

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2011

Hana Babincová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Hana Babincová

**Mapování dostupnosti ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku
v Praze a Středočeském kraji**

*Mapping of the availability of the Occupational Therapy for people with acquired brain
damage in Prague and Central Bohemia*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěčená
Konzultant: Mgr. et. Mgr. Tereza Žilová

Praha 2011

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především své konzultantce Mgr. et. Mgr. Tereze Žílové, za její připomínky, vedení a velkou podporu při psaní práce. Dále své vedoucí práce Mgr. Kateřině Svěcené za její ochotu a též Bc. Zuzaně Rodové za komentáře v průběhu psaní práce. Stejný dík patří rodině a blízkým, kteří mi byli po celou dobu studia a též při psaní bakalářské práce oporou.

Poděkování bych také ráda směřovala k občanskému sdružení osob po poranění mozku - CEREBRUM, za jejichž podpory jsem mohla realizovat praktickou část své bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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 dne 14. prosince 2011

Hana Babincová

Identifikační záznam:

BABINCOVÁ, Hana. *Mapování dostupnosti ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku v Praze a Středočeském kraji. [Mapping of the availability of the Occupational Therapy for people with acquired brain damage in Prague and Central Bohemia]*. Praha, 2011. 69 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Svěcená, Kateřina.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Hana Babincová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená

Oponent práce:

Název bakalářské práce:

Mapování dostupnosti ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku v Praze a Středočeském kraji

Abstrakt:

Jak je již z názvu patrné, cílem bakalářské práce je zmapovat dostupnost ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku v Praze a Středočeském kraji. Teoretická část je v první polovině textu zaměřená především na příčiny, incidenci a následky získaného poškození mozku. Druhá polovina se věnuje přímo ergoterapii u této cílové skupiny se zaměřením na metody získávání informací (rozhovor, pozorování, dotazníky) a standardizované testy. Poslední kapitola poukazuje na situaci osob po získaném poškození mozku v České republice. Na jedné straně popisuje její ideální a na druhé straně nejčastější průběh rehabilitace. Součástí bakalářské práce jsou též výsledky kvantitativního výzkumu, který byl realizován dotazníkovým šetřením mezi ergoterapeuty pracujícími s osobami po získaném poškození mozku. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit jednotlivé složky dostupnosti – místní, časovou, finanční a kvalitativní.

Abstract:

As it is evident from the title, the main aim of this thesis is to map the availability of occupational therapy for people with acquired brain damage in Prague and the Central Bohemia region. The first half of the theoretical part focuses on causes, incidence and consequence of acquired brain damage. The other half deals with occupational therapy within this target group with a particular focus on methods of obtaining information (interview,

observation, questionnaires) and standardized tests. The last chapter points out the situation of people with acquired brain damage in the Czech Republic. On one hand, the chapter describes the ideal course of rehabilitation and the common course of rehabilitation in the Czech Republic on the other. Another part of the thesis focuses on the research based on questionnaire survey among occupational therapists working with people after acquired brain damage. The next aim of the research was to determine the availability of individual components - local, time, financial and qualitative.

Klíčová slova: poškození mozku, následky poškození mozku, ergoterapie, dostupnost, mapování

Key words: brain damage, symptoms after brain damage, occupational therapy, availability, mapping

„Mozek je natolik složitý, že jsou velice komplikované – a tudíž pro laika nesrozumitelné – i projevy jeho poruch. To je důvodem, proč vyvolávají tak neadekvátní a odmítavé reakce. „

(lékař, 48 let in Vágnerová, 2008, str. 155)

OBSAH

ÚVOD.....	1
1. Definice a charakteristika pojmů	3
1.1 Získané poškození mozku (ZPM)	3
1.1.1 Cévní mozková příhoda	3
1.1.2 Traumatické poranění mozku	4
1.1.3 Nádory mozku	5
1.1.4 Infekce mozku	7
1.1.5 Hypoxie mozku (otravy, tonutí, srdeční selhání)	7
1.2 Následky získaného poškození mozku	8
1.2.1 Senzomotorické poruchy	9
1.2.2 Kognitivní poruchy	10
1.2.3 Psychosociální poruchy	11
1.3 Ergoterapie.....	12
1.3.1 Povědomí společnosti o ergoterapii v České republice.....	13
1.3.2 Dostupnost ergoterapie ve zdravotní péči	14
1.3.2.1 Časová dostupnost	15
1.3.2.2 Finanční dostupnost	15
1.3.2.3 Kvalitativní dostupnost	16
1.3.2.4 Místní dostupnost	16
2. Ergoterapie u osob po získaném poškození mozku	18
2.1 Úvod do problematiky osob po ZPM	18
2.2 Ergoterapie v různých stádiích léčby u osob po ZPM	18
2.3 Metody získávání informací u osob po ZPM.....	20
2.3.1 Pozorování.....	20
2.3.2 Rozhovor	20
2.3.3 Dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály	21
2.3.4 Standardizované testy.....	21
2.3.4.1 Functional Independence Measure	22
2.3.4.2 International Classification of Functioning, Disability and Health ...	23
2.3.4.3 Mini Mental State Examination.....	24
2.3.4.4 Barthel Index	24
3. Situace osob po získaném poškození mozku v České republice	26
3.1 Ideální průběh rehabilitace osob po ZPM	26

3.2	Nejčastější průběh rehabilitace osob po ZPM.....	27
3.3	Dostupnost jednotlivých složek rehabilitace	28
4.	Výzkumná část.....	29
4.1	Cíl práce	30
4.2	Metodický postup.....	30
4.3	Výběr respondentů	32
4.4	Technika sběru dat	32
4.5	Výsledky výzkumu.....	33
4.6	Výsledky hypotéz.....	42
5.	Diskuze.....	44
6.	Závěr	47
7.	Seznam použité literatury	48
8.	Seznam použitých zkratk.....	53
9.	Seznam grafů	54
10.	Přílohy.....	55

