prostředí a jedná se o koupání, osobní hygienu, oblékání, sebesycení, použití WC, kontinenci moči a stolice, přesuny a mobilitu. (Krivošíková, 2011)

Instrumentální všední denní činnosti (Instrumental Activities of Daily Living - IADL) neboli aktivity širší soběstačnosti jsou více komplexní, a tudíž také složitější ve srovnání s PADL. Jsou náročné jak po fyzické, tak po psychické stránce. Někde se můžeme setkat s rozdělením instrumentálních ADL na mužské a ženské a konkrétní činnosti se můžou lišit také podle národnosti a kultury dané země. (Pokorná, 2013)

Ergoterapeuti usilují o dosažení co nejvyšší možné míry soběstačnosti klienta v ADL a to nejdříve v personálních a až poté v instrumentálních všedních denních činnostech. Ergoterapeut při tom musí zohlednit přání a cíle každého klienta, jeho schopnosti a dovednosti, zvyky a dřívější způsob provádění činnosti, jeho sociální roli, domácí prostředí a sociální anamnézu. Po hodnocení ADL se soustředíme na nácvik ADL, případné doporučení kompenzačních pomůcek a na hodnocení bariérovosti prostředí s následným doporučením úprav. Využívají se různé přístupy, např. kompenzační mechanismus, substituční mechanismus, biomechanické přístupy a metoda adaptace a stupňování činnosti, asistence. (Krivošíková, 2011)

Instrumentální ADL lze dělit do tří kategorií: činnosti zaměřené na dopravu, činnosti týkající se domácnosti a činnosti zaměřené na volný čas. Když má pacient deficit v těchto aktivitách, sníží se sice jeho kvalita života, nicméně ještě nepotřebuje plnou péči druhých osob. (Jelínková et al., 2009)

Přestože máme více typů členění IADL, většinou se shodují na těchto základních činnostech, které v sobě zahrnují další jednotlivé aktivity:

- cestování – chůze mimo domov – chůze po schodech, otevírání a odemykání dveří; jízda veřejnou hromadnou dopravou nebo řízení automobilu, orientace ve veřejné dopravě;

- komunikace – schopnost používání telefonu – manipulace včetně vytáčení telefonního čísla, schopnost použití PC;

- užívání léků – správná doba, dávka, typ léku;

- nakupování – doprava, fyzická schopnost nakupovat a dopravit nákup domů;

- hospodaření s penězi – kognitivní schopnost chápat hodnotu peněz a fyzická schopnost zacházet s penězi;

- péče o domácnost – úklid domácnosti, praní prádla, žehlení, zalévání květin;

- příprava stravy – vaření. (Jelínková et al., 2009)

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) zařazuje mezi IADL tyto oblasti:

- domácí práce a vedení domácnosti - získávání a udržování majetku a domácího prostředí (dvůr, zahrada, vozidla), což zahrnuje i schopnost postarat se o osobní majetek (např. oblečení, domácí potřeby) a v případě nutnosti dokázat zavolat pomoc;

- nakupování – příprava nákupního seznamu, výběr, nákup a přeprava zboží, výběr způsobu platby a dokončení transakce, patří sem také nakupování na internetu a s ním spojené použití elektronických zařízení, jako jsou počítače, tablety a telefony;

- příprava jídla - plánování, příprava a servírování nutričně vyvážených pokrmů a následný úklid použitého nádobí;

- správa financí - použití finančních zdrojů včetně použití alternativních metod finančních transakcí, dále plánování krátkodobých i dlouhodobých plateb a rozpočtu;

- řízení vozidla a mobilita v komunitě - plánování cesty a transport v komunitě s použitím veřejné dopravy včetně taxi služby nebo osobního automobilu;

- komunikace - odesílání, přijímání a interpretace informací s použitím různých zařízení a systémů (jako jsou psací potřeby, telefony, počítače a tablety, komunikační tabulky, Braillovo písmo, augmentativní komunikační systémy a jiné);

- péče o druhé (včetně výběru a dohledu nad pečovateli) – zařizování, dohled nad péčí nebo poskytování péče druhým osobám;

- výchova dětí – poskytování péče a supervize podporující vývojové potřeby dítěte;

- péče o domácí mazlíčky - organizování, dohled nebo poskytování péče domácím nebo asistenčním zvířatům;

- management bezpečnosti – znát a dodržovat preventivní postupy k zajištění bezpečného prostředí, dále rozpoznání nenadálých nebezpečných situací a zahájení jednání, které sníží zdravotní a bezpečnostní rizika, např. kontrola domácnosti při odchodu a příchodu, znalost telefonních čísel záchranné služby, výměna baterií v detektoru kouře, výměna žárovek;

- management zdraví - mít povědomí o svém zdravotním stavu a zdravém životním stylu a chovat se v souladu s ním, dodržovat aktivity podporující svůj zdravotní stav, mezi něž patří fyzická kondice, správná výživa, chování, které snižuje zdravotní rizika a dodržování předepsané medikace;

- spirituální aktivity - participace v oblasti náboženství a víry a zapojení se do aktivit, které umožňují pocit propojení s něčím vyšším, než jsme my sami, nebo které nám dávají pocit smysluplnosti. (AOTA, 2014)

## **1.2. Hodnocení v ergoterapii**

Hodnocení je velmi důležitou součástí ergoterapeutického procesu, protože terapeutovi určí směr, jakým by se terapeutické intervence měly ubírat. Před hodnocením ADL by se měla věnovat pozornost těmto základním otázkám: K čemu budou získané údaje využity? Jaké úkoly budeme hodnotit? Jaká kritéria výkonu činnosti budeme posuzovat? Jakým způsobem budeme jednotlivé úkoly hodnotit? Jak získané údaje zohledníme v procesu rozhodování? Jaké nástroje máme k dispozici pro sběr dat? (Crepeau a Neistadt, 1998)

### **1.2.1. Důvody hodnocení**

Všední denní činnosti mohou být hodnoceny z mnoha důvodů. Mezi ně patří: rozpoznání disability, stanovení typu disability z důvodu plánu terapeutické intervence, pomoc při rozhodování o propuštění pacienta ze zařízení a jeho možnostech samostatného

fungování v domácím prostředí. Před provedením hodnocení je třeba stanovit, za jakým účelem budeme informace sbírat, abychom získali potřebná data. (Crepeau a Neistadt, 1998)

Hodnotící nástroj nám pomůže monitorovat a zhodnotit účinnost terapie. V širším kontextu je to důležité z hlediska hodnocení určité strategie terapie u konkrétního typu pacientů. K hodnocení můžeme použít formální specifické hodnotící nástroje nebo neformální metody, jako jsou pozorování a rozhovor s klientem, jeho blízkými a dalšími členy multidisciplinárního týmu. (Turner et al., 1996)

Podle Turnerové et al. (1996) hodnocení provádíme z těchto důvodů:

1. Změření pokroku – abychom určili, zda máme pokračovat ve stávající terapii, nebo změnit strategii. Tento typ hodnocení bychom měli provádět v pravidelných intervalech po celou dobu terapeutického programu a s ohledem na konkrétní cíle klienta.

2. Plánování propuštění nebo doporučení dalších terapií – to většinou nastane na konci nebo v pozdějším stadiu terapeutického programu za účelem změření rozsahu pokroku a určení deficitů, které nebyly v průběhu terapie odstraněny.

3. Monitorování a měření účinnosti terapie – takové informace mohou být cenné z hlediska reflexe a analýzy terapie, mohou vést k rozvoji nových terapeutických strategií a aktivit a ke zjištění vzájemných vztahů mezi jednotlivými technikami. (Turner et al., 1996)

### **1.2.2. Přístupy v hodnocení**

Detailní hodnocení výkonu zaměstnávání zahrnuje rozhovor s klientem a zjištění jeho subjektivních cílů a bariér či faktorů podporujících participaci. Oblasti zaměstnávání zahrnují PADL, IADL, práci a vzdělávání, hru a volný čas, sociální participaci. Ergoterapeut má za úkol facilitovat zapojení jedince do zaměstnávání a podporovat jeho participaci ve společnosti. Je důležité, aby byly všechny oblasti zaměstnávání vyvážené s ohledem na klientovu osobnost, schopnosti, potřeby, omezení, kulturní hodnoty a životní styl. Přístup zaměřený na klienta (*client-centered approach*) je založen na spolupráci s klientem, jeho rodinou a pečovateli a zaměřuje ergoterapeutický proces na klientovy priority a na podporu jeho aktivního zapojení při dosahování cílů. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)



Přístup zaměřený na klienta se zabývá individuálními potřebami a přáními každého jedince. Můžeme očekávat jiné cíle u 29leté ženy v domácnosti, která pečuje o tři děti a u 49letého manažera a hodnocení musí brát v úvahu specifický životní styl obou klientů. Klient se může jevit v určité poloze více či méně soběstačný či nesoběstačný v závislosti na tom, podle jaké definice bude ergoterapeut danou činnost hodnotit. (Crepeau a Neistadt, 1998)

Pokud ergoterapeut použije přístup shora dolů (*top-down approach*), porozumí klientově pracovní a zájmové anamnéze. Hodnocení může zahrnovat zmapování denního rozvrhu, profesní historie, dotazník zájmů. Přístup zdola nahoru (*bottom-up approach*) se zaměřuje na identifikaci problémů při konkrétních činnostech. Z tohoto přístupu nemusí být zřejmé, jak deficit ovlivňuje výkon zaměstnávání. Např. pokud máme klientku s mírným motorickým deficitem, celkové hodnocení může poukázat na to, že bude mít obtíže při činnostech jako je zavazování tkaniček u bot a zapínání knoflíků. Když ji však necháme vyplnit dotazník zájmů a dotážeme se na pracovní anamnézu, zjistíme, že tento mírný deficit znemožňuje či negativně ovlivňuje výkon pro klientku důležitých činností, jako je její práce (programátorka) a volnočasové aktivity (výroba šperků). V praxi se většinou používají oba přístupy dohromady. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

### **1.2.3. Screening**

Screening znamená zběžné zhodnocení, na jehož základě zjistíme, jestli pacient trpí nějakou disabilitou nebo je ohrožen vznikem disability a zda máme provést podrobnější hodnocení. Screeningové metody by měly být časově nenáročné, levné a jednoduché na administraci, zároveň však musí být dostatečně citlivé, aby rozpoznaly disabilitu (Crepeau a Neistadt, 1998). Rozhovor může sloužit jako screeningový nástroj, jenž nám pomůže určit, na které oblasti se máme v hodnocení více zaměřit. Samotný rozhovor ale může vést k mylným předpokladům. Klient nám může popisovat výkon před vznikem disability, může být zmatený nebo mít poruchu paměti nebo může svoje schopnosti podceňovat či naopak přeceňovat, protože zatím ještě neměl příležitost k výkonu těchto činností. Ideálně by měl terapeut posuzovat výkon činností v takovém prostředí a v kontextu, jak je klient běžně provádí, např. hodnocení sebesycení by mělo probíhat v čase, kdy je klient zvyklý jíst. Jestliže to není možné, můžeme hodnocení provést v simulovaných podmínkách během terapeutické jednotky. Pokud po klientovi požadujeme výkon rutinních ADL v umělém prostředí

a v nezvyklou dobu, může to pro něj být obtížné, zvláště jestli má problémy s generalizací. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

#### **1.2.4. Rozhovor**

Ve většině případů probíhá mezi ergoterapeutem a klientem téměř neustálá neformální komunikace, nicméně můžeme použít i formální rozhovor jako užitečnou metodu získávání informací během hodnocení (Creek a Lougher, 2008). Rozhovor je forma plánované ústní komunikace, která má jasný cíl, konkrétní obsah a strukturu, která umožňuje pacientovi vyprávět o sobě. Je to metoda, která umožňuje pacientovi ukázat nám svůj vlastní subjektivní pohled na situaci, dozvíme se jeho současnou úroveň výkonu zaměstnávání. Zjistíme z něj, zda je potřeba provádět další funkční vyšetření a čím můžeme být pacientovi jako ergoterapeuti prospěšní. (Hemphill-Pearson, 2008)

Rozhovor je interaktivní proces, při němž se mezi terapeutem a pacientem vytvoří vztah, který nám umožní stanovit plány a cíle terapie. Terapeut musí s pacientem sdílet pocit porozumění a vzájemné důvěry (Creek a Lougher, 2008). Výsledek závisí na schopnosti terapeuta naslouchat a vcítit se do pacienta. Dále by měl být terapeut schopným pozorovatelem, komunikace totiž obsahuje i neverbální složky, mezi něž patří např. tón hlasu, tempo řeči, mimika, gestika, postura, oční kontakt, způsob oblékání a péče o svůj vzhled i smyslové informace. Během komunikace je tedy důležité sledovat a hodnotit celkový projev pacienta, ne jen jeho slova. (Hemphill-Pearson, 2008)

Jelikož je ergoterapie založena na individuálních potřebách, schopnostech a cílech pacientů, je rozhovor základní součástí každého procesu hodnocení. Pokud bychom použili jen hodnotící nástroje s uzavřeným typem otázek (např. dotazník), nezískali bychom tolik informací o životě pacienta. V ergoterapii rozhovor působí spíše jako konverzace a doprovází participaci v zaměstnávání. Jeho účelem je pomoci pacientům používat znalosti získané během terapeutického procesu, aby lépe porozuměli svému funkčnímu stavu a mohli na něm pracovat. (Hemphill-Pearson, 2008)

Během pokládání otázek může terapeut přibližně zjistit pacientovu úroveň kognitivních funkcí, jeho postoj k současné situaci, náladu, očekávání od ergoterapie a pohled na ni. Rozhovor je také příležitostí pro poskytnutí zpětné vazby a informací pacientovi. (Creek a Lougher, 2008)

Mezi chyby, kterých se terapeuti mohou dopustit při formulování otázek, patří vícenásobné otázky, sugestivnost terapeuta, nejasná artikulace, víceznačné otázky, příliš náročné či zjednodušené otázky. Rozhovor může být strukturovaný, nestrukturovaný a semistrukturovaný (polostrukturovaný). (Plevová et al., 2019)

### **Nestrukturovaný rozhovor**

Nestrukturovaný rozhovor se blíží běžné komunikaci, ale má daný cíl či okruh informací, které je třeba zjistit. Před zahájením rozhovoru terapeut získává informace o klientovi a rozhoduje se, co bude potřebovat zjistit. Během samotného rozhovoru bychom neměli ztrácet čas kontrolováním informací, které již známe. Pokud je to vhodné, s předstihem informujeme pacienta o tom, kde, kdy a za jakým účelem se bude rozhovor odehrávat. (Plevová et al., 2019)

Na začátku rozhovoru bychom neměli zapomenout vysvětlit pacientovi, co je cílem tohoto rozhovoru. Délka rozhovoru může být dopředu stanovena, zvláště pokud jsme omezeni časem nebo chodem pracoviště. Některý pacient nemusí být schopen tolerovat dlouhý rozhovor, zatímco pro jiného bude naopak prospěšnější, když bude vědět, že má dostatek času a nebude se stresovat. Je dobré, když terapeut před ukončením rozhovoru stručně shrne hlavní body, které se dozvěděl. Poznámky si terapeuti často zapisují bezprostředně po skončení rozhovoru (Creek a Lougher, 2008). Tento typ rozhovoru umožňuje snadnější vytvoření terapeutického vztahu s klientem (Plevová et al., 2019).

### **Strukturovaný rozhovor**

Strukturovaný rozhovor sestává ze série předem přesně daných otázek vytvořených za účelem zjistit od pacienta potřebné informace. Terapeut si odpovědi zaznamenává a nijak je nekomentuje. Tento typ rozhovoru může být použit i jako dotazník, pokud si je terapeut jist, že pacient plně porozuměl zadání, avšak rozhovor je mnohem osobnější. Může být hodnocen i kvantitativně. (Plevová et al., 2019)

### **Semistrukturovaný rozhovor**

Semistrukturovaný rozhovor je metoda, kdy má terapeut sice připravené okruhy otázek, ale je možné od nich podle potřeby odbočovat (Plevová et al., 2019).

### **1.2.4.1. Příprava rozhovoru**

Jak úspěšný bude rozhovor, úzce souvisí se znalostmi, přístupem a dovednostmi terapeuta. Pacient může být nespolupracující, nepřátelský, mluvit nesouvisle nebo se můžou vyskytnout jiné problémy ztěžující vzájemnou komunikaci a terapeut by měl být schopen takové situace zvládat. (Hemphill-Pearson, 2008)

Pokud je to možné, je rozhovor veden v neformálním duchu bez přerušování a rozptylování. Má-li ergoterapeut možnost provádět úpravy prostředí, měl by věnovat pozornost i takovým detailům, jako jsou výška a poloha židle, aby se klient cítil co nejpohodlněji a bylo tak snadnější vytvořit s ním vztah. Dobrou volbou by mohly být židle s pohodlnými rovnými opěradly umístěné proti sobě tak, aby svíraly úhel 90 stupňů a bylo tak zajištěno, že na sebe obě strany bez velkého úsilí uvidí. Vyušení během rozhovoru můžeme eliminovat tím, že informujeme ostatní personál o plánovaném rozhovoru a jeho délce. (Creek a Lougher, 2008)

### **1.2.4.2. Přístup terapeuta**

Terapeut musí pacientovi aktivně naslouchat, projevat pozornost tomu, co pacient říká a snažit se o jeho správné porozumění (Creek a Lougher, 2008).

#### **Respekt**

Hluboký a trvalý respekt k pacientovi je základem každého rozhovoru i terapie. Je to jedna z etických povinností ergoterapeuta. To znamená, že terapeut zdůrazňuje pacientovu důstojnost a věří, že život každého člověka má svoji hodnotu a jedinečnost. Stará se o pacientovo zdraví a věří, že dosáhne změny stavu. Může pro nás být obtížné respektovat pacienta, který se chová v rozporu s našimi hodnotami. V takovém případě se může stát, že proneseme nějaký komentář, který se bude danému pacientovi jevit jako neuctivý. Musíme si proto být vědomi sami sebe a podrobně znát svůj systém hodnot, abychom mohli ke všem pacientům projevovat upřímný respekt. (Hemphill-Pearson, 2008)

#### **Empatie**

Abychom jako terapeuti plně porozuměli pacientovu životnímu příběhu, musíme se oprostit od našeho pohledu na situaci a nahlížet na ni z perspektivy pacienta. Je třeba neustálý self-management, abychom pocítili to, co zažívá pacient a neztratili přitom vědomí vlastního já. Carl Rogers popsal strach, který mají terapeuti z toho, že se nedokážou oprostit od prožitků

svých pacientů. Dále hovoří o problému některých terapeutů, kteří chtějí za každou cenu ukázat své schopnosti místo toho, aby se soustředili na pacienta a jeho pohled na věc. Tato reakce chrání terapeuta před pocítením emocí pacienta a kontroluje obsah rozhovoru. Rogers nabádá terapeuty, aby sami sobě dovolili pochopit pacienta. Pokud terapeut porozumí pacientově situaci, umožní mu to cítit naději a víru v uzdravení. Nechat se pohltnout pacientovou bolestí není empatie, ale soucit nebo lítost. (Hemphill-Pearson, 2008)

### **Sebeuvědomění**

Terapeuti musí znát myšlenky a pocity, které vznikaly na základě jejich zkušeností a kulturního prostředí. Možná budou potřebovat prozkoumat své domněnky o pacientově věku, diagnóze, náboženské a etnické příslušnosti, jazyku, kognici, oblečení a dalších odlišnostech. Budou si muset připustit, že stejně jako ostatní lidé také oni byli vychováni v určitém kulturním kontextu, jenž může zahrnovat stereotypy a dezinformace o jiných skupinách. Terapeuti jsou zodpovědní za monitorování svých reakcí a jejich možném vlivu na úsudek během terapie. Proto musí neustále usilovat o to, aby jejich předpoklady nezkreslily pochopení pacienta. (Hemphill-Pearson, 2008)

### **Kulturní povědomí**

Terapeuti si musí být vědomi kulturních rozdílů a předsudků, když naslouchají životním příběhům pacientů. Až když si terapeut uvědomí své vlastní kulturní hodnoty a přesvědčení, tak je dokáže rozlišit od hodnot jiných kultur. Jen v takovém případě bude schopný porozumět rozdílům, které s ním pacient sdílí. Je důležité vědět, že terapeuti nemohou být úplně objektivní nebo neutrální po tom, co poznají pacientův systém hodnot. Terapeuti by měli stále zkoumat své závěry a bylo by dobré je probrat i v rámci celého multidisciplinárního týmu. Behaviorální zdraví člověka je úzce spjato s jeho kulturním prostředím. Potřebujeme vědět, jak pacientovo kulturní prostředí ovlivňuje výběr zaměstnání, cílů a vnímání duševního zdraví. (Barney et al., 2016)

### **1.2.5. Pozorování**

Pozorování je metoda sběru dat, která spočívá ve všímání si a zaznamenávání chování klienta (typu, frekvence a trvání aktivit) a v následné interpretaci pozorovaného chování v souladu s použitým modelem. Můžeme pozorovat klientovo chování ve skupině nebo samostatně při výkonu činnosti. (Creek, 1997)

Pozorování jako metoda hodnocení se dá rozdělit na tři kroky: pozorování, interpretace a ověření (validace). První krok je popsán jako všímání si toho, jak se klient chová, aniž bychom mu přikládali nějaký význam. Interpretace znamená použití získaných dat k vytvoření závěrů o klientově jednání a jeho příčinách. Validace je proces ověřování správnosti našich výsledků tak, že je probereme s klientem či s jeho blízkými, kteří ho dobře znají. (Creek a Lougher, 2008)

Existují tři hlavní druhy pozorování a to obecné pozorování, pozorování specifické činnosti a pozorování při vykonávání určitých úkolů (Creek, 1997).

### **Obecné pozorování**

Velká škála činností, které patří do domény ergoterapie, nám dává příležitosti k pozorování klientů v různých podmínkách, a tak si můžeme vytvořit obrázek o silných a slabých stránkách klienta. Nicméně způsob výkonu činnosti v pro člověka cizím prostředí se často velmi liší od jeho výkonu v domácím prostředí. Proto je přínosné pozorovat klienta v jeho přirozeném prostředí. Použití kontrolního seznamu, kde si můžeme zaznamenávat, co jsme pozorovali, nám může pomoci v zajištění přesnosti a snížení subjektivity. Seznamy také umožňují pozorovat složitější aktivity, při kterých hrozí tápání terapeuta, na co všechno je potřeba dát si pozor. (Creek a Lougher, 2008)

Hodně informací můžeme vyčíst z fyzického vzhledu klienta – z tělesné stavby, postury, mimiky, způsobu chůze, péče o zevnějšek. Některé choroby mají své typické znaky, např. u deprese je to shrbený postoj a strnulá mimika. Forma a obsah projevu nám napoví, jakou má klient náladu, jak nám porozuměl a jak přemýšlí. Je důležité, aby si na začátku terapeut vytvořil s klientem dobrý vztah plný důvěry, jelikož pak bude klient mimo jiné ochotnější podělit se o své myšlenky. (Barney et al., 2016)

Klienta při provádění činností můžeme pozorovat v různých situacích a v různém čase během dne, abychom posoudili unavitelnost, kolísání množství energie během dne, interakci s druhými, ochotu spolupracovat, iniciativu a schopnosti. Klient se může chovat odlišně k mladším terapeutům než k starším, ostatnímu personálu, k rodině a přátelům, a tudíž všichni lidé, kteří přijdou s klientem do styku, mohou nějakým způsobem přispět ke konečnému hodnocení. (Creek a Lougher, 2008)

### **Pozorování specifických činností**

Tato metoda pozorování je přesnější, jelikož je specifikováno, co přesně má být pozorováno a terapeut není rozptylován ostatními aktivitami. Používají ji spíše psychologové, ale může být prospěšná i ergoterapeutům. Proces se skládá z těchto částí:

- rozhodování, co bude terapeut pozorovat
- výběr techniky pozorování
- samotné pozorování
- záznam pozorování
- analýza zaznamenaných dat. (Creek, 1997)

### **Pozorování při vykonávání určitých úkolů**

Ergoterapeut může klienta vyzvat k provedení specifického úkolu, pokud potřebuje informace o tom, jak klient zvládá určité komplexní činnosti, jako je např. vaření nebo plánování vycházky. Úkol může vyžadovat praktické dovednosti, např. koordinaci oko-ruka, kognitivní schopnosti, např. řešení problémů nebo může vyžadovat sociální interakci. Terapeut provede pečlivou a detailní analýzu úkolu, aby se ujistil, že při výkonu činnosti skutečně uvidí, jestli klient zvládne potřebné dovednosti. Nezbytné je vědět, z jakých částí se úkol skládá. Vytvořit co nejpřirozenější podmínky na klinice nebo v nemocnici nemusí být možné, proto je vhodnější navštívit klientův domov nebo pracoviště, zhodnotit individuální požadavky konkrétního místa a provést tam hodnocení. (Creek a Lougher, 2008)

### **1.2.6. Výběr hodnotícího nástroje**

Při plánování hodnocení si terapeut pokládá tyto otázky: Co potřebuji vědět o výkonu činnosti? Chci zjistit, kde, kdy a jak je činnost prováděna? Tyto charakteristiky jsou součástí definice jednotlivých položek ADL. Díky nim víme, na co se zaměřit při hodnocení. Obecně hodnocení ADL poskytuje informace o tom, které činnosti klient zvládne provádět samostatně, bezpečně, přiměřeně a efektivně a při kterých naopak potřebuje dohled, asistenci či modifikaci. Hodnotící nástroje mohou obsahovat položky personálních, instrumentálních ADL nebo kombinaci obou. Parametry hodnocení a metody sběru dat se mohu u různých nástrojů výrazně lišit podle toho, za jakým účelem byl daný nástroj vytvořen a pro jakou cílovou skupinu je určen. (Crepeau a Neistadt, 1998)

Není možné ani nutné provádět hodnocení úplně všech oblastí týkajících se klienta, a proto je potřeba stanovit si rámec vztahů, podle kterého se v hodnocení budeme řídit. Ergoterapeutické hodnocení se zabývá nejen klientem, ale i jeho prostředím. Z hlediska klienta hodnotíme: schopnosti, silné stránky, zájmy, problémové oblasti, rovnováhu aktivit, výkon zaměstnávání a důležité změny ve výkonu, které nastaly v nedávné minulosti, potenciál pro změnu, motivaci. (Creek, 1997)

Detailnější hodnocení ADL by měl vést ergoterapeut na rozdíl od screeningu, který můžou provádět jiní zdravotníci či sociální pracovníci nebo rodinní příslušníci. Rozsah sběru dat závisí na tom, za jakým účelem je hodnocení prováděno. Nejdříve musíme odhalit, v jaké oblasti má klient deficit. Abychom mohli stanovit vhodné a dosažitelné cíle terapie, musíme identifikovat, co přesně mu činí potíže. (Creek, 1997)

Např. pokud víme, že klient nezvládá samostatně provádět dentální hygienu, nestačí to k tomu, abychom adekvátně naplánovali terapii. Musíme znát specifické komponenty činnosti, které klient zvládne nebo nezvládne vykonat a o tom by nás mělo informovat vhodné hodnocení. Terapeutická intervence pak bude zaměřena na rozvíjení nebo kompenzaci problematických komponent činnosti a zároveň na zachování či zlepšení funkčních dovedností. Další informací, kterou potřebujeme zjistit, je příčina disability. Např. disability ve vaření může být způsobena špatným zrakem, bariérovou kuchyní, nízkou motivací nebo nedostatkem zkušeností s vařením. Návčik vaření bude pro každou z těchto příčin probíhat odlišně. Problém způsobený poruchou zraku může být zmírněn asistivními technologiemi, vhodnou úpravou prostředí a odstraněním bariér se kuchyň zpřístupní pro vozičkáře, kuchařské dovednostilepší trénink a s nízkou mírou motivace může pomoci sestavení strukturovaného rozvrhu aktivit s ohledem na klientovy zájmy a schopnosti. Pokud tedy chceme pochopit příčiny disability se všemi souvislostmi, musíme informace o výkonu ADL doplnit informacemi o složkách výkonu zaměstnávání a o kontextu výkonu. (Crepeau a Neistadt, 1998)

Další oblastí, o které by nás mělo hodnocení informovat, jsou klientovy schopnosti změnit způsob výkonu činnosti a dále jeho celkový postoj k terapii. Terapie zaměřené na získávání dovedností jsou proveditelné u klientů, kteří mají předpoklady k učení, zatímco modifikace prostředí budou vhodné pro klienty, kteří tyto předpoklady nemají. Hodnocení by nám také mělo dát informace o tom, jaké metody při intervenci použít, když chceme zlepšit výkon činnosti. Pokud hodnocení provádíme s úmyslem budoucí intervence, musí být



nad rámcem popisu disability a poskytovat takové informace, které terapeutovi umožní vytvořit terapii tak, aby se klient mohl zlepšovat a posouvat se od dysfunkce k funkční dovednosti. Ergoterapie zahrnuje restorativní, kompenzační a preventivní činnosti. Proto je důležitým výstupem procesu hodnocení zúžení tohoto širokého pole působnosti tak, aby terapeut mohl zvolit co nejefektivnější metody ve vymezeném čase. (Crepeau a Neistadt, 1998)

Terapeut by měl při výběru hodnocení zvážit tyto základní otázky: Které oblasti chceme posuzovat? Jsou tyto oblasti definovány takovým způsobem, aby se daly přesně měřit? Měří navrhovaný postup to, co měřit má? Existuje jasně definovaný postup administrace daného hodnocení? Jak mají být výsledky zaznamenány a skórovány? Dají se výsledky hodnocení srovnat s výsledky srovnatelné zdravé populace? (Creek, 1997)

### **1.2.6.1. Reliabilita a validita**

Nepřesné hodnocení vede k nepřesné léčbě, a to není přijatelné z etických a praktických důvodů. Ergoterapeut má povinnost vést terapii tak, aby klientovi přinášela užitek a neškodila mu, a proto musí být terapie založena na přesných znalostech klientových potřeb a schopností. Reliabilita a validita jsou nejdůležitějšími ukazateli, které nás informují o přesnosti hodnocení (Creek, 1997). Reliabilita je spolehlivost, tj. že různí hodnotitelé dojdou ke stejným závěrům při použití dané metody a také opakované použití této metody při stejných podmínkách musí vést ke shodným výsledkům (Švestková a Svěcená, 2013).

Známe dvě hlavní metody určování reliability a to *test – retest* a *interrater evaluation*. Test – retest je metoda, při které terapeut nejdříve provede hodnocení a po takové době, za kterou nemůže dojít k výraznému zlepšení klienta, provede opětovné hodnocení. Výsledky se porovnají s výsledky z prvního hodnocení. Výsledky jsou tím shodnější, čím jsou měřené aspekty přesněji definované, a když je postup testování standardní. Druhá metoda spočívá v tom, že hodnocení u stejného klienta a nejlépe u stejné aktivity provede více terapeutů nezávisle na sobě. Může být použita např. videonahrávka dané činnosti. Tento způsob je vhodný u hodnocení, která zahrnují pozorování. I u této metody se budou výsledky více shodovat, jestliže bude postup standardní a hodnotitelé budou vyškoleni v jeho použití. (Creek a Lougher, 2008)

Validita testu neboli platnost je ověřena praxí a udává, jestli daný test měří, co měřit má (Švestková a Svěcená, 2013). Stanovování validity hodnotícího nástroje je náročnější

než stanovování reliability, proto se provádí jen u těch nástrojů, u kterých už byla zjištěna jejich přesnost. (Creek, 1997)

### **1.2.6.2. Standardizace**

Když je hodnotící nástroj shledán reliabilním a validním, pak je vhodné přistoupit k jeho standardizaci. Standardizované testy se vyznačují jednotným přístupem v zadávání instrukcí, při vyhodnocování i interpretaci výsledků. Výhodou standardizovaných testů je možnost porovnání výsledků pacienta s výsledky populace. Pokud však používáme zahraniční standardizovaný test, je potřeba jej standardizovat na českou populaci, aby výsledky byly objektivní. (Švestková a Svěčená, 2013)

Stanovení jasného a jednotného způsobu použití nástroje se říká *standardizace administrace*. Standardizace administrace znamená, že postup hodnocení může být zopakován úplně stejným způsobem u různých klientů, různými hodnotiteli a v různé době. Z toho důvodu musí být jasně definovány hodnocené položky a zadány přesné pokyny pro administraci a skórování testu. Snadněji probíhá standardizace u objektivních testů než u těch, kde si pozorovatel musí udělat vlastní úsudek. V takových případech je potřeba co nejvíce minimalizovat zaujatost hodnotitele jeho vyškolením (Garfield, 1982 cit. in Creek, 1997, s. 114). Objektivní je test tehdy, když terapeut, který test provádí a hodnotí, nemá vliv na výsledek testu. Nejvíce objektivní jsou takové metody testování, které při vyhodnocování nepotřebují zásah terapeuta (technická zařízení). (Švestková a Svěčená, 2013)

*Standardizace výsledků* je zdlouhavý proces, který bývá často opomenut. Zahrnuje administraci reliabilního a validního hodnocení u široké skupiny osob, které jsou vybrány na základě různých faktorů (věk, pohlaví, sociální prostředí, disabilita). Výsledky ukážou běžný rozsah výkonu pro vybranou skupinu či populaci, se kterou můžeme jedince porovnávat. (Creek a Lougher, 2008)