Úvod

V současné době má zřejmě každý z nás nějakou osobní zkušenost nebo ve svém okolí někoho, kdo se setkal s člověkem, který utrpěl poranění hlavy. Výčet úrazů je široký: od modřin, přes lehké otřesy hlavy, až po vážné fraktury lebky s nitrolebním krvácením a následným poškozením mozku. Může se to stát komukoli, kdykoli, při jízdě na kole, v práci, doma, na zahradě. Mozek je to nejcennější, co máme. Jde o velmi křehkou strukturu, která je citlivá na sebemenší změny vnitřního i vnějšího prostředí. Dle mého názoru se jedná o nejzáhadnější a nejkomplikovanější orgán lidského těla. Skrývá se v něm totiž naše osobnost. Propojením synapsí mezi neurony vzniká kaskáda drah a vzruchů, které řídí náš každodenní život. Lidské tělo s orgány a mozek by se dal přirovnat k počítači. Hardware neboli „technické vybavení“ je schránkou, tělem a software – mozek, řídí celý počítač. Jeden bez druhého nemohou existovat a dohromady tvoří dokonalou harmonii. Pokud však dojde k poškození softwaru, spolupráce je narušena a mohou vznikat nejrůznější problémy. Lidé, kteří utrpěli poškození mozku, mají problémy na mnoha úrovních osobnosti. Poruchy na fyzické úrovni jsou pro okolní svět snadno rozeznatelné a čitelné, tudíž jsou všeobecně přijímány. Problémy v kognitivní a psychosociální oblasti, které nejsou na první pohled viditelné, naopak vytvářejí ve společnosti často odmítavé a neadekvátní reakce. Jelikož každoročně počet těchto lidí přibývá, pokládám za důležité zvýšit ve společnosti povědomí o tom, jaké následky může poškození mozku zanechat.

Problematika lidí po poškození mozku pro mě byla vždy velmi zajímavá. Výběr tohoto tématu byl jednak impulzem k prohloubení znalostí v problematice osob po získaném poškození mozku a také snahou těmto lidem nebo jejich rodinám prostřednictvím výzkumné práce nějak pomoci. I pro mne osobně bylo zmapování dostupnosti ergoterapie pro osoby po poškození mozku velkou výzvou, motivací a cílem zároveň.

Během absolvování praxí na různých pracovištích jsem se setkala s různými termíny, které ergoterapeuti běžně používají – pacient, klient, rehabilitant, v poslední době se začíná používat i uživatel. V sociální oblasti se více používá pojem klient – jehož význam se dá přirovnat k zákazníkovi, příjemci služeb. Ve zdravotní sféře jsem se spíše setkala s pojmem pacient – z anglického slova patient (trpělivý, snášející). Používán může být i pojem

rehabilitant. Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla pracovat s pojmem pacient, jelikož jsem mapovala ergoterapii ve zdravotnických zařízeních a tak tento výraz považuji za nejvíce vystihující v kontextu této práce.

První kapitola bakalářské práce se věnuje základní charakteristice a vymezení pojmů, které se v textu neustále prolínají. Čtenáře v úvodní části nejprve seznámím s definicí získaného poškození mozku a následně nastíním krátký popis jednotlivých onemocnění způsobující poškození mozku, jejich příčiny a incidenci v České republice. V další části čtenáři přiblížím následky získaného poškození mozku – hlavně v oblasti senzomotorické, kognitivní a psychosociální. Závěr kapitoly je obecně zaměřen na ergoterapii, popisuje jednak, jaké má společnost v České republice povědomí o tomto oboru a také se zabývá jednotlivými složkami dostupnosti ergoterapie ve zdravotní péči – konkrétně dostupností časovou, místní, finanční a kvalitativní.

V další kapitole, nazvané „Ergoterapie u osob po získaném poškození mozku“ vycházím především z absolvovaných praxí během školní výuky a dostupné literatury. Zaměřuji se v ní především na ideální průběh ergoterapie, tak jak by měla probíhat v jednotlivých stádiích rehabilitace osob po poškození mozku. Zmiňuji se zde o tom, jaké jsou nejčastější metody získávání informací, které používáme u této cílové skupiny a též jaké diagnostické testy se v České republice velmi často používají.

Svým obsahem velmi kontrastní je kapitola čtvrtá, kde popisuji nejdříve ideální průběh rehabilitace a poté jak ve skutečnosti, v České republice rehabilitace u osob po získaném poškození mozku probíhá. Cílem této části je nastínit s jakými problémy se Česká republika v oblasti rehabilitace v dnešní době potýká.

Cílem praktické části bylo zjistit prostřednictvím kvantitativního výzkumu mezi ergoterapeuty pracujícími v Praze a Středočeském kraji s lidmi po získaném poškození mozku, jaká je jejich dostupnost. V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila konkrétně na jednotlivé složky dostupnosti, o kterých jsem se zmínila již výše.

1. Definice a charakteristika pojmů

1.1 Získané poškození mozku

V úvodu této podkapitoly bych nejprve ráda vymezila základní pojem, který se bude prolínat celou mojí prací. Tímto slovním spojením je získané poškození mozku (dále jen ZPM). Powell (2010, str. 41) termínem ZPM označuje „*takové poškození mozku, které není vrozené ani degenerativní (onemocnění s progresivním zhoršením)*.“ Mozek je hlavním řídicím orgánem lidského těla. Jde o velmi křehkou strukturu, která je iniciátorem jak fyzických, tak psychických funkcí. Dle mého názoru patří k nejdůležitějším orgánům v lidském těle, jelikož je sídlem našeho myšlení a základnou pro iniciaci funkcí celého těla. Jeho poškození může být způsobeno jednak **degenerativním onemocněním** např. Alzheimerovou demencí, což je primárně atroficko-degenerativní onemocnění mozku nejasné etiologie (Preiss, 2006), dále **vrozeným onemocněním**, např. dětskou mozkovou obrnou – v tomto případě se jedná o poškození mozku vzniklé v rané fázi jeho vývoje (Vágnerová, 2008) nebo může být „**získáno**“ v průběhu života nějakým náhlým dějem.

ZPM může být způsobeno např.: cévní mozkovou příhodou (dále jen CMP), traumatickým poraněním mozku (dále jen TBI – traumatic brain injury), nádorem nebo infekcí. Příčinou ZPM může být také hypoxie, která vzniká při tonutí, dále při otravě oxidem uhelnatým (dále jen CO) nebo v důsledku srdečního selhání. Přestože je tato skupina, co do příčin velmi různorodá, neurologické následky a nároky na péči jsou velmi podobné. Proto jsem se rozhodla výše uvedené typy ZPM ve své bakalářské práci zařadit do jedné skupiny a pracovat s nimi jako s celkem. V dalších kapitolách se budu věnovat jednotlivým příčinám, incidenci a následkům ZPM.

1.1.1 Cévní mozková příhoda

Dle Feigina (2007), při mozkové mrtvici neboli iktu dochází k akutnímu poškození mozku v důsledku závažného poškození mozkových cév. Krevní řečiště hraje důležitou roli při dodávce krve do jednotlivých částí mozku. Při mozkové mrtvici je náhle přerušen přítok okysličené krve k mozkové tkáni, což vede k odumření určité části mozku.

Nejčastějšími příčinami CMP jsou např.: zablokování cévy krevní sraženinou (tzv. trombem nebo embolem) a následná ischemie okolní tkáně nebo prasknutí cévy (např. v místě aneurysmatu) s následnou hemoragií do intracerebrálního nebo subarachnoidálního prostoru

(Powell, 2010). Klinické projevy z velké části závisejí na lokalizaci a velikosti poškození mozkové tkáně.

V České republice se incidence CMP odhaduje na 300 onemocnění na 100 tisíc obyvatel za rok. Každým rokem je tedy v naší zemi postiženo až 30 000 osob. V evropských zemích je incidence CMP různá, pokud však přesahuje 200 případů na 100 tisíc obyvatel za rok, považuje se za vysokou. V zemích západní a severní Evropy je roční incidence do 180 případů na 100 tisíc obyvatel za rok, v ČR a v zemích střední a východní Evropy je výrazně vyšší. Ambler (2010) ve své publikaci píše, že v některých oblastech je incidence až 320 onemocnění na 100 tisíc obyvatel za rok. Ambler, Bauer (2010, str. 14) dále uvádějí, že *„CMP jsou i jednou z hlavních příčin invalidizace. Asi u 40% nemocných v důsledku reziduálního neurologického deficitu dochází k trvalé invalidizaci a částečné nebo úplné závislosti na pomoci druhé osoby při běžných denních aktivitách.“*

Vzhledem k narůstajícímu počtu nemocných se stává pojem rehabilitace a znovu začlenění jedince do společnosti velice aktuálním a závažným problémem, se kterým se musíme do budoucna vypořádat. Podle většiny autorů např. Janečková (2009a), Švestková (2009a) je stěžejním prvkem a dominantní úlohou zajištění ucelené rehabilitace a snaha o dosažení co nejvyšší možné kvality života jedince. V zahraničních studiích je kladen velký důraz na to, aby byla ergoterapie součástí rehabilitace u osob po CMP. Jedna studie prokazuje významné zlepšení běžných denních aktivit (dále jen ADL) a zapojení se zpátky do běžného života, díky intervenci ergoterapeuta (Steultjens, Dekker et al., 2003).

1.1.2 Traumatické poranění mozku

„Traumatické poškození mozku je takové poškození tkáně mozku, které nemá degenerativní ani vrozenou podstatu, ale je způsobeno vnější silou, která může snížit nebo změnit stav vědomí. Důsledkem je pak poškození kognitivních nebo fyzických funkcí, poruchy komunikace, chování a emocí. Tato poškození mohou být přechodná nebo trvalá a být tak příčinou částečné nebo úplné funkční disability nebo špatné psychosociální přizpůsobivosti“ (National Head Injury Foundation in Janečková, 2009, str. 20).

Mezi nejčastější příčiny poranění mozku patří dopravní autonehody, pracovní a domácí úrazy, dále úrazy utrpěné při sportu či rekreaci nebo zranění, jež jsou následkem fyzického napadení. Poranění mozku je také obvykle doprovázeno stavem změněného vědomí

anebo amnézií. Stav změněného vědomí může trvat krátce, několik minut nebo hodin, ale může vyústit i v celé týdny nebo měsíce bezvědomí. Poškození mozku obvykle doprovází celá řada přidružených poranění. Při prvotním nárazu vzniká **primární poranění**, které vede k přímému poškození mozku. **Sekundární poškození**, které nastává v následujících minutách, bývá způsobeno nedostatečným okysličením tkáně mozku. **Terciární poranění** pak nastává v uplynulých dnech až měsících po úrazu a je následkem krvácení, pohmožděnin a otoků poškozujících mozkovou tkáň (Powell, 2010).

V roce 2001 byla incidence mozkových traumat v ČR 149,6 případů/100 tisíc obyvatel. S touto incidencí se řadilo poranění mozku hned na druhé místo za cerebrovaskulárními onemocněními, která měla incidenci 180,1 případů/100 tisíc obyvatel (Smrčka, 2001). Pořadí v roce 2009 zůstává stále stejné, čísla obou incidencí, ale významně rostou. U craniocerebrálního traumatu vzrostly na 200 případů/100 tisíc obyvatel. Jde tedy každoročně o 20 000 osob, které musí být hospitalizovány v důsledku poranění hlavy (Kolář et al., 2009). Tento údaj se každým rokem zvyšuje. Žijeme ve světě automobilové dopravy, ve které jsme neustále vystaveni rychlosti a nebezpečí. Mladí lidé stále častěji hledají své hranice v adrenalinových sportech nebo za volantem automobilu a v souvislosti s tímto trendem klesá věková hranice osob s poraněním hlavy. V poslední době také došlo k obrovskému pokroku v medicíně a tak díky vysoce kvalitním technologiím a stále kvalitnější záchranné službě přežívá úraz mnohem více lidí (Powell, 2010).