### **1.2.7. Zásady hodnocení**

Ergoterapeuti nahlízejí na člověka holisticky, to však neznamená, že musí detailně hodnotit všechny oblasti jeho života. Holistický přístup umožní ergoterapeutovi celkově zhodnotit klientovy problémové oblasti a na ty se v dalším hodnocení více zaměřit. V některých případech má klient jasnou představu o tom, na jaké oblasti by potřeboval zapracovat a nepřeje si podstoupit žádné hodnocení. Potom bychom měli vyhovět jeho přání. (Creek, 1997)

Terapeut by měl v hodnocení postupovat od jednodušších a bezpečnějších všedních denních činností ke komplexnějším. Hodnocení všech položek by nemělo proběhnout celé ve stejnou dobu, protože by taková situace nebyla přirozená a klient by se mohl brzy unavit (Barney et al., 2016). Je lepší vynechat takové úkoly, které by byly pro klienta nebezpečné nebo je u nich zřejmé, že by je kvůli svému stavu nedokázal provést, a zaznamenat si tuto skutečnost do hodnotícího formuláře. V průběhu hodnocení terapeut pozoruje metody, které klient využívá při výkonu činnosti, a snaží se určit příčinu problémů. Může je způsobit např. nedostatečná svalová síla, spasticita, percepční poruchy, poruchy kognitivních funkcí, mimovolní pohyby, snadná unavitelnost. Když terapeut objeví příčinu problémů, získá dobrý podklad k určení plánů a cílů terapie či potřeby kompenzačních pomůcek. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

Při hodnocení všedních denních činností (např. při oblékání, koupání, použití WC) musíme vždy respektovat klienta a jeho potřebu soukromí. Když interagujeme s klientem během provádění ADL, můžeme zjistit jeho pocity a postoje k jednotlivým činnostem, priority, závislost či nezávislost a také kulturní, rodinné a osobní hodnoty a zvyky týkající se ADL. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

### **1.2.7.1. Definování položek**

Abychom mohli hodnotit ADL, musíme znát přesné definice toho, co která položka zahrnuje. Definice instrumentálních ADL jsou složitější než u personálních ADL z důvodu velké komplexnosti těchto aktivit a definice různých autorů se mezi sebou také více liší (Crepeau a Neistadt, 1998). Je třeba, aby také klient věděl, co který termín znamená. Například příprava jídla bude mít jiný význam pro studenta střední školy a pro matku tří dětí. Zatímco pro studenta střední školy tento termín může znamenat přípravu snídaně a zabalení obědu, pro ženu v domácnosti to znamená nakrmení celé rodiny a to obnáší mnohem více úkolů a také odlišných schopností potřebných k jejich vykonání. Protože se v různých hodnotících nástrojích objevují rozdílné definice, musíme vybrat takový, který bude sedět konkrétnímu klientovi. (Crepeau et al., 2009)

### **1.2.7.2. Záznam výsledků**

V průběhu rozhovoru a analýzy výkonu činnosti si terapeut zapisuje poznámky. Pokud použije standardizovaný nástroj, bude používat pevně danou terminologii k popisu nebo změření výkonu. Při popisování stupně nezávislosti ergoterapeuti obvykle používají

termíny maximální, střední a minimální asistence. Tyto termíny však ostatním odborníkům nejsou známy, a proto musí být přesně definovány. Musí být také specifikováno, jestli se daný stupeň nezávislosti týká konkrétní činnosti, položky ADL nebo všech ADL. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

Pendleton a Schultz-Krohn (2006) dělí stupně nezávislosti do těchto kategorií:

1. *nezávislost* – zvládne provést činnost samostatně a bezpečně bez verbální nebo jiné nápovědy, supervize či asistence v přiměřeném čase, bez nebo s použitím kompenzačních pomůcek či v upraveném prostředí (modifikovaná nezávislost);

2. *supervize* – zvládne provést činnost samostatně, ale potřebuje k tomu dohled jiné osoby z důvodu bezpečnosti;

3. *minimální asistence* – potřebuje dohled, verbální či jinou nápovědu nebo méně než 20 % fyzické asistence;

4. *střední asistence* – potřebuje dohled, verbální či jinou nápovědu nebo fyzickou asistenci v rozsahu od 20 % do 50 %;

5. *maximální asistence* – potřebuje dohled, verbální či jinou nápovědu nebo fyzickou asistenci v rozsahu od 50 % do 80 %;

6. *závislost* – zvládne provést samostatně jen jeden či dva kroky z celé činnosti nebo jen velmi málo činností, snadno se unaví nebo potřebuje nepřiměřeně dlouhou dobu nebo složité vybavení a pomůcky k provedení všedních denních činností, potřebuje fyzickou asistenci větší než 80 %.

Tyto definice jsou široké a všeobecné. Každý hodnotící nástroj může používat svoji vlastní terminologii. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

## **1.2.8. Parametry výkonu činnosti**

### **Bezpečnost**

Jedním ze zásadních parametrů výkonu činnosti je bezpečnost. Aby byl klient hodnocen jako nezávislý při použití většiny hodnotících nástrojů, musí splňovat takovou podmínku, že danou činnost provede samostatně a bezpečným způsobem. Jen málo nástrojů hodnotí bezpečnost a nezávislost odděleně. Například u klienta s kognitivním deficitem, který má

porušený úsudek, může být tento způsob efektivnější při dokumentaci výsledků terapie. Když je bezpečnost posuzována samostatně, je také v dokumentaci zřetelně vidět, že terapeut bezpečnost zohlednil. (Crepeau et al., 2009)

### **Přiměřenost**

Dalším parametrem výkonu činnosti je adekvátnost neboli přiměřenost. Klient může mít kritéria týkající se výkonnosti při určité činnosti. Klient si např. dokáže samostatně a bezpečně obléknout dolní polovinu těla, avšak považuje svůj výkon za nedostatečný, protože činnost provádí přes hodinu a je poté tak vyčerpán, že nedokáže odejít do práce. Nebo se klient samostatně a bezpečně nasytí, ale při každém jídle si zašpiní oblečení, což je pro něj nepříjemné. Pokud by nástroj hodnotil pouze samostatnost a bezpečnost, bylo by obtížné ospravedlnit ergoterapeutické intervence ve výše zmíněných případech, jelikož oba klienti jsou samostatní a provádějí danou činnost bez rizika. Existují tu však problémy ve výkonu činnosti, na které by se mohl ergoterapeut v terapiích zaměřit (u prvního klienta co nejvíce snížit čas potřebný k obléknutí dolní poloviny těla a u druhého snížit množství drobků, které klient utrousí). (Crepeau et al., 2009)

Ergoterapeut by si měl uvědomit charakteristiky, které ovlivňují přiměřenost výkonu činnosti, jako jsou klientova disabilita, bolest, únava, dušnost, společenské normy, aberantní chování, spokojenost, dřívější zkušenosti s danou činností. Odborníci musí mít na paměti, že samostatnost není jediným důležitým parametrem, který by se měl posuzovat při ergoterapeutickém hodnocení ADL. (Van Oss, 2016)

### **Kontext výkonu**

Ergoterapeut by měl zvážit kontext, který ovlivňuje výkon činnosti. Patří sem fyzický kontext, sociální, bezpečnost, klientovy zkušenosti, časové omezení, zkušenosti terapeuta a dostupnost zdrojů. (Crepeau et al., 2009)

#### *Fyzický kontext*

Pozorování výkonu činnosti můžeme provádět v přirozených nebo umělých podmínkách. Při pozorování v přirozených podmínkách uvidíme, kde danou činnost klient vykonává, jaké k tomu používá pomůcky, můžeme zjistit i jeho denní režim a poskytneme nám nejpresnější obrázek klientova výkonu (Rogers et al., 2003 cit. in Crepeau et al., 2009, s. 543). Pokud pozorujeme klienta v umělých podmínkách, je to buď v nemocnici,

nebo na ambulantní klinice. V nemocničním prostředí bývá velké množství různých kompenzačních pomůcek a uzpůsobení, a tak může být pro klienta snazší provádět činnost tam než v domácím prostředí. Na druhou stranu někdo může mít naopak problém ve výkonu činnosti v neznámém prostředí a s neznámými pomůckami. Je třeba provést více výzkumů, které by objasnily, jak dané prostředí ovlivňuje klienty s různými typy disability. (Van Oss, 2016)

### *Sociální kontext*

To, že terapeut sleduje klienta při výkonu činnosti, může ovlivnit způsob a přiměřenost výkonu. Přítomnost terapeuta má vliv zvláště na iniciaci činnosti. Pokud je iniciace problémová, musí terapeut doplnit hodnocení výkonu pomocí strukturované terapie. Některé hodnotící nástroje zohledňují iniciaci jako samostatnou položku. Další možností je požádat rodinné příslušníky, aby sledovali, jak klient zvládá vykonávat danou aktivitu v domácnosti, např. zda provede samostatně činnosti spojené s péčí o domácího mazlíčka, aniž by mu to někdo připomínal. Výkon činnosti může být horší či lepší v domácím prostředí než v umělých podmínkách při terapii v závislosti na potřebách a rozdílech v sociálním kontextu mezi umělým a přirozeným prostředím. Například pacient po poranění míchy, jenž musí být schopen navádět pečovatele během provádění ADL, bude dávat instrukce dostatečné pro rehabilitačního pracovníka, který má s péčí o pacienty s danou diagnózou zkušenosti, avšak nedostatečné pro člověka, který se s takovou situací ještě nesetkal nebo má jen velmi málo zkušeností. (Crepeau et al., 2009)

### *Bezpečnost*

Ergoterapeuti musí posoudit rizika u těch všedních denních činností, které jsou pacientem považovány za důležité a chce je provádět, a popřípadě odložit hodnocení těch činností, které by mohly být v danou chvíli pro pacienta nebezpečné. Identifikace potenciálních rizik je založena na zkušenosti ergoterapeuta v určování nároků na výkon činnosti společně s odhadem pacientových problematických oblastí. Například pacient, jenž prodělal cévní mozkovou příhodu, je velmi nestabilní při sedu a jeho hlavním cílem je sprchování, nicméně bude pro něj nebezpečné dostat se na sedačku do sprchy kvůli vlhkému a kluzkému povrchu. Místo toho může ergoterapeut začít s hodnocením schopností, které mohou být hodnoceny na lůžku, a do sprchy přejít až v případě, že se zlepší pacientova stabilita. (Crepeau et al., 2009)

### *Klientovy zkušenosti*

Klienti přichází s odlišnými zkušenostmi, co se týče provádění ADL. Výkon personálních všedních denních činností obvykle začíná již v dětství a podle očekávání společnosti jsou tyto činnosti prováděny v dospívání a dospělosti samostatně a adekvátně. K výkonu instrumentálních ADL se vztahují úplně jiná očekávání, která nejsou nijak pevně daná, a proto klient nemusí být zběhlý ve výkonu všech IADL, někteří např. nemají žádné zkušenosti s přípravou pokrmů, praním prádla nebo se nikdy nestarali o rozpočet a placení účtů. Děti s vývojovými vadami mívají zpoždění v provádění ADL oproti ostatním dětem ve stejném věku (Crepeau et al., 2009). Pro pochopení klientovy současné úrovně výkonu je pro nás nezbytné vědět, jaké ADL klient dříve vykonával. Problémy ve výkonu činnosti jsou interpretovány rozdílně u klienta, který nemá s danou činností žádné nebo jen minimální dřívější zkušenosti, než u toho, kdo byl zvyklý činnost před vznikem onemocnění pravidelně vykonávat. (Van Oss, 2016)

### *Časové omezení*

Čas, jenž je vymezen pro ergoterapeutickou intervenci, je často limitován mnoha faktory, mezi něž patří podmínky hrazení terapií, a ergoterapeutický proces tak musí být prováděn co nejefektivněji. Proto u klientů, kteří mají dlouhý seznam činností, na kterých chtějí pracovat, je nutné vybrat z nich jen ty nejdůležitější cíle, aby bylo možné jich ve stanoveném čase dosáhnout. (Barney et al., 2016)

### *Zkušenosti terapeuta*

Zkušenosti ergoterapeuta také ovlivňují výběr hodnotícího nástroje. Obeznamenost s nástrojem zvyšuje efektivnost jeho použití a interpretace výsledků. Některé nástroje je možné použít jen po absolvování speciálního kurzu, např. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). (Crepeau et al., 2009)

### *Dostupnost zdrojů*

Pro provádění všedních denních činností potřebujeme různé pomůcky, které bychom měli mít připraveny a před hodnocením se o tom musíme vždy ujistit. Při hodnocení vaření by bylo ideální mít po ruce pacientův oblíbený recept, ale z praktického a finančního hlediska to ve zdravotnických zařízeních nebývá možné, zatímco když hodnocení probíhá v domácím

prostředí, mohou zde být všechny potřebné suroviny i pomůcky k dispozici. K provedení některých hodnocení je nutné vlastnit speciální testovací sadu, jejíž pořízení může být finančně náročné a zařízení bude pravděpodobně vlastnit takový nástroj jen v jednom provedení, na což před hodnocením musíme také myslet. (Crepeau et al., 2009)

### **1.2.9. Hodnocení instrumentálních všedních denních činností**

Hodnocení a nácvik všedních denních činností je základní oblastí ergoterapie. Ztráta schopnosti uspokojovat základní potřeby a spravovat osobní záležitosti může vést k silnému pocitu závislosti a ke ztrátě sebevědomí klienta. Ztráta samostatnosti ve výkonu ADL narušuje také sociální role, jelikož po rodinných příslušnících může být požadováno, aby převzali roli pečovatele. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)

#### **Vedení domácnosti**

Hodnocení nejprve proběhne v rámci rozhovoru, ve kterém nám pacient popíše svoji sociální situaci, svoje schopnosti a svoje dřívější i současné povinnosti v oblasti vedení domácnosti. Chceme znát nejen to, jaké činnosti pacient bude provádět po návratu do domácího prostředí, ale i ty činnosti, které by chtěl provádět (Creek, 1997). Jestliže má pacient kognitivní deficit nebo potíže v komunikaci, může nám potřebné informace doplnit rodina nebo další blízké osoby. Hodnocení je přesnější a má větší význam, pokud po rozhovoru následuje hodnocení výkonu činnosti, které může probíhat ve cvičné kuchyňce v léčebném zařízení nebo přímo v domácnosti pacienta. (Radomski a Latham, 2014)

Ergoterapeut by měl vybírat činnosti s ohledem na omezení pacienta tak, aby byly v souladu s bezpečnostními opatřeními (Crepeau et al., 2009). Začínáme s jednoduchými činnostmi, které nejsou nebezpečné, jako je např. utírání nádobí, umytí desky stolu, zapnutí a vypnutí vody. Postupně přecházíme ke složitějším úkolům (např. vysávání koberce) a neustále dbáme na bezpečí pacienta. (Radomski a Latham, 2014)

Péče o domácnost se týká žen, mužů, v některých případech i dětí. Pokud člověk žije s partnerem či rodinou, mohou mít mezi sebou plnění úkolů rozdělené. Pokud člověk žije sám, je důležité, aby zvládl několik základních všedních denních činností potřebných pro svou bezpečnost. Mezi ně patří použití WC a přesuny, použití telefonu nebo speciálního zařízení pro případ nouze, příprava či ohřátí jednoduchého jídla, užívání medikace a také dodržování bezpečnostních opatření. Ergoterapeut by měl na základě hodnocení posoudit, jestli je bezpečné, aby pacient zůstal v domácnosti sám. (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006)



## **Hospodaření s penězi**

Ergoterapeut by měl provést vyšetření kognitivních a percepčních funkcí, jestliže klient bude chtít v budoucnu samostatně hospodařit s penězi. Pokud je tato činnost pro klienta nová a bude po něm vyžadováno, aby ji vykonával, bude třeba ji nejdříve nacvičit během terapií. Je možné, že klient bude schopen zacházet jen s malým obnosem peněz nebo že bude potřebovat natrénovat činnosti, při kterých se hospodaření s penězi využívá, jako je např. nakupování a tvorba rozpočtu. (Radomski a Latham, 2014)

## **Transport v komunitě**

Někteří klienti si mohou pořídit nové adaptované vozidlo, jiní používají k transportu své vozidlo, jež může být speciálně upravené, mohou být schopni řídit ho samostatně, nebo mají někoho, kdo je na potřebné místo odveze. Další možností transportu je použití městské hromadné dopravy (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006). V tomto případě musí ergoterapeut posoudit klientovy fyzické, kognitivní a sociální schopnosti a zvážit, jak je pro daného klienta samostatná přeprava bezpečná. Po fyzické stránce je třeba zhodnotit, jestli je klient snadno unavitelný a jestli je bezpečná samostatná lokomoce s pomůckou či bez, a to i po takových površích jako je nerovný chodník, obrubníky, stoupání a při přecházení ulice. Další aktivity, které by měl klient zvládat, jsou manipulace s penězi, přenášení předmětů s chodítkem nebo na invalidním vozíku, použití veřejných toalet. (Radomski a Latham, 2014)