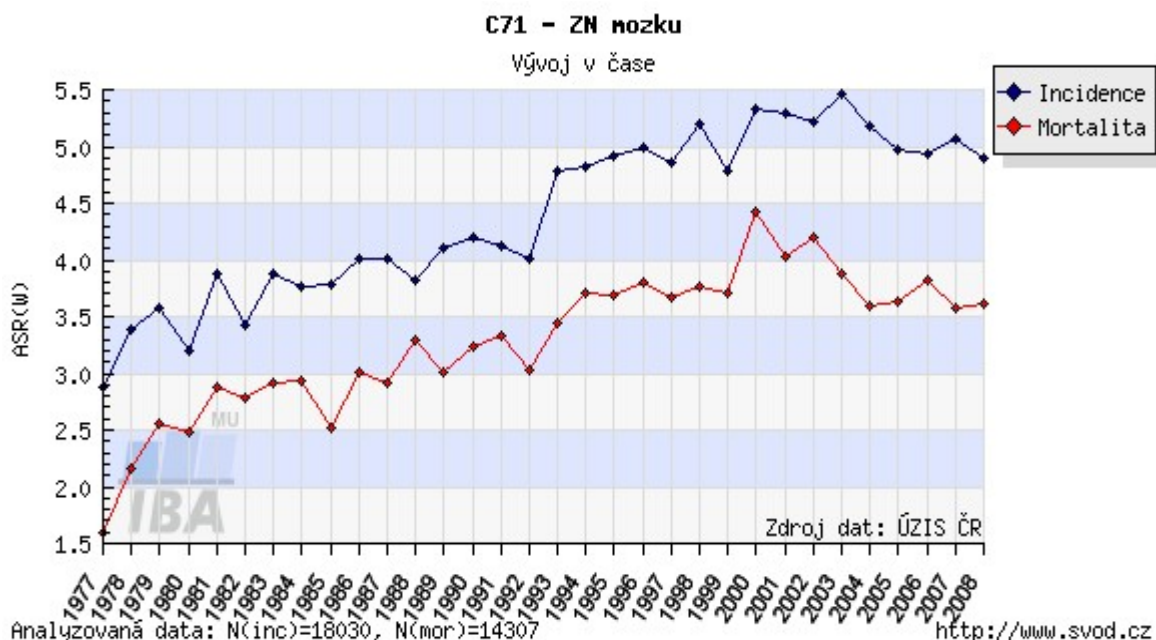
1.1.3 Nádory mozku

„Nádorové onemocnění je charakteristické lokalizovaným, neregulovaným patologickým bujením určité, v tomto případě mozkové tkáně“ (Vágnerová, 2008, str. 125). K poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS) může dojít různými způsoby. Ke zničení mozkových buněk v určité oblasti mozku dochází v důsledku růstu nádoru nebo zvýšením nitrolebního tlaku. Míra poškození závisí hlavně na lokalizaci nádoru, rychlosti jeho růstu a také na věku nemocného. **Ložiskové postižení** má své specifické klinické projevy, které závisí na lokalizaci nádoru a mohou po určitou dobu progredovat. Naopak **generalizované potíže** vznikají v důsledku zvyšování nitrolebního tlaku a mohou mít plíživý nebo prudce narůstající charakter. Potíže jsou nespecifické, jde např. o bolest hlavy, zvracení, neklid, podrážděnost, sníženou motivaci nebo zhoršený výkon v důsledku narušení pozornosti (Vágnerová, 2008). Mozek může být postižen různými typy nádorů a zasažen v jakékoli jeho

části. Příčiny vzniku nádorů nejsou doposud zcela známy, ale určitý vliv je přikládán genetickým dispozicím jedince a též vlivu okolního prostředí.

Mozek může být také postižen metastázami nádorů z jiných částí těla, nejčastěji se jedná o karcinom plic, prsu nebo maligní melanom. Téměř 80% metastáz je lokalizováno intracerebrálně a 40% v oblasti mozkových plen (Kolář et al., 2009).

Powell (2010) na příkladu Velké Británie uvádí, že četnost výskytu nádorů mozku není v populaci velká, vyskytuje se s četností zhruba 5 případů/100 000 obyvatel. Podobná situace je i v ČR. Ve spolupráci Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (UZIS ČR) a Národního onkologického registru (NOR) vznikl analytický a prezentační software Systém pro vizualizaci onkologických dat (SVOD), kde je možné dohledat podrobná data o vývoji a současné situaci incidence mozkových nádorů v ČR. Incidence nádorů mozku je k roku 2008 4,9 případů/100 000 obyvatel. Níže přikládám tabulku, s přehledným vývojem incidence a mortality v ČR od roku 1977 – 2008 (Systém pro vizualizaci onkologických dat, 2011).



Graf 1. Vývoj incidence a mortality nádorů mozku v ČR od r. 1977-2008. 2011. (Převzato ze SVOD)

1.1.4 Infekce mozku

Vágnerová (2008, str. 123) ve své publikaci uvádí, že „*infekční onemocnění vznikají jako reakce na vstup určitého choroboplodného činitele (viru, bakterie apod.) do organismu, mohou postihovat různé orgánové systémy, tedy i CNS.*“ Pro vnějšího činitele není nijak lehké proniknout do nervového systému jedince. CNS člověka je totiž poměrně dobře chráněna hematoencefalickou a hematolivorovou bariérou, která zabraňuje průniku virů a bakterií do mozkové tkáně. Jedinou přímou cestou infekce může být např. otevřené perforující zranění lebeční kosti. Častou komplikací u těchto porážkových stavů bývá právě vznik sekundární meningitidy (Pfeiffer, 2007). Choroboplodným činitelem může být vir nebo bakterie, které se dostanou do CNS a způsobí zde zánět. Pokud zánět postihne mozkové pleny, jedná se o **meningitidu**. Když zánět přejde na mozkovou tkáň, nazýváme ho **encefalitidou** (Vágnerová, 2008). Zánět může poškodit mozkové buňky mnoha způsoby, např. narušením jejich krevního zásobení, změnou metabolismu mozku a následným vznikem edému mozku. V dnešní době jsou tato onemocnění již léčitelná, takže jejich důsledky nejsou tak závažné jako v minulosti. Jedinci, kteří dříve umírali, dnes přežívají, ale paradoxně většinou s vážnými a dlouhodobými následky (Vágnerová, 2008).

Incidenci infekce mozku v ČR lze zhruba odhadnout na 20 případů na 100 000 obyvatel. Následná četnost lidí s poškozením mozku není velká, jedná se o zlomek procenta, ale je důležité si v případě neuroinfekcí uvědomit, že zánětem je postižen orgán, který zásadním způsobem ovlivňuje homeostázu celého organismu a postižení nervové soustavy významně ovlivňuje průběh i následky infekčního onemocnění (Pícha, 2010).

1.1.5 Hypoxie mozku (otravy, tonutí, srdeční selhání)

Hypoxie mozku neboli „*hypoxicko-ischemická encefalopatie, vzniká dysfunkcí mozku způsobenou mozkovou hypoxií či anoxií jako následku selhání srdce a cirkulace či plic a respirace (také kardiorespiračního selhání)*“ (Ambler, Bednařík, 2010, str. 1121). Autor dále uvádí, že podstatou je snížená dodávka kyslíku (hypoxie) až úplná zástava přísunu kyslíku (anoxie) do mozku v důsledku selhání respirace, dále může být způsobena sníženou dostupností hemoglobinu v krvi např. u intoxikace CO nebo v důsledku snížení mozkového krevního průtoku, např. při zhoršení krevního oběhu. V důsledku těžké hypoxie nebo ischemie (např. při srdeční zástavě) jedinec ztrácí vědomí během několika vteřin, a pokud úplná anoxie či ischemie trvá více jak 5 minut, dochází již k nevratnému poškození mozkové tkáně (Ambler, Bednařík, 2010).

Nejčastějšími příčinami hypoxie mozku jsou: **primární selhání srdce a oběhu** v důsledku infarktu myokardu, krvácení, traumatického nebo septického šoku, dále **primární selhání plic a respirace** při paralýze respiračních svalů v důsledku poruchy CNS postihující respirační centra, při onemocnění plic, aspiraci předmětu, tonutí či kompresi trachey a dále při **intoxikaci CO** (Ambler, Bednařík, 2010).

Otrava CO zaujímá 1. místo mezi náhodnými otravami v Evropě. V ČR po strmém poklesu v 80. a 90. letech v poslední době opět mírně stoupá. Incidence se pohybuje od 2-10 osob/100 000 obyvatel za rok. Hospitalizováno je tedy každoročně 200 – 220 osob (z toho přibližně 50 na jednotce intenzivní péče – dále jen JIP). Je prokázáno, že až 30% osob, které jsou intoxikovány CO, je během prvního vyšetření lékařem chybně diagnostikováno a v důsledku jsou tedy skutečná čísla incidence mnohem vyšší. Nejčastěji je otrava zaměňována s chřipkovým onemocněním, depresí, otravou jídlem, gastroenteritidou, iktem, únavovým syndromem, migrénou nebo intoxikací alkoholem (Hájek, 2009).

1.2 Následky získaného poškození mozku

Každý z nás je jedinečnou bytostí. Lišíme se jeden od druhého svým myšlením, humorem, fyzickou zdatností, máme odlišné koníčky a sny, jsme různých povah. Tyto atributy, které dělají člověka člověkem, mají svůj původ v různých oblastech mozku. Ani sami lékaři nebo vědci zatím nevědí, kde se „rodí“ naše osobnost. Jako na světě neexistují dva zcela svým myšlením totožní lidé, tak také neexistují dva lidé, kteří by po prodělaném poškození mozku měli ve svém životě identické následky a problémy.

Z medicínského hlediska je mozek anatomicky rozdělen na dvě poloviny (hemisféry), které jsou navzájem propojené a komunikují spolu. Každá hemisféra má pak i své specifické funkce. Levá hemisféra zodpovídá za jazykové a matematické schopnosti, řečové funkce, slovní paměť, logické uvažování a práci s čísly. Pravá hemisféra je více abstraktní, je centrem neslovní a obrazové paměti, prostorového vnímání, nonverbální komunikace a podílí se na rozlišování tvarů a tváří (Forejtová, 2011). Lékaři jsou zároveň schopni určit, v souvislosti s lokalizací poškození, jaké problémy budou pacienta nejpravděpodobněji provázet. Lidský organismus pracuje jako celek a stejně tak mozek považujeme za komplexní strukturu a tudíž problémy, vznikající v důsledku poškození, budou mít také komplexní charakter.

U osob po ZPM se často setkáváme s kombinací obtíží somatických, kognitivních i behaviorálních, které se musí řešit individuálním rehabilitačním přístupem (M. Preiss a kol., 1998). V dalších částech práce nastíním a blíže se budu věnovat následkům, které mají osoby po ZPM. Pro přehlednost jsem následky ZPM rozdělila do tří kategorií: **senzomotorické**, **kognitivní** a **psychosociální**. Všechny tři se totiž podílejí na sníženém výkonu v provádění běžných denních činností, snižují kvalitu života a v určité míře omezují návrat jedince zpět do společnosti.

1.2.1 Senzomotorické poruchy

Jak už z názvu vyplývá, v této kapitole se budu věnovat tomu, jaké následky mohou mít osoby po ZPM v oblasti **senzorické (zrak, sluch, hmat, chuť, čich) a motorické (hybnost)**. Tyto dva pojmy spolu velice úzce souvisejí a ovlivňují se navzájem. Proto jsem je zařadila do jedné podkapitoly.

V mozku se nacházejí určité oblasti, ve kterých se zpracovávají informace o zrakových, sluchových, čichových, chuťových a hmatových vjemech, jde o tzv. senzorické oblasti. Pokud dojde k poškození některé struktury mozku, která je zodpovědná za zpracování podnětů, může dojít k poruše některého z vjemů, aniž by byly smyslové orgány nějak poškozeny. Poškození oblasti, která interpretuje a zpracovává **zrakové vjemy**, může mít pak za následek to, že pacient vidí dvojité, rozmazaně, špatně posuzuje vzdálenosti nebo opomíjí části zorného pole. Při těžkém poškození zrakové oblasti, může dojít až k tzv. korové slepotě. **Poruchy čichu a chuti** jsou velmi časté u osob po TBI, příčinou většinou bývá poranění čichových nervů nebo čichového ústrojí. Chuť je velmi úzce propojena s čichem, a pokud dojde k jejímu zasažení, pak člověk nerozlišuje jemné vůně, chutě ani pachy (Powell, 2010). **Sluchový deficit** zase často přetrvává v průběhu prvních dvou měsíců po prodělané CMP. Pacient má sníženou toleranci hluku, nerozumí, co se mu říká na postižené straně. Někdy může být přítomen tinnitus nebo může dojít k tzv. korové hluchotě. Se ztrátou sluchu se také často pojí depresivní nálada (Carraro, 2002). V souvislosti s postižením motorických funkcí mohou být postíženy některé modalit **povrchového nebo hlubokého čítí**. Vlivem ztráty kožního čítí nebo hmatového vnímání na postižené straně nepřicházejí, ani nejsou odesílány žádné informace do mozku, který je tímto stavem negativně deprimován a dochází k tomu, že pacient na postiženou část těla „zapomíná“. Pokud je porušeno hluboké čítí neboli **propriocepce**, které zajišťuje senzorické zprávy o svalovém napětí ze šlach a kloubů, pacient ztrácí představu o svém vlastním těle (Carraro, 2002).

U lidí po ZPM je také velmi často přítomna **centrální porucha motoriky**. Každá z obou mozkových hemisfér řídí činnost protilehlé poloviny těla, tzn. jakékoliv postižení jedné poloviny mozku, způsobuje poruchu funkce opačné poloviny těla. Výsledkem je pak centrální porucha motoriky jedné poloviny těla (Carraro, 2002). Centrální porucha motoriky je spojena s pojmy **centrální paréza** a **spasticita**. Centrální paréza charakterizuje neschopnost svalstva k cílenému a koordinovanému pohybu. V důsledku parézy dochází ke zmenšení svalové síly a amplitudy pohybu cílené motoriky. Dle míry postižení neuronů může být míra výpadku motoriky různá. V některých případech je paréza klinicky znatelná jen při poruše jemné motoriky, v těžších případech se může jednat až o kompletní plegii (Lippert-Gruner, 2005). Autorka dále uvádí, že po počáteční fázi svalové hypotonie dochází po určitém časovém intervalu k manifestaci spasticity, která následně zabraňuje obnově a rozvinutí cílené motoriky a nese sebou nebezpečí rychlého vývinu kontraktur. U pacientů po TBI, kteří mají postižen i cerebelární systém (mozeček) se může vyvinout různá forma **ataxie** (Lippert-Gruner, 2005).

1.2.2 Kognitivní poruchy

Zajímavý je fakt, že zpravidla v prvních měsících po poškození mozku se zlepšují zejména motorické funkce, v pozdějších stádiích pak funkce kognitivní a behaviorální. Všeobecně se v dostupné literatuře uvádí, že doba nutná ke zlepšení kognitivních funkcí je přibližně **tříkrát delší** než u funkcí motorických (Preiss a kol., 1998).