Po kognitivní stránce nás zajímá klientova orientace místem, při jízdě městskou hromadnou dopravou schopnost orientace v jízdním řádu, orientace na mapě, schopnost řešení problémů. Jestliže je klientova disabilita nově vzniklá, bude se učit novým sociálním schopnostem (Crepeau a Neistadt, 1998). Například jak být asertivní v situaci, kdy bude obsazený přístupný stůl v restauraci, nebo jak si požádat o pomoc v samoobsluze, když bude potřebovat podat těžce dosažitelné zboží. Ergoterapeut by měl dále zhodnotit klientovo prostředí, např. zda-li je okolí bydliště bezpečné pro fyzicky znevýhodněného jedince, jak vypadá terén, jestli jsou chodníky rovné, jak jsou vysoké obrubníky, jak daleko je nejbližší zastávka MHD a obchod. Je třeba vzít v úvahu, jak je hromadná doprava přístupná, jestli je bezbariérová a jaké jsou podmínky u konkrétního dopravce. (Radomski a Latham, 2014)

Nejprve musíme provést hodnocení silných a slabých stránek klienta, rozpoznat možné fyzické, kognitivní a sociální bariéry a počítat s nimi. Dosažení samostatného transportu v komunitě je velmi důležité z hlediska nezávislosti klienta a jeho participace ve společnosti,

umožní mu to zvládnutí dalších IADL, které se neodehrávají v domácím prostředí. (Radomski a Latham, 2014)

### **Péče o své zdraví**

Péče o své zdraví zahrnuje uvědomění si svého zdravotního stavu a takové chování, jež vede k udržení dobrého zdravotního stavu či zlepšení neuspokojivého stavu. Mezi praktické aspekty péče o zdraví patří schopnost brát předepsanou medikaci, domluvit si termín prohlídky u lékaře a dorazit na místo ve smluvený čas (AOTA, 2014). Hodnocení těchto aktivit bude ergoterapeut provádět pravděpodobně ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky a lékaři. Může se například společně se zdravotní sestrou ujistit, jestli pacient s hemiplegií a diabetem zvládne bez pomoci aplikaci inzulínových injekcí. Zohledňujeme klientovy kognitivní schopnosti při odměřování a aplikaci inzulínu a také fyzické aspekty při manipulaci s injekční stříkačkou jednou rukou a případné potíže způsobené špatným zrakem (Radomski a Latham, 2014). Ergoterapeut může být nápomocen při hledání různých adaptací a pomůcek, které klientovi umožní vykonávat problematické činnosti samostatně (Barney et al., 2016).

Můžeme také provádět hodnocení a případný nácvik činností, které souvisí s péčí o zdravotní stav, jako je použití telefonu, nalezení a vytočení požadovaného čísla a zjištění potřebných informací při plánování prohlídky u lékaře (Pendleton a Schultz-Krohn, 2006).

Starání se o své zdraví není jen záležitostí klienta, ale je to důležitý aspekt pro celý systém zdravotnictví. Ergoterapeut zde hraje významnou roli, jelikož umí rozpoznat problémové oblasti klienta a pomoci mu je překonat. (Barney et al., 2016)

#### **1.2.9.1. Určování cílů v oblasti ADL**

Základní součástí filozofie a praxe ergoterapie je uvědomění si toho, jak významnou roli v životě jednotlivce hrají z jeho pohledu smysluplné denní činnosti. Tyto činnosti se mohou u každého z nás výrazně lišit, a tak musíme nejprve zjistit individuální potřeby daného klienta. Jako ergoterapeuti proto usilujeme o rozvoj schopností a dovedností konkrétního člověka tak, aby byl schopen samostatně provádět činnosti, které považuje za důležité. Stanovování cílů terapie si usnadníme tak, že zjistíme, jaké činnosti jsou pro klienta významné včetně rozpoznání jeho minulých a současných rolí, povinností a činností, které jsou důležité pro klienta a jeho rodinu či pečovatele. (Barney et al., 2016)

S největší pravděpodobností budou klienti dělat při terapii výrazné pokroky v případě, když bude terapie a její cíle zaměřeny na činnosti, které jsou pro klienta smysluplné a jejich zvládnutí zlepší kvalitu jeho života. Ergoterapeut musí mít na mysli to, jak může pomocí znalost pro konkrétního klienta důležitých činností ve vytváření terapeutických cílů, které se pro něj stanou smysluplnějšími. Aby byl dodržen přístup zaměřený na klienta, musíme stanovit takový cíl, abychom dosáhli klientova požadovaného výsledku, ne takový, o němž jsme přesvědčení, že je pro klienta nejlepší. (Goodman et al., 2009)

### **1.3. IADL a sociální participace**

Je důležité zvážit u každého klienta, jaký vliv má jeho deficit v provádění IADL na sociální participaci. Ergoterapeut musí být citlivý k rozpoložení klienta a posoudit stupeň jeho motivace k terapii. Klient, který byl dříve samostatný v běžných úkonech a nyní potřebuje dohled při sprchování a oblékání, může pociťovat ztrátu důstojnosti a vlastní hodnoty. Klient, který ztratil schopnost samostatně řídit automobil kvůli zrakovému deficitu, se může cítit smutný a osamoceny. Člověk, který žil dříve sám, možná bude nyní potřebovat pečující osobu, která mu bude asistovat v průběhu celého dne. Změny ve způsobu výkonu činnosti mohou ústit v to, že klient bude muset čekat na asistenci při běžných činnostech, které před propuknutím nemoci prováděl v jemu vyhovujících podmínkách. V některých případech bude nutné provést úpravy v domácnosti tak, aby bylo možno vykonávat každodenní činnosti v jiném kontextu v rámci zachování bezpečnosti. Např. klient bude potřebovat obývat pouze přízemí svého domu a nebude moci používat další patro, jelikož nebude schopen chůze po schodech. Nějakou dobu může trvat, než se klient přizpůsobí změnám ve svém prostředí a stejně tak psychosociálním intervencím. Emoce jako jsou deprese, smutek, skleslost jsou v počátku považovány za normální reakci, pokud však přetrvávají a negativně ovlivňují klientovu motivaci k nezávislosti, měli bychom vyhledat psychologickou pomoc. Ergoterapeut si musí všimnout klientova psychického stavu ve stejné míře jako fyzického. (Van Oss, 2016)

Klientův limitovaný výkon v činnostech ovlivňuje také jeho rodinu a další interpersonální vztahy. Pokud je třeba, měl by být ergoterapeut schopen poskytnout podporu a vedení rodině a pečovateli. To může pomoci ulehčit bezpečný a důstojný přechod klienta do domácího prostředí. V některých případech může být indikována intervence sociálního pracovníka ještě před propuštěním klienta ze zařízení. (Creek a Lougher, 2008)

### **1.3.1. Kontext a prostředí**

Existuje množství různých spolu souvisejících vnitřních i vnějších faktorů, které ovlivňují výkon činnosti klienta. Kontext zahrnuje kulturní, fyzické, sociální, personální aspekty. Pojem prostředí znamená fyzické a sociální okolí, jež obklopuje klienta a ve kterém provádí každodenní činnosti. (AOTA, 2014 cit. in Meriano a Latella, 2016, s. 254)

Při počátečním hodnocení ergoterapeut stanovuje, jak moc ovlivňuje kontext a prostředí výkon zaměstnávání. Např. kulturní prostředí může hrát významnou roli při výkonu zaměstnávání. Někteří klienti mohou být více přístupní k asistenci druhých osob při běžných denních činnostech, a z toho důvodu nemusí být tolik ochotní se učit nové techniky, které by jim pomohly zvýšit soběstačnost v ADL. A naopak takoví klienti, kteří odmítají pomoc od ostatních nebo nechtějí pečovatele u sebe v domácnosti, budou vyžadovat rehabilitaci a nácvik činností, aby dosáhli co nejvyššího možného stupně soběstačnosti. (Van Oss, 2016)

Fyzické prostředí má přímý vliv na klientovy funkční schopnosti, na bezpečnost a výkonnost. Úpravy v domácnosti mohou velmi zlepšit výkon činností všech věkových kategorií. Ergoterapeuti provádí hodnocení výkonu činnosti při různých úkolech a hledí na bezpečnost provádění činnosti v daném prostředí. Zvláště při tréninku vaření musíme dbát na bezpečnost v kuchyni a zajistit vhodné adaptace, pokud je to nezbytné, abychom dosáhli optimálního výkonu. Můžeme také klientům poskytnout poradenství ohledně zlepšení přístupnosti domácího prostředí. (Crepeau et al., 2009)

### **1.3.2. Výkonnostní dovednosti**

Podle AOTA jsou to pozorovatelné součásti výkonu, které mají funkční účel (AOTA, 2014 cit. in Meriano a Latella, 2016, s. 254). Zahrnují motorické, procesní a sociální dovednosti. Náhlý nástup deficitu ve všech těchto dovednostech velmi výrazně ovlivní funkční úroveň klienta a bude mít dopad na jeho bezpečnost. Klient, u kterého se projevují deficity v kterékoliv oblasti motorických dovedností, bude pravděpodobně ohrožen z hlediska bezpečnosti, ledaže by byly jeho funkce obnoveny nebo pokud by klient používal kompenzační strategie ke zvýšení samostatnosti a zachování bezpečnosti. (Crepeau et al., 2009)

Např. pro klienta, jenž je schopen se bezpečně pohybovat s pomocí čtyřkolového chodítka, ale nedokáže udržet rovnováhu při aktivitách v kuchyni, které vyžadují přenášení předmětů a dosahování do nízkých skříněk pro kuchyňské potřeby, bude bezpečnější vykonávat tyto činnosti na vozíku. Klient, který by nedokázal bezpečně a efektivně reagovat v případě

vypuknutí požáru v kuchyni, nemůže bydlet samostatně. Když klient rozpozná blížící se nebezpečí, ale nedokáže zavolat pomoc, můžeme mu doporučit pořízení asistivních technologií pro komunikaci s okolím. Ergoterapeut určí úroveň bezpečnosti klienta na základě posouzení jeho dovedností a jejich vlivu na funkční výkon činnosti. (Van Oss, 2016)

### **1.3.3. Vzorce výkonu činnosti**

Vzorce výkonu činnosti jsou definovány jako zvyklosti, návyky, rituály a role, které konkrétní člověk uplatňuje v procesu zapojení se do činností. Zvyky hrají důležitou roli v každodenním životě. Narušení fyzických, sensorických, kognitivních nebo percepčních dovedností s velkou pravděpodobností vyvolá změnu v rutíně klienta a může pro něj být obtížné se na novou situaci adaptovat (viz Tabulka 1.1). Proto musíme být citliví k dřívějším zvykům klienta a pomoci mu s usnadněním a akceptací nových vzorců činnosti a zlepšit tak funkci. Například klient, který byl zvyklý chodit si každé ráno pro noviny samostatně a bez pomůcky a nyní potřebuje k lokomoci chodítko, bude s tímto úkolem potřebovat pomoc od pečovatele nebo blízké osoby a může pro něj být obtížné tuto novou situaci přijmout. (Van Oss, 2016)

### Vzorce výkonu činnosti a jejich dopad na IADL

<i>Kategorie</i>	<i>Dopad na IADL</i>
<p><i>Motorické dovednosti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- postura</li> <li>- mobilita</li> <li>- koordinace</li> <li>- svalová síla</li> <li>- energie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vadné držení těla sekundárně kvůli bolesti nebo dlouhodobému použití kompenzační pomůcky bude limitovat vytrvalost</li> <li>- použití hole, chodítka či berlí znesnadní nošení předmětů</li> <li>- porušení jemné motoriky naruší bezpečnost při vaření</li> <li>- porušení hrubé motoriky naruší bezpečnost při mobilitě v komunitě</li> <li>- zvýšené úsilí z důvodu snížené svalové síly může limitovat vytrvalost při dokončování úkolů</li> </ul>
<p><i>Procesní dovednosti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- znalosti</li> <li>- energie</li> <li>- organizace času</li> <li>- organizace objektů a prostoru</li> <li>- adaptace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soustavné problémy v motorických komponentách IADL můžou svými nároky na přísun energie znesnadňovat vyšší funkce, jako je pozornost a řešení problémů</li> <li>- deficity mohou být zpozorovány při výběru odpovídajícího úkolu, výběru a použití vhodných pomůcek nebo neschopnosti požádat o asistenci</li> <li>- omezení mohou být patrná během iniciace, průběhu a ukončení činnosti</li> <li>- klient by měl být schopen opatřit si potřebné pomůcky pro danou činnost, organizovat si prostředí pro výkon činnosti a stejně tak vrátit pomůcky na určené místo po dokončení úkolu</li> <li>- IADL mohou vyžadovat modifikace a přizpůsobení pro bezpečné a efektivní provedení</li> </ul>
<p><i>Komunikační dovednosti a interakce</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fyzický aspekt</li> <li>- výměna informací</li> <li>- vztahy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- omezený rozsah pohybu a snížená svalová síla mohou postihnout verbální a neverbální komunikaci</li> <li>- klient může mít potíže se získáváním informací po telefonu kvůli finanční situaci</li> <li>- sociální interakce s rodinou a přáteli může být omezena</li> </ul>

Tabulka č 1.1. Vzorce výkonu činnosti a jejich dopad na IADL (podle Van Oss, 2016).

### 1.3.4. Požadavky činnosti

Požadavky činnosti jsou komponenty aktivit a zaměstnávání, které musí brát ergoterapeuti v úvahu při vyšetřování klienta a při terapiích. V závislosti na kontextu a potřebách konkrétního klienta mohou být tyto komponenty považovány za bariéry nebo naopak za facilitátory participace. (AOTA, 2014 cit in Meriano a Latella, 2016, s. 257)

Klienti po nástupu ortopedického, neurologického, kognitivního nebo percepčního deficitu si stěžují na únavu a celkově mohou pociťovat ztrátu kondice z dlouhodobé inaktivity. Požadavky na činnost zahrnují předměty, které jsou pro činnost potřeba, nároky na prostor a sociální požadavky, sekvenování a časování, požadované činnosti, tělesné struktury a funkce. (Van Oss, 2016)

Nároky na činnost a jejich vliv na instrumentální ADL:

- nároky na prostor – mohou být indikovány úpravy domácnosti z důvodu snížené pohyblivosti klienta a nutnosti použití pomůcek k lokomoci;

- sociální nároky – klient bude možná trávit většinu času v domácnosti, pokud je limitován bariérami v okolí nebo pokud je problémem mobilita v komunitě;

- sekvenování a časování – tyto dovednosti jsou důležité při přípravě jídla efektivním způsobem;

- požadované činnosti – klient musí mít schopnost dodržet všechny požadované úkoly při řízení vozidla, aby byla zajištěna bezpečnost;

- požadované tělesné funkce – klient se nebude účastnit prací na zahradě, pokud má problémy s rovnováhou na nerovných površích. (Van Oss, 2016)

### 1.3.5. Faktory klienta

Faktory klienta zahrnují jeho hodnoty, postoje, spiritualitu, tělesné funkce a struktury klienta, které mohou ovlivnit oblasti výkonu činnosti (AOTA, 2014 cit in: Meriano a Latella, 2016, s. 258). Jakákoli tělesná změna může ovlivnit klientův celkový výkon. Svalová síla, mobilita, rozsah pohybu, svalový tonus a vytrvalost jsou ukazatele, které by měl ergoterapeut hodnotit v souvislosti s výkonem činností instrumentálních ADL. Terapie ve smyslu uzdravení nebo adaptace či kompenzace těchto fyzických faktorů je nutné zahájit, aby klient dosáhl nezávislosti v IADL. (Meriano a Latella, 2016)

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1. Cíle práce**

Bakalářská práce je teoretická a jejím cílem je vytvoření přehledu nástrojů pro hodnocení instrumentálních všedních denních činností, které by mohly být využity ergoterapeuty. V první části jsou popsány jednotlivé vybrané nástroje a ve druhé části jsou pro přehlednost shrnuty jejich základní charakteristiky v tabulce. Jeden vybraný nástroj byl přeložen z angličtiny se souhlasem autora.

### **2.2. Metodologie**

Při vytváření přehledu nástrojů jsem vycházela z odborné, převážně zahraniční literatury, kterou jsem použila v první části práce. Ta mi byla podkladem pro utvoření si přehledu o existujících nástrojích, ze kterého jsem dále vycházela. Odborné články o daných nástrojích jsem vyhledávala pomocí databází Ovid, PubMed, EBSCOhost, Google Scholar, Web of Science. Jako klíčová slova jsem používala názvy hodnotících nástrojů, které jsem objevila v literatuře a také klíčová slova BP (ve většině případů jsem hledala v angličtině, výjimečně v češtině). Na webové stránce sralab.org jsem našla mnoho informací o spoustě nástrojů i s odkazy na odbornou literaturu, která se pojila k jednotlivým nástrojům. Tu jsem poté dohledávala pomocí již zmíněných databází, většina článků však nebyla volně přístupná.