Poznávací neboli kognitivní funkce tvoří dle Krivošíkové (2011) vzájemnou hierarchii. Pomyslné dno pyramidy tvoří **základní kognitivní funkce**, které jsou podmíněny neuroanatomickou a fyziologickou integritou mozku a mají vliv na vyšší a metakognitivní funkce. K základním kognitivním funkcím řadíme např. *vnímání* – poruchy vnímání se nazývají agnozie a projevují se nejčastěji problémy s poznáváním tváří nebo předmětů, neschopností odhadnout vzdálenosti nebo najít známou cestu domů. Dále k nim můžeme řadit *orientaci* – u poškození mozku se často vyskytuje porucha orientace místem, časem nebo osobou. *Pozornost* bývá také velmi často narušena, jako jedna ze základních kognitivních funkcí. Výrazně bývá postižena i *paměť*, kterou Zvolský (1997, str. 107) definuje jako „*schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu vybavovat předchozí zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů.*“ **Vyšší kognitivní funkce** jsou výsledkem komplexních a dynamických interakcí mezi jednotlivými strukturami mozku tvořících funkční systém. K vyšším kognitivním funkcím řadíme: *myšlení*, jako schopnost vyvozovat důsledky nebo

závěry ze známých faktů. Myšlení využívá posloupnost, kategorizaci a řešení problémů. Typickou poruchou je porucha řazení jednotlivých kroků v činnosti, porucha abstraktního myšlení nebo prostorové představivosti. Dále do skupiny vyšších kognitivních funkcí patří *exekutivní funkce*, které jsou nepostradatelné pro provádění úkolů. K exekutivním funkcím řadíme plánování, organizování a řešení problémů. Na vrcholu pomyslné pyramidy se nachází **metakognitivní funkce**, které jsou úzce spjaty s poznáváním samotným. Jde o uvědomování si svého myšlení a sebe sama (Krivošíková, 2011).

1.2.3 Psychosociální poruchy

Jak již z názvu vyplývá, psychosociální funkce se týkají **psychické** a **sociální oblasti** života. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF), definuje psychosociální funkce jako komplexní mentální funkce, které se vyvíjejí během lidského života. Jsou potřebné k pochopení a konstruktivní integraci mentálních funkcí. Jsou důležité pro formování interpersonálních dovedností, které jsou potřebné k vytváření vzájemných sociálních interakcí (WHO, 2001).

Psychické funkce se týkají vnitřních procesů v nás. Poskytují člověku vnitřní sílu nějakou činnost iniciovat a provádět. Za určitých podmínek mohou být ale i překážkou v aktivitě např. při snížení motivace nebo sebehodnocení, které k vnitřním procesům také řadíme. **Sociální funkce** např. uplatňujeme při navazování a udržení vztahů s ostatními lidmi (základní je utváření rodinných vztahů) nebo členstvím v nějaké zájmové skupině (Krivošíková, 2011).

Stejně tak jako dojde při poškození mozku k poruše hybnosti, paměti nebo citlivosti může být zasaženo i lidské chování. Změna chování a osobnosti je doprovázena dle Powella (2010) různými emočními obtížemi: jako je nervozita a neklid, podrážděnost a výbuchy vzteku, nedostatek náhledu a snížená schopnost sebehodnocení, impulzivita a ztráta zábran, emoční otupělost a oploštělost, emoční labilita, sebestřednost, násilné chování, apatie a ztráta motivace, deprese, úzkost, rigidita a utkvělé myšlenky a v neposlední řadě sexuální problémy. Všechny tyto změny většinou negativně ovlivňují vztahy v rodině a blízkém okolí. Lidé v pacientově okolí mluví o tom, že se „Jaroslav změnil“, že „je z něj úplně někdo jiný“. Porozumět a akceptovat emoční změny je totiž pro okolí mnohem náročnější, než se smířit s fyzickými následky (Powell, 2010).

1.3 Ergoterapie

Pojem ergoterapie má své kořeny v řeckých slovech *ergon*, neboli práce a *therapia*, což znamená léčení, terapie. V českém jazyce byl donedávna díky volnému překladu rozšířený název *léčba prací* nebo *pracovní terapie*, od kterého se již v dnešní době upouští a dochází k ustálení na výrazu **ergoterapie**. V anglosaských zemích je ergoterapie překládána jako *occupational therapy*, základem je slovo *occupation*, což znamená zaměstnání nebo činnost (Krivošíková, 2010). Jak již z názvu překladu vyplývá, ergoterapie je profese, která prostřednictvím nějaké činnosti/aktivity/zaměstnávání jedince usiluje o to, aby byl člověk přirozeně ze své podstaty aktivní, co nejvíce soběstačný a zapojoval se prostřednictvím aktivity do personálních i instrumentálních ADL.

Blíže definici ergoterapie vysvětluje Česká asociace ergoterapeutů (ČAE, 2008), která definuje ergoterapii jako profesi, „*kteřá prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí 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. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.*“

Ergoterapie, jak už z předchozí definice vyplývá, používá přesně danou terminologii. Všechny činnosti, které člověk během svého života provádí, se nazývají v ergoterapeutické terminologii **oblasti výkonu zaměstnávání** a jsou rozděleny do tří skupin: **1. aktivity všedního dne (ADL)**, které se dále ještě dělí na personální a instrumentální ADL. Do personálních ADL patří péče o vlastní osobu neboli soběstačnost, jmenovitě: osobní hygiena, použití WC, sebesycení, oblékání, koupání, přesuny a do instrumentálních ADL řadíme: přípravu jídla, nakupování, schopnost manipulace s penězi, transport, funkční komunikaci, řízení domácnosti, péči o druhé. **2. práce a produktivní činnosti** a dále **3. hra a volný čas** (The American Occupational Therapy Association, 2002).

Další definice ergoterapie podle Světové federace ergoterapeutů – World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2004) se v mnohých aspektech shoduje s definicí ČAE.

Jedním z nich je, že „*ergoterapie je profese zabývající se podporou zdraví a pohody prostřednictvím zaměstnávání, jejímž primárním cílem je umožnit lidem participaci ve všedních denních činnostech. Proto by měla být zaměřena na úpravu prostředí a zlepšení participace člověka.*“ Dále se v definici hovoří o tom, „*že s ergoterapií se můžeme setkat v celé řadě soukromých, veřejných i neziskových organizací. Ergoterapeuti působí ve školách, v nemocnicích, v domovech pro seniory, v rehabilitačních centrech, jezdí do domácího prostředí.*“

1.3.2 Povědomí společnosti o ergoterapii v České republice

Povědomí a informovanost české společnosti o tom, kdo je ergoterapeut a co dělá je poměrně nízké. Z vlastních zkušeností mohu říci, že když se mě někdo zeptá, co studuji a já odpovím: „*Ergoterapii.*“ Následuje v 95 případech ze sta udivený pohled a nesmělá otázka: „*A co to vlastně je, ta ergoterapie?*“ Do těchto pěti lidí ze sta, kteří mají povědomí o tom, co dělá ergoterapeut, patří většinou cizinci, fyzioterapeuti nebo rehabilitační pracovníci, speciální pedagogové a v neposlední řadě klienti, kteří měli možnost zažít ergoterapii „na vlastní kůži“. Tato „nevědomost“ o existenci ergoterapie je zřejmě způsobena tím, že v České republice (dále jen ČR) ještě není takový počet ergoterapeutů a pracovních míst, kde by se s nimi široká veřejnost mohla běžně setkávat. Ergoterapie nemá v ČR zdaleka tak dlouhou tradici, jako fyzioterapie, která je hojně rozšířená. V posledních letech, zřejmě též v souvislosti s prosazováním zákona o ucelené rehabilitaci, se začíná zvyšovat poptávka po ergoterapeutech na českém trhu práce. Dle Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů je ke dni 2. 11. 2011 registrováno 847 ergoterapeutů (Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011).

Český statistický úřad uveřejnil na svých stránkách ke dni 30. 6. 2011 celkový počet obyvatel v ČR, který činí 10 542 080 (Český statistický úřad, 2011). Z těchto údajů se dá odvodit, že na 100 000 obyvatel připadá 8 ergoterapeutů. Z výsledků Rady ergoterapeutů pro evropské země – Council of Occupational Therapists for the European Countries (dále jen COTEC), které byly vydány v březnu 2011, vyplývají následující údaje. ČR je na jednom z posledních míst v Evropě, co se týče počtu ergoterapeutů na 100 000 obyvatel. V podobné situaci se nachází také Španělsko s 8 ergoterapeuty na 100 000 obyvatel. Hůře je už na tom jen Chorvatsko, Švýcarsko, Lucembursko, Itálie a Litva. V žebříčku vedou Skandinávské země, kam patří Švédsko a Dánsko se 100 ergoterapeuty na 100 000 obyvatel, za nimi je Norsko se 71,2 ergoterapeuty/100 000 obyvatel a dále Finsko s 42,3 ergoterapeuty/100 000

obyvatel. Ve statistice je také uveden zajímavý údaj, kterým je počet studentů ergoterapie k březnu 2011, v ČR – asi 250 (COTEC, 2011). Kolik studentů se však v budoucnu bude ergoterapii skutečně věnovat, zůstává prozatím s otazníkem.

1.3.1 Dostupnost ergoterapie ve zdravotní péči

Ergoterapie jako samostatný nelékařský zdravotnický obor, byla v ČR uznána teprve roku 2004 přijetím zákona č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který prošel v březnu 2011 tzv. „malou“ novelou a bude mít vliv i na koncepci prováděcí vyhlášky, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška č. 55/2011 Sb.). Ergoterapie má tedy své pevné ukotvení ve zdravotnické legislativě a vztahují se na ni zákony Ministerstva zdravotnictví.

V dostupné literatuře jsem se pokoušela najít obecnou definici nebo alespoň výzkum v oblasti dostupnosti ergoterapie. Bez úspěchu. Jelikož se ergoterapie řadí dle zákona k nelékařským zdravotnickým profesím, rozhodla jsem se proto použít obecnou definici **dostupnosti zdravotní péče (služeb)** jako takové. Definic dostupnosti zdravotní péče je hned několik. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definuje dostupnost velice stroze, a to jako možnost dostat zdravotní péči, když ji člověk v danou chvíli potřebuje. Jiná definice je obsáhlejší a pojímá dostupnost zdravotní péče jako *„schopnost zdravotnického systému uspokojovat zdravotní potřeby obyvatelstva cestou zavedených postupů a prostřednictvím existujících zdravotnických služeb, určených k tomuto účelu“* (Mighealthnet, 2011).

Dostupnost ergoterapie ve zdravotních službách je v následujícím textu pojímána z několika různých pohledů. Může na ni být nahlíženo z geografického hlediska tedy místní dostupnosti ergoterapie, jako akceptovatelná vzdálenost poskytovatele od místa bydliště pacienta. Dále také hraje roli ekonomická situace pacienta a finanční dostupnost ergoterapie v případě, že není terapie hrazena ze zdravotního pojištění. Časová dostupnost zase odráží např. délku terapie a čas strávený s pacientem. V neposlední řadě je také důležitá kvalitativní dostupnost, která má souvislost s dosaženým vzděláním ergoterapeuta, jeho profesním růstem a celoživotním vzděláváním v rámci kurzů/seminářů/stáží.

1.3.1.1 Časová dostupnost

Časová dostupnost zdravotní péče je v zákoně definována jako nárok pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb v určité lhůtě. Samy zdravotní služby se dle naléhavosti dělí na neodkladné, akutní a plánované (Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice, 2010). Ergoterapii bych z tohoto hlediska zařadila k plánovaným zdravotnickým službám, jelikož již nedochází k přímému ohrožení života, jako je tomu u neodkladných a akutních služeb. Časová dostupnost ergoterapeuta může být charakterizována např. jeho pracovním úvazkem a z něho vyplývající pracovní dobou, ve které může být zastižen na pracovišti. Dále časovým intervalem, který má ergoterapeut vyhrazený na terapii s pacientem nebo v neposlední řadě také čekací dobou na terapii.

1.3.1.2 Finanční dostupnost

Finanční dostupnost zdravotní péče je v ČR zajištěna vybraným pojištěním na povinném zdravotním pojištění, dle zákona č. 48/1997 Sb., jenž odvádí „*osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a osoby které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.*“ Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) platí pojištění samy za sebe ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, u zaměstnanců se podílí na pojištění částečně i zaměstnavatel (13,5% z hrubé mzdy zaměstnance - 9% odvádí zaměstnavatel a 4,5% zaměstnanec). Za zbylou část populace hradí pojištění stát. Jde kupříkladu o nezaopatřené děti a studenty do 26 let, důchodce, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby v hmotné nouzi, o osoby závislé na péči druhé osoby, osoby ve vazbě a výkonu trestu atd.

Pokud ergoterapeut pracuje ve zdravotnickém zařízení, pak dle vyhlášky č.134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů musí výkony na pojišťovnu vykazovat dle 7 následujících kódů, které mají různé bodové hodnoty. Patří sem: vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie, vyšetření ergoterapeutem kontrolní, individuální ergoterapie základní, individuální ergoterapie s využitím dílen, nácvik všedních denních činností – ADL, ergoterapie skupinová základní a ergoterapie skupinová s využitím dílen. Ergoterapie je tedy pacientovi hrazena z povinného zdravotního pojištění. Jestliže je ergoterapeut způsobilý vykonávat své povolání bez odborného dohledu, jako OSVČ, pak si sám stanovuje výši úhrady za terapii s pacientem.