Mezi kritéria výběru testů pro výsledný přehled nástrojů jsem stanovila dostupnost na internetu bez poplatků, jako cílovou skupinu dospělou populaci, dále aby byl nástroj objektivní, standardizovaný, validní, reliabilní a používaný. Nakonec se mi ale nepodařilo všechna kritéria dodržet, zařadila jsem i testy, které nebyly standardizovány, přestože mají prokázanou validitu a reliabilitu. Zařadila jsem také dva placené nástroje, protože mi připadají dobré. Nezařadila jsem hodnotící nástroje, které splňovaly stanovená kritéria, ale nebyly dostupné na internetu a o nichž nebyly volně k dohledání žádné odborné články skrze elektronické informační zdroje.

Při výběru nástroje pro překlad jsem postupovala následujícím způsobem. Nejprve jsem si z přehledu nástrojů zvolila Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS), protože se dá použít u řady různých diagnóz, jeho metodou je pozorování, je zdarma



a v českém jazyce podobný nástroj není dostupný, tak jsem chtěla vytvořit jeho pracovní překlad, aby ergoterapeuti v ČR měli představu o tom, jak vypadá. Spojila jsem se pomocí e-mailu s autory PASS, jehož nová verze 4.1 z roku 2016 s manuálem je na vyžádání volně přístupná a požádala je o svolení s překladem jejich nástroje pro účely mé bakalářské práce. Autoři souhlasili pod podmínkou, že jim poté překlad zašlu. Usoudila jsem však, že je tento nástroj pro mě náročný na překlad, obsahuje 26 úkolů a celkem 163 dílčích úkolů. Také jsem nevěděla, jak převést do češtiny položky, které u nás nejsou typické (např. placení šekem).

Nakonec jsem se rozhodla pro překlad Kettle testu, jelikož je také volně dostupný, je reliabilní a validní, jeho metodou je pozorování výkonu činnosti, kterou klient zná (příprava horkého nápoje), je nenáročný na pomůcky – je k němu potřeba rychlovarná konvice, nádobí a běžné ingredience pro přípravu čaje a kávy a navíc pár potřeb, které mají klienta zmást. Má odhalit kognitivní postižení klienta, používá se také u klientů po CMP. Jednu z autorek (Adinu Maeir, Ph.D.) jsem kontaktovala e-mailem a ona mi odepsala, že test smím přeložit pro použití v ČR. Překlad je umístěn v přílohách jako Příloha č. 6. Nástroj jsem bohužel z časových důvodů nevyzkoušela v praxi.

## **2.3. Přehled nástrojů**

Přehled nástrojů obsahuje 17 abecedně seřazených nástrojů pro hodnocení instrumentálních všedních denních činností. Většina nástrojů nehodnotí čistě IADL, ale zároveň také personální všední denní činnosti, funkční mobilitu nebo také volnočasové aktivity a práci. U každého nástroje je popsáno, jakou oblast hodnotí, pro jakou cílovou skupinu je určen, jak probíhá jeho administrace, jaký je systém bodování, metoda hodnocení, zda je zpoplatněn a dostupný v českém jazyce. Na konci kapitoly se nachází tabulka, která shrnuje základní charakteristiky těchto nástrojů. Výhody a nevýhody nástrojů jsou popsány v diskuzi.

### **2.3.1. Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire (A-IADL-Q)**

Tento nástroj byl zpracován jako dotazník, který má za úkol odhalit deficity ve výkonu instrumentálních ADL u pacientů s demencí. Měl by být vyplněn pečovatelem nebo jinou blízkou osobou. Je citlivý na změny v průběhu času. (Sikkes et al., 2012)

Může být administrován digitálně (online nebo offline) či na papíře. Pokud ho použijeme v papírové formě, je třeba vysvětlit respondentovi, jak funguje systém otázek, které se větví podle odpovědi (ano/ne). (Jutten et al., 2017)

Původní dotazník obsahoval 70 položek a čas potřebný pro jeho administraci byl cca 20 - 25 minut. Nová verze (A-IADL-Q-SV – short version) zahrnuje 30 položek v sedmi kategoriích a je přibližně o 10 minut kratší. Hodnocené kategorie jsou následující: domácí práce, domácí spotřebiče (např. použití myčky na nádobí nebo mikrovlnné trouby), finance, práce, počítač, elektronická zařízení a spotřebiče, volnočasové aktivity (řízení, hraní her). (Jutten et al., 2017)

### **2.3.2. Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR)**

Tento standardizovaný hodnotící nástroj měří výkon instrumentálních ADL a také míru vnější podpory v těchto činnostech, pokud je nutná. Byl vytvořen pro hodnocení seniorů žijících v komunitě a měl by měřit jejich skutečný výkon, ne jejich potenciální schopnosti. Identifikuje také rizikové oblasti. Metodou je semistrukturovaný rozhovor. (Williams et al., 1991 cit. in Clemson et al., 2009, s. 360)

Zahrnuje 11 položek (telefonování, užívání léků, hospodaření s penězi, cestování, nakupování, příprava jídla, praní, údržba domu a domácí práce, čtení, volný čas). (Williams et al., 1991 cit. in Clemson et al., 2009, s. 360)

U každé položky jsou hodnoceny schopnosti i zdroje. Nástroj definuje schopnost (*skill*) jako schopnost splnit úkol a zdroj (*resource*) jako vnější podporu nutnou pro splnění úkolu. Schopnosti jsou bodovány 0 – 2 body, kde 0 = samostatný a adekvátní výkon činnosti, 1 = částečný výkon, 2 = činnost samostatně neprovede. Zdroje také bodujeme na stupnici 0 – 2, kde 0 = dostatečné k adekvátnímu splnění úkolu, 1 = částečně podporují ve výkonu činnosti, 2 = nedostatečné pro splnění úkolu nebo dostupné zdroje nejsou využívány. (Williams et al., 1991 cit. in Clemson et al., 2009, s. 360-361)

V původní stupnici hodnocení se skóre pro schopnosti a zdroje sčítá a dohromady dává skóre rizika úkolu u každé položky (0 – 4 body), které značí pravděpodobnost, se kterou klient nebude schopen vykonat činnost vzhledem k současné úrovni jeho schopností a zdrojů (Williams et al., 1991 cit. in Clemson et al., 2009, s. 361). Modifikovaná stupnice (ALSAR – R2) pracuje s odlišnou škálou, ve které se schopnosti a zdroje bodují odděleně a která je citlivější na změny rizika u daného úkolu (Clemson et al., 2009).

### 2.3.3. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

AMPS je standardizovaný nástroj, který slouží ke zhodnocení instrumentálních ADL a schopností potřebných pro vedení nezávislého života. Metodou je pozorování. Měří kvalitu výkonu IADL, zvláště se hodnotí úsilí, efektivita, bezpečnost a samostatnost. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

AMPS smějí používat ergoterapeuti po absolvování kurzu. Cena kurzu se pohybuje mezi 795 \$ a 995 \$. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

Hodnocení začíná rozhovorem s klientem, jelikož potřebujeme zjistit, které z úkolů jsou pro něj známé a relevantní a které je zbytečné hodnotit. Následně si klient vybere a předvede minimálně dva úkoly, které dříve vykonával. (Pan a Fisher, 1994)

Mezi cílovou skupinu patří pacienti po cévní mozkové příhodě, geriatričtí pacienti, pacienti s demencí, pacienti s duševním onemocněním a děti od 2 let (Shirley Ryan Ability Lab, 2019).

Administrace probíhá ve čtyřech fázích: fáze 1 = příprava administrace, fáze 2 = ergoterapeutický rozhovor, fáze 3 = pozorování a analýza výkonu, fáze 4 = vyhodnocení pozorování. Čas potřebný pro administraci je 30 – 40 minut. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

Hodnotí se celkem 36 dovedností. Šestnáct motorických dovedností ADL je rozděleno do čtyř oblastí: držení těla, získávání a držení předmětů, pohyb (celého těla a s předmětem), udržitelnost výkonu. Dvacet procesních dovedností je rozděleno do pěti oblastí: uplatnění znalostí, organizace času, organizace prostoru a předmětů, udržitelnost výkonu, adaptace výkonu. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

Úkoly bodujeme na stupnici od 1 do 4, přičemž 1 = nedostatečný výkon, 2 = neefektivní výkon, 3 = problematický výkon, 4 = kompetentní výkon (Merritt, 2011).

Motorické a procesní dovednosti (*motor and process skills*) jsou pozorovatelné schopnosti, které jsou potřebné k vykonávání ADL. Motorické dovednosti jsou takové aktivity, které člověk provádí, když se pohybuje nebo když pohybuje s předměty. Procesní dovednosti, které člověk potřebuje k úspěšnému dokončení úkolu, zahrnují logické uspořádání jednotlivých kroků konkrétního úkolu, použití vhodného nástroje a přizpůsobení výkonu, pokud nastane problém. (Pan a Fisher, 1994)

### **2.3.4. Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL)**

Nástroj B-ADL byl vytvořen za účelem posouzení deficitů v provádění ADL. Má podobu dotazníku, jenž vyplňuje pečovatel nebo blízká osoba pacienta. Obsahuje 25 položek, které byly vybrány z důvodu jejich senzitivity k prvním známkám kognitivního poškození, jednoduchosti provedení, možnosti mezinárodního použití a důležitosti pro pacienty, kteří mají problémy s výkonem každodenních činností. (Hindmarch et al., 1998)

Mezi cílovou patří pacienti s mírnou kognitivní poruchou a s mírnou a středně těžkou demencí, kteří žijí v komunitě (Hindmarch et al., 1998).

Je rozdělen na tři oblasti. V první oblasti se hodnotí schopnost vykonávat ADL, v další jsou specifické úkoly zaměřené na krátkodobou a dlouhodobou paměť a na výkon ve známém i neznámém prostředí. Poslední oblast je zaměřena na kognitivní funkce, které jsou důležité pro výkon každodenních aktivit. (Hindmarch et al., 1998)

Hodnotí se na škále od 1 do 10 u každé položky (1 = nikdy nemá potíže, 10 = vždy má potíže). Vyšší skóre značí závažnější kognitivní poruchu. Doba administrace se pohybuje mezi 5 a 15 minutami. (Shirley Ryan Ability Lab, 2017)

### **2.3.5. Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ)**

Nástroj obsahuje 20 činností personálních a instrumentálních ADL ve formě dotazníku, který vyplňuje pacientova rodina nebo pečovatel. Je určen pro pacienty s demencí a hodnotí stav výkonu ADL za poslední dva týdny. BADLS je citlivý ke změnám ve výkonu ADL v průběhu onemocnění (Byrne et al., 2000). Do českého jazyka byl přeložen z anglického originálu The Bristol Activities of Daily Living Scale (Bartoš et al., 2010).

Čas potřebný k vyplnění dotazníku je cca 10 minut. Dotazník je v ČR volně dostupný na internetu. (Bartoš et al., 2010)

Každá položka se hodnotí na škále od 0 (provede samostatně, případně nelze určit) do 3 bodů, celkové skóre tedy může být 0 (zcela soběstačný) až 60 bodů (zcela závislý). Oproti původní verzi zjistíme při vyhodnocování procentuální míru soběstačnosti pacienta podle tabulky, která je součástí záznamového archu. (Bartoš et al., 2010)

### **2.3.6. Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ)**

Tento dotazník byl vyvinut pro hodnocení komplexnějších denních činností u pacientů s demencí. Byl přeložen do českého jazyka z anglického originálu Functional Activities Questionnaire a přizpůsoben pro českou populaci. Je určen pro vyplnění pečovatelem. Administrace zabere jen 2 – 5 minut. Dotazník je volně přístupný na internetu. (Bartoš et al., 2008)

Obsahuje deset položek zahrnujících IADL a volnočasové aktivity, které se bodují od 0 do 3, kde 0 bodů značí samostatný výkon činnosti a 3 body znamenají úplnou závislost. Maximální závislost nastane, pokud pacient dosáhne 30 bodů. Dotazník obsahuje také přepočítání získaných bodů na procenta, která nám ukážou míru zachování soběstačnosti klienta. (Bartoš et al., 2008)

### **2.3.7. Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ)**

Dotazník soběstačnosti je nástroj určený pro zhodnocení schopností vykonávat ADL u osob s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Byl přeložen do českého jazyka z anglického originálu The Disability Assessment for Dementia a je volně přístupný. Metodou je rozhovor s pečující osobou (nebo může pečovatel dotazník samostatně vyplnit), jenž trvá cca 10 – 15 minut. Je volně dostupný na internetu. (Bartoš et al., 2009)

Jeho součástí je 17 položek personálních ADL, 18 položek instrumentálních ADL a pět položek týkajících se volného času a péče o domácnost. PADL jsou rozděleny do čtyř skupin (hygiena, oblékání, kontinence, jedení), IADL do pěti skupin (příprava jídla, použití telefonu, venkovní aktivity, finance a korespondence a lékový management). Celkově dotazník obsahuje 40 otázek. Udělit lze 0 až 1 bodů (0 značí, že klient činnost nevykonával, vykonával ji s pomocí nebo mu musela být připomenuta, 1 znamená, že činnost vykonával minimálně jednou). Hodnotíme, zda pacient danou činnost reálně samostatně vykonával v posledních dvou týdnech. V případě, že klient danou činnost nevykonával ani dříve, neměl nyní příležitost ji vykonat nebo ji nevykonává proto, že trpí jiným tělesným onemocněním, označíme kolonku „nelze určit.“ (Bartoš et al., 2009)

### **2.3.8. Frenchayský test aktivit - Frenchay Activities Index (FAI)**

FAI je nástroj, který vytvořili Margaret Holbrook a Clive Skilbeck. Hodnotí výkon IADL primárně u pacientů po cévní mozkové příhodě. Formou dotazníku zjistíme, jak často tyto aktivity pacient v poslední době prováděl. (Lu et al., 2012)

Mezi cílovou skupinu patří pacienti po cévní mozkové příhodě, po poranění mozku, po amputaci, starší dospělí a geriatřičtí pacienti. Může být použit také u pacientů s kognitivním deficitem, přičemž otázky pokládáme pečující osobě. Lze jej používat bez poplatků a bez zaškolení. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

Doba administrace je 5 minut (Holbrook a Skilbeck, 1983).

Zahrnuje 15 činností. Dělí se na tři oblasti: domácí práce, práce a volný čas, sociální aktivity, které vyžadují určitou schopnost rozhodování a organizace. Můžeme se setkat i s rozdělením na dvě domény: péče o domácnost a práce a volný čas. (Lin et al., 2012)

Boduje se na stupnici 1 – 4, přičemž 1 bod udělíme, pokud pacient činnost neprováděl v posledních 3 nebo 6 měsících (frekvence se liší u konkrétních činností), celkové skóre se pohybuje od 15 do 60 bodů. Existuje i modifikovaná škála, která pracuje se stupnicí 0 – 3 s celkovým skóre 0 (neaktivní) – 45 (vysoce aktivní). (Blomgren et al., 2019)

Aby bylo možné nástroj používat u širší věkové populace, je podle kvalitativních údajů třeba zahrnout další položky jako např. sport, fyzické cvičení, péče o děti (Turnbull et al., 2000).

### **2.3.9. Functional Status Examination (FSE)**

Tento nástroj se používá ke zhodnocení změny ve výkonu každodenních aktivit. Srovnává současný funkční stav pacienta s jeho stavem před propuknutím onemocnění či před úrazem a sleduje změny v průběhu času. Hodnotí se oblast fyzická, sociální a psychická. Metodou je strukturovaný rozhovor s klientem. Nástroj je určen pro pacienty po poranění mozku. (Dikmen et al., 2001)

Administrace trvá 15 – 20 minut (Shirley Ryan Ability Lab, 2016).

FSE sestává z 10 položek, mezi něž patří: exekutivní funkce (kognitivní schopnosti), sociální integrace (behaviorální schopnosti), péče o sebe, životní úroveň, péče o domácnost,

cestování, finanční nezávislost, práce nebo škola, volnočasové aktivity (Shirley Ryan Ability Lab, 2016).

Položky bodujeme na stupnici od 0 do 3, kde 0 = úplná nezávislost, žádná změna ve výkonu, 1 = provede činnost s obtížemi, ale samostatně, 2 = částečná závislost, 3 = úplná závislost. Celkem může klient získat 0 – 30 bodů. Čím vyšší skóre, tím větší závislost. (Shirley Ryan Ability Lab, 2016)

### **2.3.10. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)**

Tento nástroj byl přeložen do češtiny z anglického originálu Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Je to standardizované hodnocení, které respektuje principy přístupu zaměřeného na člověka. Metodou je rozhovor s klientem, případně s blízkými osobami. Používá se, když chceme zjistit, jaké oblasti výkonu zaměstnávání klient považuje za problematické, a podle výsledků pak můžeme určit cíle terapie. Umožňuje také odhalit změny ve výkonu v průběhu času a zhodnotit výsledky terapie. (Law et al., 2008)

Lze ho použít u všech diagnóz a věkových skupin. Doba administrace je cca 15 až 30 minut. (Law et al., 2008)

COPM vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání (Canadian Model of Occupational Performance, CMOP), podle něhož výkon zaměstnávání vychází ze vzájemného působení mezi jedincem, prostředím a zaměstnáváním. Jedince charakterizuje komponenta fyzická, emoční a kognitivní. Prostředí se skládá z kulturní, sociální, institucionální a fyzické složky. Zaměstnávání zahrnuje oblast soběstačnosti, produktivity a volného času. (Law et al., 2008)

Rozhovor s klientem začneme tím, že ho vyzveme, aby nám popsal svůj běžný den. To nám pomůže určit činnosti, se kterými má problémy. Následně u vybraných činností klient zhodnotí svůj subjektivní výkon na stupnici od 1 (= vůbec nejsem schopen činnost provést) do 10 (= jsem schopen činnost provádět velmi dobře), dále jak je spokojený se svým výkonem (1 = zcela nespokojen, 10 = mimořádně spokojen) a jak je pro něj tato činnost důležitá (1 = nepodstatná, 10 = mimořádně důležitá). (Law et al., 2008)

### **2.3.11. Kettle Test (KT)**

Kettle test byl vyvinut za účelem rychlého posouzení výkonu IADL pozorováním. Podstatou testu je příprava horkého nápoje za pomoci rychlovarné konvice. Tento úkol byl vybrán z důvodu funkčního významu, jednoduchosti provedení (z hlediska časové náročnosti a požadavků na pomůcky). Může být použit v klinickém i domácím prostředí. Cílem je zhodnocení schopnosti žít samostatně v komunitě u osob s kognitivním deficitem nebo s podezřením na něj. (Hartman-Maeir et al., 2009)

Administrace trvá cca 10 – 30 minut (Shirley Ryan Ability Lab, 2019).

Aby bylo možné zhodnotit základní i komplexnější kognitivně-funkční schopnosti, které jsou podstatné pro výkon IADL, složitost úkolu byla zvýšena těmito způsoby:

1. Pacient dostane za úkol připravit horký nápoj pro sebe i pro terapeuta, přičemž se druhý nápoj musí lišit ve dvou ingrediencích, což nám umožní zhodnotit pracovní paměť.

2. Rychlovarná konvice je prázdná, umístěná mimo podstavec a vypojená ze zásuvky. Pacient musí prokázat schopnost řešit problémy a jednat bezpečně z hlediska použití elektriny.

3. Pacientovi dáme k dispozici nadbytečné kuchyňské potřeby a ingredience, čímž zvýšíme nároky na jeho pozornost. (Hartman-Maeir et al., 2009)

Terapeut hodnotí 13 dílčích kroků (např. zapnutí kohoutku, naplnění konvice dvěma šálky vody). Existují jasně dané pokyny pro verbální vedení a skóre závisí na množství udělených návodů nezbytných pro dokončení úkolu. Za jednotlivé kroky udělujeme 0 – 4 bodů. Celkové skóre potom může být 0 – 52 bodů a vyšší skóre znamená vyšší míru dopomoci. Na základě výsledku bude pacient zařazen do jedné ze tří kategorií – nezávislý, vyžadující mírnou asistenci nebo vyžadující výraznou asistenci. (Hartman-Maeir et al., 2009)

### **2.3.12. Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS)**

Nástroj slouží k hodnocení samostatnosti v personálních i instrumentálních všedních denních činnostech. Obsahuje 17 položek, které jsou rozděleny do pěti oblastí: péče o sebe, bezpečnost a zdraví, management financí, mobilita v komunitě a použití telefonu, práce a volný čas. Metodou je pozorování a rozhovor. (Burnett et al., 2009)



Primárně byl vyvinut pro psychiatrické pacienty. Později byl adaptován také pro seniory (Zimnavoda et al., 2002). KELS umí rozpoznat seniory, kteří dokážou žít samostatně v domácím prostředí a ty, pro které to již není bezpečné a potřebují asistenci při provádění personálních či instrumentálních ADL (Burnett et al., 2009).

Není volně dostupný, cena je cca 140 \$ (pro členy AOTA je to 99 \$). Doba potřebná pro administraci je 30 – 45 minut. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

V každé položce může být pacient hodnocený jako: nezávislý (0 bodů), potřebující asistenci (1 bod) nebo je pro něj daný úkol neadekvátní (0 bodů). V oblasti práce a volného času se dvě položky hodnotí 0,5 body, pokud pacient potřebuje asistenci. Celkové skóre se může pohybovat v rozmezí 0 – 17 bodů. Skóre 5,5 a méně značí, že je člověk schopný samostatného života v komunitě. Skóre 6 a více bodů značí potřebu asistence v denních činnostech. (Zimnavoda et al., 2002)

Úkoly nemusí být vhodné pro osoby žijící mimo USA a Kanadu. Pokud je člověk hospitalizovaný více než jeden měsíc, výsledky s velkou pravděpodobností nebudou platné z důvodu změny životní situace. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

### **2.3.13. Lawtonova škála instrumentálních denních činností - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL Scale)**

Škála IADL podle Lawtona a Brodyové mapuje funkční dovednosti pacienta potřebné pro samostatný život v komunitě. Je možné ji administrovat jako rozhovor nebo písemný dotazník, přičemž odpovědi nám může poskytnout pacient nebo pečovatel či blízká osoba. Nástroj může pomoci včas zachytit zhoršující se výkonnost v provádění IADL a na základě tohoto zjištění může být pacient dále podrobněji vyšetřen a podle výsledků bude navržen plán terapie. Může být použit v nemocničním zařízení i v domácím prostředí klienta. (Coyne et al., 2019)

Nástroj je vhodný pro starší dospělé, kteří žijí v komunitě nebo byli přijati do nemocnice či rehabilitačního zařízení na krátkodobý pobyt a nyní je v plánu jejich propuštění. Není vhodný pro ty pacienty, kteří pobývají v zařízeních dlouhodobé péče, kde za pacienty IADL většinou vykonává personál. (Coyne et al., 2019)

Doba administrace je cca 10 minut. Obsahuje 8 oblastí, mezi něž patří použití telefonu, nakupování, příprava jídla, domácí práce, praní prádla, transport, zodpovědnost za svoji

medikaci, hospodaření s penězi. Každá z oblastí je hodnocena body 0 – 1 a celkové skóre je tedy 0 (závislý) – 8 (nejvyšší míra samostatnosti) (Coyne et al., 2019). Existuje česká verze, v níž je místo kategorie praní prádla položka práce kolem domu. Způsob bodování je také odlišný. Každou položku můžeme bodovat 0, 5 nebo 10 body, kde 10 značí úplnou samostatnost, 5 = provede s určitou mírou asistence, 0 = neprovede vůbec a celkové hodnocení se pohybuje od 0 do 80 bodů. (Topinková, 2005)

Původně se odlišovaly hodnocené oblasti u mužů a u žen. Ženy byly posuzovány ve všech položkách, u mužů se nehledělo na přípravu jídla, úklid a praní. V současnosti se však doporučuje posuzovat všechny oblasti také u mužů. (Coyne et al., 2019)

Mezi mínusy tohoto nástroje patří to, že je používán jako dotazník, a tak terapeut nevidí, jak pacient ve skutečnosti činnost provádí. Pacient může podceňovat nebo naopak přeceňovat svoje schopnosti. Nástroj není příliš citlivý k menším změnám ve výkonu činností v průběhu času. (Coyne et al., 2019)

#### **2.3.14. Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)**

NEADL je nástroj publikovaný v roce 1987, jehož autory jsou Fiona M. Nouri a Nadina B. Lincoln. Byl vytvořen primárně pro pacienty po cévní mozkové příhodě za účelem zhodnocení schopností provádět samostatně ADL před propuštěním z nemocničního zařízení. (Lincoln a Gladman, 1992)

Administrace trvá do 10 minut (Yohannes, 1997).

Je to dotazník, který se používá ke zhodnocení nezávislosti pacienta ve všedních denních činnostech. Obsahuje 22 aktivit, které můžeme rozdělit do čtyř oblastí: mobilita, volnočasové aktivity, domácnost a kuchyně. Nejvyšší skóre, jež může pacient získat, je 22 bodů, což znamená úplnou nezávislost. Boduje se na stupnici 0 (závislý – činnost neprovede vůbec nebo s dopomocí) – 1 (nezávislý – činnost provede samostatně, ať už s obtížemi či bez nich). (Nouri a Lincoln, 1987)

Můžeme se setkat i se stupnicí 0 – 3 (0 = neprovede, 1 = provede činnost s pomocí, 2 = provede činnost s obtížemi, 3 = provede bez obtíží), potom se celkové skóre může pohybovat od 0 do 66 bodů (Nouri a Lincoln, 1987).

### 2.3.15. Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)

PASS je nástroj, jehož metodou je pozorování a slouží ke zjištění funkčního stavu pacienta, podle něhož je možné určit potřebnou míru asistence. PASS sestává z 26 úkolů, z toho pět je zaměřeno na funkční mobilitu, tři na personální všední denní činnosti, čtrnáct na instrumentální všední denní činnosti se zaměřením na kognitivní funkce a čtyři na instrumentální všední denní činnosti se zaměřením na fyzické schopnosti. Tyto činnosti zahrnují celkem 163 dílčích úkolů. (Holm a Rogers, 2008)

Administrace trvá 1,5 – 3 hodiny (Shirley Ryan Ability Lab, 2015).

Může být použit u různých typů diagnóz, např. cévní mozková příhoda, Alzheimerova či Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, deprese, schizofrenie, poranění míchy, osteoartritida, srdeční selhání (Holm a Rogers, 2008).

Existují dvě verze: klinická a domácí. Úkoly jsou v obou verzích identické až na použití odlišných potřeb pro některé úkoly (např. při hodnocení lékového managementu použijeme v domácím prostředí klientovy vlastní léky a v nemocničním zařízení léky s etiketami připravené pro použití v tomto testu). Terapeut jej může použít vcelku nebo jen jeho vybrané části, které považuje za relevantní pro daného pacienta. Lze také použít šablonu pro vytvoření dalších úkolů. (Holm a Rogers, 2008)

Pořadí úkolů ovlivňuje více faktorů, např. uspořádání terapeutické místnosti nebo domácího prostředí, preference klienta, náročnost (od nejjednodušších úkolů ke složitějším) nebo efektivita administrace (podle nejefektivnější metody administrace úkolů). Obecně platí, že bychom měli začít se všedními denními činnostmi, které jsou vykonávány v ložnici, jako je mobilita na lůžku a oblékání. Položky IADL, které spadají pod přípravu jídla (tři úkoly) a úklid po jídle (jeden úkol), se obvykle hodnotí jako poslední. (Rogers et al., 2016)

Je doporučeno hodnotit střídavě úkoly zaměřené na kognitivní funkce (např. hospodaření s penězi, lékový management) a úkoly, které jsou fyzicky náročnější (chůze, domácí práce, zametání). Takovým způsobem jsou úkoly uspořádány v bodovacím formuláři. (Rogers et al., 2016)

## **Systém bodování**

Položky jsou hodnoceny na předdefinované čtyřbodové stupnici (0 – 3). Tento bodovací systém je stejný pro všechny úkoly. U každého úkolu zvlášť hodnotíme nezávislost při provádění činnosti, přiměřenost a bezpečnost. Vyšší skóre značí vyšší míru funkce. (Rogers et al., 2016)

*Skórování nezávislosti:*

1. verbální povzbuzení – při zahájení, průběhu nebo dokončování úkolu;
2. verbální nedirektivní pobídka – pro povzbuzení, neříkáme však klientovi, co má dělat (např. „Zkuste to provést jiným způsobem.“ nebo „Chybí tady něco?“);
3. verbální pokyn – při zahájení, průběhu nebo dokončování úkolu (např. „Znovu si zkontrolujte recept.“ nebo „Musíte tu ještě vyplnit datum.“);
4. posunek – neverbální komunikace zahrnující taktilní podněty, která klientovi napoví, jak má úkol zahájit, pokračovat v něm nebo jej dokončit (např. ukázání na předmět, klepnutí na tlačítko Zpět);
5. přeskupení předmětů nebo změna prostředí – manipulace s předměty potřebnými k výkonu úkolu nebo změna prostředí výkonu z důvodu usnadnění zahájení, průběhu nebo dokončování úkolu (např. sklizení předmětů, které klienta rozptylují a jejich předložení až ve chvíli, kdy je bude klient potřebovat nebo umístění stoličky pod klientovu nohu při obouvání bot);
6. předvedení činnosti – ukázka činnosti s verbálním doprovodem, je-li to nutné (např. utřít část kuchyňské linky a poté podat houbičku klientovi či zvednout pytel s odpadky, zamířit ke dveřím a pak ho vrátit zpět na místo, aby mohl klient zopakovat činnost);
7. fyzické vedení – navedení klienta nebo pohyb částí jeho těla, může být provázeno slovním doprovodem (např. umístění klientovy ruky na nůž nebo knoflík, vedení klientovy nohy z vany a umístění jeho ruky na okraj vany);
8. fyzická asistence – fyzický kontakt s klientem za účelem podpory jeho těla nebo končetiny tak, abychom ho podpořili při provádění úkolu, může být provázen slovním doprovodem (např. fyzická podpora paže při vylézání z vany nebo fyzické jištění hrnce při nalévání polévky);

9. úplná asistence – vyšetřující kompenzuje klientovu disabilitu tak, aby byl schopen dokončit úkol (např. přečtení receptu na muffiny, vyplnění údajů na šeku), celková asistence při jednom dílčím úkolu umožní klientovi pokračovat k méně složitým úlohám. (Rogers et al., 2016)

Pokud klient nezvládne provést úkol samostatně, terapeut poskytne co nejmenší míru asistence tak, aby usnadnil provedení úkolu, bezpečnost a přiměřenost. (Rogers et al., 2016)

### **2.3.16. Reintegration to Normal Living Index (RNLI)**

Nástroj je určený k posouzení celkového funkčního stavu a kvality života. Je to dotazník, který vyplňuje klient a odhalí nám jeho subjektivní vnímání výkonu. Cílem RNLI je zhodnocení návratu k dřívějším aktivitám u klientů podstupujících rehabilitační programy. (Merz et al., 2017)

Administrace obvykle trvá 5 – 10 minut (Tooth et al., 2003).

Obsahuje 11 tvrzení týkajících se všedních denních činností, mobility, práce, volného času, sociálních aktivit, rolí a vztahů s okolím. Klient tato prohlášení hodnotí pomocí vizuální analogové škály. Každá položka se hodnotí na stupnici od 1 do 10, kde 1 znamená minimální reintegraci a 10 úplnou integraci. Celkové skóre se pohybuje od 11 do 110 bodů. (Merz et al., 2017)

RNLI se rozděluje na dvě škály, přičemž první škála – škála denních aktivit – zahrnuje položky 1 – 8 a slouží jako ukazatel frekvence výkonu činností, jako jsou ADL, mobilita, rekreační aktivity, sociální aktivity a rodinné role. Druhá dílčí škála – škála vnímání sebe sama (položky 9 – 11) – nám poskytuje ukazatel intrapersonálního a interpersonálního výkonu, tyto položky jsou zaměřené na mezilidské vztahy, prezentaci sebe sama a strategie vypořádávání se s danou situací. (Tooth et al., 2003)

RNLI je často používaný u pacientů po cévní mozkové příhodě, není pro ně však nejvhodnější položka, která posuzuje celkový výkon všech ADL (Merz et al., 2017).

Použití vizuální analogové škály je předmětem kritiky, jelikož klienti mají tendenci opomínat střední hodnoty a inklinují k těm extrémnějším. Proto by bylo vhodné využívat stupnici s menším výběrem možností. (Tooth et al., 2003)

Existuje modifikovaný Reintegration to Normal Living Index (mRNL Index), který pracuje s upravenou čtyřbodovou škálou hodnocení a zjednodušeným zněním položek (Miller et al., 2011).

### **2.3.17. The Kitchen Task Assessment (KTA)**

KTA je nástroj z roku 1983, který testuje kognitivní schopnosti pacienta, jež ovlivňují jeho výkon činnosti. Pacient má za úkol uvařit pudink podle instrukcí. KTA umožňuje zhodnocení míry kognitivní podpory, kterou klient potřebuje k úspěšnému dokončení úkolu. (Baum a Edwards, 1993)

Standardizován je na pacientech s Alzheimerovou chorobou. Rozlišuje výkon v jednotlivých fázích onemocnění a zaznamenává změny ve výkonu v průběhu času. Může být proveden v terapeutické místnosti nebo v domácím prostředí. (Baum a Edwards, 1993)

Bodujeme na stupnici od 0 do 3 (0 = samostatný, 1 = vyžadující verbální nápovědu, 2 = vyžadující fyzickou asistenci, 3 = neprovede). Celkové skóre může dosáhnout až 18 bodů a tento výsledek značí nejnižší míru výkonu. Hodnotí se tyto oblasti: iniciace, organizace, vykonání všech kroků činnosti, posloupnost jednotlivých kroků, úsudek a bezpečnost, dokončení úkolu. Poradíme klientovi jen tehdy, když usoudíme, že činnost samostatně nezvládne (počkáme 5 vteřin), pokud ovšem klientovi nehrozí bezpečnostní riziko. (Baum a Edwards, 1993)

## Přehled nástrojů pro hodnocení instrumentálních ADL

<i>Název</i>	<i>Popis</i>	<i>Cílová skupina</i>	<i>Cena</i>	<i>Metoda</i>	<i>Doba administrace</i>
<b>Amsterdam IADL Questionnaire (A-IADL-Q-SV)</b>	7 kategorií IADL a volnočasové aktivity (30 položek)	demence	zdarma	dotazník (vyplňuje pečovatel)	10 - 15 min
<b>Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR)</b>	11 položek IADL a volný čas	senioři	zdarma	semistrukturovaný rozhovor	30 min
<b>Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)</b>	16 motorických a 20 procesních dovedností ADL	CMP, senioři, demence, duševní onemocnění, děti od 2 let	795 - 995 \$ za kurz	pozorování rozhovor	30 – 40 min
<b>Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL)</b>	25 položek ADL	mírná kognitivní porucha, mírná a středně těžká demence	zdarma	dotazník	5 – 15 min
<b>Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ)</b>	20 položek ADL	demence	zdarma v češtině	dotazník (vyplňuje pečovatel) nebo rozhovor s pečovatelem	10 min
<b>Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ)</b>	10 položek IADL a volnočasových aktivit	demence	zdarma v češtině	dotazník (vyplňuje pečovatel) nebo rozhovor s pečovatelem	2 – 5 min
<b>Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ)</b>	17 položek PADL, 18 položek IADL, 5 volný čas + péče	demence	zdarma v češtině	dotazník (vyplňuje pečovatel) nebo rozhovor s pečovatelem	10 – 15 min

<i>Název</i>	<i>Popis</i>	<i>Cílová skupina</i>	<i>Cena</i>	<i>Metoda</i>	<i>Doba administrace</i>
<b>Frenchayský test aktivit - Frenchay Activities Index (FAI)</b>	15 položek (domácí práce, práce a volný čas, sociální aktivity)	CMP, senioři, amputace, poranění mozku, kognitivní poruchy	zdarma	dotazník	5 min
<b>Functional Status Examination (FSE)</b>	10 položek (ADL, práce a škola, volnočasové aktivity, kognitivní schopnosti)	poranění mozku	zdarma	strukturovaný rozhovor	15 – 20 min
<b>Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)</b>	klient subjektivně hodnotí výkon vybrané činnosti, důležitost a spokojenost s výkonem	různé diagnózy a věkové skupiny	manuál zdarma v češtině	rozhovor	15 – 30 min
<b>Kettle Test (KT)</b>	příprava nápoje za pomoci rychlovarné konvice	CMP, kognitivní poruchy	zdarma	pozorování	10 – 30 min
<b>Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS)</b>	17 položek (ADL, práce a volný čas)	duševní onemocnění, senioři	140 \$	pozorování rozhovor	30 – 45 min
<b>Lawtonova škála instrumentálních denních činností (IADL Scale)</b>	8 položek IADL	senioři	zdarma v češtině	rozhovor nebo písemný dotazník	10 min
<b>Nottingham Extended Activities of Daily Living</b>	22 položek (mobilita, volnočasové aktivity, domácnost a kuchyně)	CMP	zdarma	dotazník	10 min



**Scale (NEADL)**

*Tabulka č. 2.2. Přehled nástrojů pro hodnocení IADL, 2. část (autor práce).*

<i>Název</i>	<i>Popis</i>	<i>Cílová skupina</i>	<i>Cena</i>	<i>Metoda</i>	<i>Doba administrace</i>
<b>Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)</b>	5 položek na funkční mobilitu, 3 na PADL, 18 na IADL (163 dílčích úkolů)	různé diagnózy	zdarma	pozorování	1,5 – 3 hod
<b>Reintegration to Normal Living Index (RNLI)</b>	11 položek (ADL, mobilita, práce, volný čas, sociální aktivity a vztahy)	různé diagnózy	zdarma	dotazník	5 – 10 min
<b>The Kitchen Task Assessment (KTA)</b>	úkol uvařit puding dle instrukcí	Alzheimerova choroba	zdarma	pozorování	15 – 30 min

*Tabulka č. 2.3. Přehled nástrojů pro hodnocení IADL, 3. část (autor práce).*

### 3. DISKUZE

Hodnocení je nezbytnou součástí ergoterapeutického procesu, umožní nám identifikaci problémových oblastí, dokumentaci a kvantifikaci deficitu, zjištění změn v čase a účinnosti terapie (Turner et al., 1996). Jelikož v současné době je ve vyspělých zemích trendem stárnutí populace a díky kvalitní lékařské péči se zvyšuje střední délka života obyvatel, budou i v ergoterapii přibývat geriatričtí pacienti s různými kognitivními problémy, a tak bychom měli mít k dispozici nástroje, pomocí nichž se dají tyto deficity včas odhalit. Proto jsem do přehledu zařadila více nástrojů, které jsou určeny pro použití u seniorů, byly na nich standardizovány a mají za úkol odhalit i včasná stádia demence.

Soběstačnost a schopnost žít co nejdéle samostatný život v domácím prostředí je důležitou potřebou jedince, která velmi výrazně ovlivňuje kvalitu života. K nezávislému životu v domácím prostředí je třeba mít zachovanou schopnost vykonávat všední denní činnosti (Van Oss, 2016). Ve včasných stádiích demence je nejdříve zasažena schopnost provádět instrumentální ADL, které jsou komplexnější a vyžadují zachovalé kognitivní schopnosti, a až poté jsou narušeny personální ADL (Jutten et al., 2017). Z toho důvodu by se hodnocení IADL nemělo opomíjet. Poklesu schopností si většinou všimne blízké okolí klienta. Když zjišťujeme, zda klient může žít samostatně v komunitě, je důležité zhodnotit také bezpečnost při provádění činností, což není zařazeno ve všech nástrojích. (Crepeau et al., 2009)

Pokud je hodnotící nástroj ve formě dotazníku nebo rozhovoru s klientem, hrozí, že bude přeceňovat nebo podceňovat své schopnosti, nemusí mít realistický náhled na svoji situaci, proto je dobré mít k dispozici i pozorovací nástroje pro hodnocení nebo se na informace doptat pečovatele nebo rodinného příslušníka. Nejlepší by bylo ujistit se o výkonu klienta pozorováním výkonu činností v reálných podmínkách v jeho domácím prostředí, což však ve většině případů není možné z důvodu časové náročnosti. (Sikkes et al., 2012)

Původně jsem chtěla vytvořit přehled co nejnovějších nástrojů s ověřenými psychometrickými vlastnostmi, zjistila jsem však, že jich není mnoho k dohledání, a tak jsem zahrнула do přehledu i starší nástroje, které jsou validní a reliabilní. U některých z nich

existují modifikované modernější verze nebo studie o standardizaci daného testu v jiných zemích či na pacientech s jiným typem diagnózy.

Bohužel jsem nenašla mnoho nástrojů v českém jazyce. V České republice je používaným nástrojem pro hodnocení IADL Lawtonova škála instrumentálních denních činností podle Lawtona a Brodyové (Topinková, 2005). Mezi výhody Lawtonovy škály patří to, že je jednoduchá, volně přístupná na internetu a časově nenáročná, doba administrace je cca 10 minut i méně. Za jeho slabou stránku můžeme považovat to, že je ve formě dotazníku a nemůžeme si být tedy jisti reálným výkonem klienta. Škála také není moc citlivá ke změnám ve výkonu v průběhu času (Coyne et al., 2019). Obsahuje základní položky IADL, ale oblast komunikace je omezena jen na použití telefonu, což mi připadá v dnešní době nedostačující, přestože je nástroj primárně určen pro seniory, kteří počítač a jiné moderní komunikační zařízení nemusí vlastnit, přece jen míra seniorů, kteří PC používají, stoupá.

Dále bych mezi mínusy zařadila to, že nástroj nehodnotí klientovu bezpečnost při provádění činností, ani to, jestli je pro něj daná činnost adekvátní, jestli ji dříve vykonával a potřebuje či chce ji v budoucnosti vykonávat.

V původní verzi Lawtonovy škály je zvlášť kategorie praní prádla, což bych spíše zařadila mezi domácí práce. V české verzi podle Topinkové (2005) byla kategorie praní prádla nahrazena prací kolem domu, to mi přijde jako lepší rozvržení. Také způsob bodování se liší od původní verze.

Dalším dostupným nástrojem v češtině je Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) podle Mary Law et al., které se nezabývá pouze IADL, ale všemi oblastmi zaměstnávání (soběstačnost, produktivita a volný čas). Nástroj byl standardizován, vyznačuje se dobrými psychometrickými vlastnostmi a je využitelný u širokého spektra diagnóz. Je veden jako semistrukturovaný rozhovor a vychází z přístupu zaměřeného na klienta. Mezi jeho další výhody patří klientovo subjektivní hodnocení spokojenosti, výkonu a důležitosti konkrétní činnosti. (Law et al., 2008)

COPM nemusí dobře přijmout klienti, kteří nejsou zvyklí či nechtějí převzít zodpovědnost za svou terapii a její cíle nebo si k tomu nepřipadají kompetentní a také terapeuti, kteří se obávají nechat zodpovědnost za výběr problémových oblastí na klientovi. Pokud si nejsme jistí, zda má klient dobrý náhled na svůj výkon, můžeme vést rozhovor

s pečující osobou či osobami. V takových případech však hrozí, že pečovatel nebude znát skutečné potřeby klienta (Law et al., 2008). Jeho výhody převyšují nevýhody.

Do přehledu jsem zařadila také tři dotazníky určené pro pacienty s demencí, které byly přeloženy do češtiny a uzpůsobeny pro českou populaci Bartošem et al. Mají být vyplněny pečovatelem, šetří čas terapeuta. Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ) zahrnuje personální i instrumentální činnosti a také koníčky, orientaci v čase a v prostoru (Bartoš et al., 2010), z IADL zde však chybí příprava stravy a užívání léků, z funkční komunikace je uvedeno jen telefonování. Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ) hodnotí položky IADL, koníčky a některé kognitivní schopnosti (paměť, porozumění, orientace v současných událostech) (Bartoš et al., 2008), ale bohužel v něm chybí péče o domácnost a funkční komunikace. Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ) obsahuje položky PADL, IADL i volného času (Bartoš et al., 2009). Je z nich nejkompexnější. Mezi jeho slabé stránky se dá zařadit poněkud zastaralejší položka – vyřizování korespondence a nepřítomnost moderních komunikačních metod (např. použití počítače), i když je dotazník určený pro seniorskou populaci, pro mladší seniory to nemusí být vhodné.

Z novějších hodnotících nástrojů, které však nebyly přeloženy do češtiny, mě zaujala krátká verze Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire (A-IADL-Q-SV) a Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS). Dotazník A-IADL-Q-SV je určen pro zachycení časných stádií demence a vyplnit by jej měli blízcí pacienta (Sikkes et al., 2012). Funguje na principu větvení otázek podle odpovědi a je možné ho vyplnit v papírové nebo v počítačové podobě (např. na tabletu), která je jednoduchá a časově nenáročná (Jutten et al., 2017). Dalším plusem je to, že obsahuje více moderních položek, např. zacházení s elektronickými spotřebiči a zařízeními (myčka, mikrovlnná trouba, tablet) a také kategorii zaměřenou na volný čas.

Performance Assessment of Self-Care Skills je pozorovací nástroj vytvořený Joan Rogersovou et al. Jeho výhodou je určitě to, že se dá využít u všech možných typů diagnóz, existuje nová verze (verze 4.1 z roku 2016), obsahuje dva manuály – jeden pro klinické a jeden pro domácí prostředí a test i jeho manuál je zdarma dostupný na internetu, musíme však počítat s náklady na pomůcky k jednotlivým úkolům. Další silnou stránkou je bezpochyby skutečnost, že hodnotí nejen výkon, ale také bezpečnost při provádění činnosti (Holm a Rogers, 2008). Zabývá se jednotlivými IADL velmi podrobně, to může být nevýhodou z časového hlediska (administrace je odhadována na 1,5 až 3 hodiny),

ale na druhou stranu terapeut nemusí vyšetřovat všechny činnosti, které nástroj obsahuje, měl by nejdříve pomocí rozhovoru s klientem zjistit, jaké aktivity jsou pro něj podstatné. (Holm a Rogers, 2008)

PASS navíc obsahuje i šablonu, podle které může terapeut vytvořit novou aktivitu na míru konkrétnímu klientovi (Holm a Rogers, 2008). Nástroj by bylo třeba upravit pro české prostředí, protože zahrnuje činnosti, které u nás nejsou typické, jako je např. vypisování šeků. Z položek IADL v něm chybí použití počítače.

Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) mi přijde jedinečný v tom, že hodnotí kromě výkonu také vnější zdroje, které klient potřebuje k provádění IADL a celkové skóre pak značí riziko ve výkonu (Williams et al., 1991 cit. in Clemson et al., 2009, s. 360). Nezahrnuje ale modernější položky jako např. použití počítače.

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) jsem do přehledu zařadila, protože je to standardizovaný mezinárodně uznávaný pozorovací nástroj, který je dostupný ve více jazycích, ale do češtiny dosud nebyl přeložen. Pokud ho chce ergoterapeut používat, je zapotřebí absolvovat placený pětidenní kurz nebo je možné zakoupit online kurz. Mezi jeho silné stránky patří, že se dá využít u širokého spektra klientů, od dětí po seniory, je hodnocen výkon, přiměřenost i bezpečnost. Jeho administrace trvá cca 35 minut a to může být považováno za nevýhodu, pokud nemá terapeut na vyšetření klienta tolik času (Shirley Ryan Ability Lab, 2019). Co se mi líbí je, že pracuje s přístupem zaměřeným na klienta. Na začátku je veden rozhovor s klientem s cílem určit činnosti, které jsou pro klienta důležité, dříve je vykonával a nyní s nimi má problémy (Pan a Fisher, 1994). Tím připomíná COPM.

Kettle test, jehož autorkami jsou Adina Maeir a Noomi Katz, jsem pro ukázkou se souhlasem autorek přeložila (příloha č. 6). Vybrala jsem jej z důvodu, že je to jednoduchý test s jasnými pokyny, který hodnotí konkrétní praktickou činnost (přípravu horkého nápoje), kterou je zvyklá dělat většina populace. Metoda je pozorování a test je nenáročný na pomůcky i na prostor, může být vykonán v klinickém i domácím prostředí. Používá se u klientů po CMP a s kognitivními poruchami. Po provedení úkolu chceme znát také subjektivní názor klienta na svůj výkon. (Hartman-Maeir et al., 2009)

Bohužel však zatím nebyl standardizován a používá starý model rychlovarné konvice, které se dá sundat víko a oddělit elektrický kabel. Konvice má být před začátkem testu takto rozebrána a pacient má za úkol ji nejdříve správně složit (Hartman-Maeir et al., 2009).

Tyto kroky bych z testu úplně vyřadila, pokud klient nemá takový typ konvice doma. Tento test nám může pomoci rychle zhodnotit klientovy kognitivní schopnosti a dát nám představu o funkčním výkonu klienta. Neexistují však žádné normy, takže nevíme, co přesně získaný počet bodů znamená, jen to, že čím vyšší skóre, tím větší budou problémy s výkonem činnosti.

The Kitchen Task Assessment (KTA) je podobný Kettle testu v tom, že také hodnotí funkční výkon jedné činnosti (vaření pudingu) metodou pozorování a je určen k odhalení kognitivních deficitů a zjištění potřeby asistence. Dá se provést ve cvičné kuchyňce nebo v domácnosti klienta a nejsou k němu potřeba speciální pomůcky. Výhodou je to, že je standardizován a pomocí skóre lze měřit změny v průběhu času. (Baum a Edwards, 1993)

Frenchayský test aktivit (FAI) je dotazník pro různé typy klientů (např. po CMP, seniory, s kognitivními poruchami), který je také volně dostupný na internetu a další jeho výhodou je to, že doba administrace je velmi krátká (Shirley Ryan Ability Lab, 2019). Je však poměrně zastaralý (neobsahuje činnosti, jako je použití telefonu nebo počítače) a hodnotí frekvenci výkonu aktivity a na kvalitu výkonu a bezpečnost nehledí.

Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) jsem zařadila do přehledu i přesto, že je placený, protože hodnotí hodně oblastí (kromě ADL i práci a volný čas), jeho metodou je rozhovor i pozorování a je jednoduchý na administraci (i když nepatří k nejkratším nástrojům). Je určen pro klienty s duševním onemocněním a pro seniory, není ale doporučeno používat ho u pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní. Všechny položky však nemusí být vhodné pro evropskou populaci. (Shirley Ryan Ability Lab, 2019)

Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL) od Fiony Nouri a Nadiny Lincoln je jedním ze starších krátkých dotazníků, který je volně přístupný na internetu. Hodnotí kromě IADL i mobilitu, PADL a volnočasové aktivity (Lincoln a Gladman, 1992). Z IADL tu však chybí užívání léků a moderní formy komunikace (obsahuje použití telefonu a psaní dopisů). Dále bych neoddělovala položku praní prádla od domácích prací. Bezpečnost nehodnotí vůbec. Má více slabých stránek než silných.

Reintegration to Normal Living Index (RNLI) je krátký dotazník, který se využívá pro hodnocení subjektivní kvality života a navrácení k výkonu dřívějších činností po traumatu či onemocnění. Mezi plusy patří to, že se zabývá kromě ADL také oblastí sociální participace, rolí, vztahů a strategií vypořádávání se s těžkou životní situací (Merz et al., 2017). Je zdarma,

administrace trvá jen pár minut a existuje nová verze s modifikovanou škálou hodnocení, která by měla být pro klienty jednodušší (Miller et al., 2011). Jeho mínusem je, že je hodně zjednodušený – personální ADL nehodnotí odděleně, ale všechny položky dohromady, u IADL je to podobně. Proto bych ho nedoporučovala, zvláště pokud chceme podrobněji vyšetřit ADL.

Téměř žádný z těchto nástrojů neobsahuje novější položky IADL, jako je péče o druhé a o domácí zvířata, výchova dětí, management zdraví a bezpečnosti. Bezpečnost v domácnosti zahrnuje PASS a další položky by se u tohoto nástroje daly doplnit pomocí šablony. Bezpečnost jako samostatnou položku hodnotí u všech činností placený nástroj AMPS a bezpečnost a zdraví hodnotí rovněž placený Kohlman Evaluation of Living Skills. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání tyto činnosti také může hodnotit, jako kterékoliv činnosti, které jsou důležité z klientova hlediska.

Myslím si, že do budoucna by bylo dobré více se věnovat problematice hodnocení IADL, nechat profesionálně přeložit nějaký vhodný zahraniční nástroj, např. PASS, upravit jej tak, aby odpovídal českým poměrům, aby měli ergoterapeuti v ČR při rozhodování se, který nástroj použijí, větší možnost výběru.



## 4. ZÁVĚR

V praktické části práce jsem vytvořila přehled nástrojů pro hodnocení instrumentálních všedních denních činností, nejprve jsem popsala, co hodnotí, jaký mají systém bodování, jestli jsou placené, jaká je jejich cílová populace, metoda a přibližná doba administrace. Následně jsem zhodnotila jejich výhody a nevýhody. V českém jazyce jsou z nich dostupné tyto nástroje: Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, Lawtonova škála instrumentálních denních činností, Bristolská škála aktivit denního života, Dotazník funkčního stavu, Dotazník soběstačnosti. Poslední tři zmíněné jsou dotazníky, které slouží pro rozpoznání demence a vyplňuje je pečující osoba.

Za nástroj s nejlepšími vlastnostmi považuji Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), které je standardizováno a je důležitým nástrojem z hlediska přístupu zaměřeného na člověka.

Vybrala jsem z přehledu nástrojů Kettle test a přeložila jej do českého jazyka, protože je nenáročný na administraci, pomůcky a prostředí a lze ho využít u pacientů po CMP nebo s kognitivními poruchami. Jeho nevýhodou je však to, že není standardizován a používá starý model rychlovarné konvice. I přesto nám však může ukázat případné problémy ve výkonu činnosti.

Přehled nástrojů pro hodnocení IADL považuji za přínosný, jelikož v české ergoterapeutické literatuře jsem žádný takový neobjevila. Chtěla jsem zařadit co nejnovější testy a literaturu, zjistila jsem však, že starší nástroje jsou stále využívány, některé z nich mají novější modifikované verze (např. Reintegration to Normal Living Index, Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire, Performance Assessment of Self-Care Skills, Assessment of Living Skills and Resources).

## 5. SEZNAM LITERATURY

Assessment of Motor and Process Skills. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2019 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/assessment-motor-and-process-skills>

BARNEY, Karen Frank et al. *Occupational Therapy with Aging Adults: Promoting Quality of Life through Collaborative Practice*. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-323-06776-8.

BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatria pre prax* [online]. 2008, **9**(1), 38-40 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/08caede64d2ef1c55ae803cac124f31d.pdf>

BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(5), 320-323 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/05/12.pdf>

BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník Bristolská škála aktivit denního života BADLS-CZ pro hodnocení pacientů s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2010, **73/106**(6), 673-677 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://1url.cz/KM6Kb>

BAUM, Carolyn M. a Dorothy F. EDWARDS. Cognitive Performance in Senile Dementia of the Alzheimer's Type: The Kitchen Task Assessment. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1993, **47**(5), 431-436 [cit. 2019-11-2]. DOI 10.5014/ajot.47.5.431. Dostupné z: <https://1url.cz/MMn7k>

Bayer Activities of Daily Living Scale. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2017 [cit. 2019-10-25]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/bayer-activities-daily-living-scale>

BLOMGREN, Charlotte et al. Long-term Performance of Instrumental Activities of Daily Living in Young and Middle-aged Stroke Survivors – Impact of Cognitive Dysfunction, Emotional Problems and Fatigue. *PLoS One* [online]. 2019, **14**(5) [cit. 2019-10-24]. DOI 10.1371/journal.pone.0216822. Dostupné z: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.is.cuni.cz/pubmed/31095631>

BURNETT, Jason et al. Convergent Validation of the Kohlman Evaluation of Living Skills as a Screening Tool of Older Adults' Ability to Live Safely and Independently in the Community. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* [online]. 2009, **90**(11), 1948-1952 [cit. 2019-10-31]. ISSN 0003-9993. Dostupné z: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(09\)00608-X/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(09)00608-X/fulltext)

BYRNE, Lucie M. T. et al. The Sensitivity to Change Over Time of the Bristol Activities of Daily Living Scale in Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2000, **15**(7), 656-661 [cit. 2019-11-03]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://1url.cz/eM6KG>

CLEMSON, Lindy et al. Validation of the Modified Assessment of Living Skills and Resources, an IADL Measure for Older People. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2009, **31**(5), 359-369 [cit. 2019-11-02]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://1url.cz/xMAXV>

COYNE, Robin et al. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale* [online]. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing, 2019 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-23.pdf>

CREEK, Jennifer. *Occupational Therapy and Mental Health*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone/Elsevier, 1997. ISBN 0-443-05202-6.

CREEK, Jennifer a Lesley LOUGHER. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone/Elsevier, 2008, 601 s. ISBN 978-0-443-10027-7.

CREPEAU, Elizabeth Blesedell et al. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009, 1191 s. ISBN 978-0781760041.

CREPEAU, Elizabeth Blesedell a Maureen E. NEISTADT. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998, 960 s. ISBN 978-0-397-55192-7.

DIKMEN, Sureyya et al. Instrument for Assessing Outcome in Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma* [online]. 2001, **18**(2), 127-140 [cit. 2019-11-1]. ISSN 0897-7151. Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/08977150150502578>

EDMANS, Judi a Jenny PRESTON. *Occupational Therapy and Neurological Conditions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2016, 232 s. ISBN 9781118936115.

Frenchay Activities Index. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2019 [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/frenchay-activities-index>

Functional Status Examination. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2016 [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/functional-status-examination>

GOODMAN, Jane et al. *Occupational Therapy for People with Learning Disabilities: A Practical Guide*. New York: Churchill Livingstone, 2009, 265 s. ISBN 978-0-443-10299-8.

HARTMAN-MAEIR, Adina et al. Kettle Test - A Brief Measure of Cognitive Functional Performance: Reliability and Validity in Stroke Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2009, **63**, 592-599 [cit. 2019-11-03]. DOI 10.5014/ajot.63.5.592. Dostupné z: <https://1url.cz/uM6M7>

HEMPHILL-PEARSON, Barbara J. *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2008, 499 s. ISBN 978-1-55642-773-2.

HINDMARCH, Ian et al. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 1998, **9**(2), 20-26 [cit. 2019-10-31]. ISSN 1420-8008. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/51195>

HOLBROOK, Margaret a Clive E. SKILBECK. An Activities Index for Use with Stroke Patients. *Age and Ageing* [online]. 1983, **12**(2), 166-170 [cit. 2019-10-24]. DOI 10.1093/ageing/12.2.166. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/ageing/article/12/2/166/34066>

HOLM, Margo B. a Joan C. ROGERS. The Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS). In: HEMPHILL-PEARSON, Barbara J. *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2008, 499 s. ISBN 978-1-55642-773-2.

JELÍNKOVÁ, Jana et al. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

JUTTEN, Roos J. et al. Detecting Functional Decline from Normal Aging to Dementia: Development and Validation of a Short Version of the Amsterdam IADL Questionnaire. *Alzheimers & Dementia* [online]. 2017, 8, 26-35 [cit. 2019-11-02]. DOI <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.03.002>. Dostupné z: [https://www.dadm.alzdem.com/article/S2352-8729\(17\)30017-9/pdf](https://www.dadm.alzdem.com/article/S2352-8729(17)30017-9/pdf)

Kettle Test. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2019 [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/kettle-test>

Kohlman Evaluation of Living Skills. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2019 [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/kohlman-evaluation-living-skills>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

LAW, Mary et al. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Přel. FUCHSOVÁ, Helena a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. 4. vyd. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008, 66 s. ISBN 978-80-254-2744-6.

LIN, Keh-Chung et al. Multidimensional Rasch Validation of the Frenchay Activities Index in Stroke Patients Receiving Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2012, 44(1), 58-64 [cit. 2019-10-24]. DOI 10.2340/16501977-0911. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.is.cuni.cz/pubmed/22124733/>

LINCOLN, Nadina B. a John R. F. GLADMAN. The Extended Activities of Daily Living Scale: a further validation. *Disability & Rehabilitation* [online]. 1992, 14(1), 41-43 [cit. 2019-10-23]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://1url.cz/9MYmf>

LU, Wen-Shian et al. Smallest Real Difference of 2 Instrumental Activities of Daily Living Measures in Patients With Chronic Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*

[online]. 2012, **93**(6), 1097-1100 [cit. 2019-10-24]. DOI 10.1016/j.apmr.2012.01.015. Dostupné z: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(12\)00079-2/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(12)00079-2/fulltext)

MERIANO, Catherine a Donna LATELLA. *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2016, 552 s. ISBN 978-1-61711-055-9.

MERRITT, Brenda K. Validity of Using the Assessment of Motor and Process Skills to Determine the Need for Assistance. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2011, **65**(6), 643-650 [cit. 2019-10-30]. DOI 10.5014/ajot.2011.000547. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1851518>

MERZ, Zachary C. et al. Exploratory Factor Analysis of the Reintegration to Normal Living Index in a Stroke Population. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. 2017, **24**(2), 158-162 [cit. 2019-11-2]. ISSN 1074-9357. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/10749357.2016.1215398>

MILLER, Alison et al. Measurement Properties of a Modified Reintegration to Normal Living Index in a Community-Dwelling Adult Rehabilitation Population. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2011, **33**(21-22), 1968-1978 [cit. 2019-11-2]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.3109/09638288.2011.553707>

NOURI, Fiona M. a Nadina B. LINCOLN. An Extended Activities of Daily Living Index for stroke patients. *Clinical Rehabilitation* [online]. 1987, **1**(4), 301-305 [cit. 2019-10-24]. DOI 10.1177/026921558700100409. Dostupné z: <https://1url.cz/tMnJT>

PAN, Ay-Woan a Anne G. FISHER. The Assessment of Motor And Process Skills of Persons With Psychiatric Disorders. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1994, **48**(9), 775-780 [cit. 2019-10-30]. DOI 10.5014/ajot.48.9.775. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/526f/84f3960536902bb5cbafc6b937b2cdbcda2d.pdf>

PENDLETON, Heidi McHugh a Winifred SCHULTZ-KROHN. *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier, 2006, 1280 s. ISBN 978-0-323-03153-0.

Performance Assessment of Self-Care Skills. *Shirley Ryan Ability Lab* [online]. c2015 [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/performance-assessment-self-care-skills>

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2019, 198 s. ISBN 9788027123261.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013, 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A. Trombly LATHAM. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014, 1426 s. ISBN 1451127464.

ROGERS, Joan C. et al. *Performance Assessment of Self-Care Skills – Scoring Guidelines*. Version 4.1. 2016.

SIKKES, Sietske A.M. et al. A New Informant-Based Questionnaire for Instrumental Activities of Daily Living in Dementia. *Alzheimers & Dementia* [online]. 2012, **8**(6), 536-543 [cit. 2019-11-02]. ISSN 1552-5260. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102123>

ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2013, 199 s. ISBN 9788026041016.

The American Occupational Therapy Association. *AOTA* [online]. c2014 [cit. 2019-10-07]. Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Advocacy/Federal/coding/OT-Practice-Framework-Table-1-Occupations.pdf>

TOOTH, Leigh et al. Reliability of Scores Between Stroke Patients and Significant Others on the Reintegration to Normal Living (RNL) Index. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2003, **25**(9), 433–440 [cit. 2019-11-2]. ISSN 1464-5165. Dostupné z: [https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/0963828031000069726](https://www.tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/pdf/10.1080/0963828031000069726)

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TURNBULL, Joanne C. et al. Validation of the Frenchay Activities Index in a General Population Aged 16 Years and Older. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2000, **81**(8), 1034-1038 [cit. 2019-10-24]. DOI 10.1053/apmr.2000.7162. Dostupné z: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(00\)44258-9/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(00)44258-9/fulltext)

TURNER, Ann et al. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, 1996, 912 s. ISBN 0-443-051771.

VAN OSS, Tracy. Instrumental Activities of Daily Living. In: MERIANO, Catherine a Donna LATELLA. *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*. 2nd ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2016, s. 249-296. ISBN 978-1-61711-055-9.

YOHANNES, Abebaw M. et al. A Comparison of the Barthel Index and Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale in the Assessment of Disability in Chronic Airflow Limitation in Old Age. *Age and Ageing* [online]. 1997, **27**(3), 369-374 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/27/3/369/17255>

ZIMNAVODA, Tal et al. Validity of the Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) with Israeli elderly individuals living in the community. *Occupational Therapy International* [online]. 2002, **9**(4), 312-325 [cit. 2019-10-30]. ISSN 0966-7903. Dostupné z: <https://lurl.cz/4Mngv>



## 6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL - Activities of Daily Living (všední denní činnosti)

A-IADL-Q - Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire

A-IADL-Q-SV - Amsterdam Instrumental Activity of Daily Living Questionnaire – short version (krátká verze)

ALSAR - Assessment of Living Skills and Resources

AMPS - Assessment of Motor and Process Skills

AOTA - The American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)

B-ADL - Bayer Activities of Daily Living Scale

BADLS-CZ - The Bristol Activities of Daily Living Scale (Bristolská škála aktivit denního života)

CMOP - Canadian Model of Occupational Performance (Kanadský model výkonu zaměstnávání)

CMP – cévní mozková příhoda

COPM - Canadian Occupational Performance Measure (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání)

DAD-CZ - The Disability Assessment for Dementia (Dotazník soběstačnosti)

FAI - Frenchay Activities Index

FAQ-CZ - Functional Activities Questionnaire (Dotazník funkčního stavu)

FSE - Functional Status Examination

IADL - Instrumental Activities of Daily Living (instrumentální všední denní činnosti)

IADL Scale - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale

KELS - Kohlman Evaluation of Living Skills

KT - Kettle Test

KTA - The Kitchen Task Assessment

NEADL - Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale

PADL - Personal Activities of Daily Living (personální všední denní činnosti)

PASS - Performance Assessment of Self-Care Skills

RNLI - Reintegration to Normal Living Index

## **7. SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1.1. Vzorce výkonu činnosti a jejich dopad na IADL (podle Van Oss, 2016).

Tabulka č. 2.1. Přehled nástrojů pro hodnocení IADL, 1. část (autor práce).

Tabulka č. 2.2. Přehled nástrojů pro hodnocení IADL, 2. část (autor práce).

Tabulka č. 2.3. Přehled nástrojů pro hodnocení IADL, 3. část (autor práce).

## **8. PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 – Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ), 1. část

Příloha č. 2 – Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ), 2. část

Příloha č. 3 – Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ), 1. část

Příloha č. 4 – Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ), 2. část

Příloha č. 5 – Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ)

Příloha č. 6 – Kettle test