V posledních letech výdaje na zdravotní péči každoročně stoupají. Tento trend vzniká díky zvyšující se kvalitě poskytované zdravotní péče ve vyspělých zemích, kam patří i ČR. V souvislosti s vysokou kvalitou zdravotní péče se prodlužuje i střední délka života a populace stárne, přičemž náklady na zdravotní péči v Česku neustále rostou. Příjmy ze zdravotního pojištění přestávají stačit na pokrytí nákladů péče a tak začíná být nezbytná spoluúčasť pacienta na zdravotní péči. Týká se to jednak přímé platby občanů za léky, při návštěvě lékaře, regulačních poplatků, hospitalizačního poplatku v nemocnicích, léčebných dlouhodobě nemocných (LDN), odborných léčebných ústavech, lázních atd. (Finance, 2011).

1.3.1.3 Kvalitativní dostupnost

Dostupnost zdravotní péče by měla být samozřejmostí. Stejně důležitá je i kvalita poskytované zdravotní péče, která je v úzkém vztahu s dostupností ekonomickou a geografickou. Otázkou zůstává, jak zhodnotíme její kvalitu? Můžeme na ni pohlížet ze dvou hledisek. Jedno je z pohledu profesního – tedy z pohledu zdravotníka, druhým pohledem je spokojenost pacienta. Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR) již několik let vede výzkum „*Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*“. Na internetových stránkách MZ ČR jsou k dohledání hodnocení nemocnic a rehabilitačních ústavů (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a). Není to jistě jediný zdroj informací vypovídající o kvalitě poskytovaných služeb, ale je stále považován za velmi důležitý. Kvalita zdravotní péče se dále odráží také v technologickém pokroku, minimalizaci zdravotních rizik pro pacienta, dostupnosti zdravotní péče a také v její návaznosti.

Tento pohled platí i z hlediska ergoterapie. Její kvalitu můžeme měřit podle spokojenosti pacientů nebo též posoudit kvality ergoterapeuta dle jeho dosaženého vzdělání v oboru, profesního růstu nebo pravidelné účasti na kurzech/seminářích/stážích v rámci celoživotního vzdělávání.

1.3.1.4 Místní dostupnost

Geografickou neboli místní dostupností se v zákoně č. 48/1997 Sb. rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého nebo hlášeného pobytu pojištěnce. (Reformní opatření z pohledu práva, 2011). Cílem zdravotní politiky by také mělo být vybudování a dostupnost těchto služeb na komunitní úrovni. Není pravidlem, že v každé nemocnici narazíme na služby poskytované ergoterapeutem. Někteří ergoterapeuti mohou mít ve své náplni práce domácí návštěvy, ale ty jsou většinou poskytovány jen

v blízkém okolí pracovní činnosti. Na svých školních praxích jsem se tak setkala s tím, že někdy byla dojezdová vzdálenost pacienta až 100 kilometrů.

2. Ergoterapie u osob po získaném poškození mozku

2.1 Úvod do problematiky osob po ZPM

Jak jsem již uvedla v předchozích kapitolách, počet osob po ZPM v posledních letech stále stoupá. V minulosti byli pacienti s poškozením mozku velice často odkazováni na rehabilitaci převážně motorických funkcí a na kognitivní a psychosociální oblast se poněkud zapomínalo (Krivošíková M., In Preiss, 2006). V posledních letech však roste tlak na to, aby se v ČR uplatnil koncept ucelené rehabilitace, jehož součástí je tzv. léčebná, pedagogická, sociální a pracovní rehabilitace, která pomáhá pacientovi v znovu začlenění se do společnosti. Stále větší důraz je také kladen na týmovou práci odborníků ve zdravotnictví. Součástí tzv. multidisciplinárního týmu v rehabilitaci osob po ZPM by měl být neodmyslitelně lékař, dále psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, speciální pedagog, sociální pracovník a v neposlední řadě také logoped. Pacient by měl být středem onoho pomyslného kruhu odborníků, z nichž každý má přesně stanovené pole působnosti. Ve vzájemné spolupráci mezi sebou a také v kooperaci s pacientem a jeho rodinou by měli všichni členové multidisciplinárního týmu směřovat k společně vytyčenému cíli.

2.2 Ergoterapie v různých stadiích léčby u osob po ZPM

Ergoterapie u osob po ZPM zatím není v ČR pevně ukotvená v legislativě a nejsou přesně stanovené dokumenty (např. standardy), které vymezují, jak v případě tohoto onemocnění přesně postupovat. Vycházet proto budu převážně ze svých praxí během studia, kde jsem se měla možnost setkat s tím, jaké metody diagnostiky a způsoby terapie se mohou u lidí po ZPM využívat. Inspirací mi byla také dostupná literatura k problematice osob po ZPM.

V ideálním případě by měl být první kontakt pacienta po poškození mozku a ergoterapeuta již na neurologickém nebo neurochirurgickém oddělení (ARO= anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo JIP= jednotka intenzivní péče). Rehabilitace by měla začínat již několik dní po úrazu/onemocnění. Ergoterapeut se v této akutní fázi hospitalizace setkává s pacienty v různém stavu vědomí, od kómatu přes vigilní stav až po stav návratu k plnému vědomí. V této akutní fázi ergoterapeut úzce spolupracuje s fyzioterapeutem a rehabilitace je zaměřená především na polohování, mobilizaci pacienta a na prevenci vzniku kontraktur či dekubitů.

V přístupu k pacientovi ergoterapeut může v této fázi využívat např. prvky sensorické integrace, orofaciální stimulace nebo basální stimulace. Blíže se zde zmíním o basální stimulaci, jelikož jsem se s ní nejčastěji na praxích setkávala. Basální stimulace je poskytována s ohledem na věk, osobní zkušenosti a historii každého pacienta. S tímto konceptem by měl standardně pracovat celý multidisciplinární tým i rodinní příslušníci. Personál a terapeuti by se měli přizpůsobit komunikační úrovni pacienta, a pokud se nachází ve změněném stavu vědomí, je jejich úkolem začít hledat vhodnou formu komunikace a podporovat jeho základní lidské vnímání. Ergoterapeut v konceptu basální stimulace také využívá stimulaci jednotlivých smyslů: somatického, vibračního, taktilně-haptického (hmat), vestibulárního (rovnováha), orálního (chuť), optického (zrak), olfaktorického (čich) a auditivního (sluch) (Měsíčník Alzheimer centrum, 2011).

Dojde-li ke zlepšení vědomí, ergoterapie se zaměřuje především na trénink senzomotorických funkcí a trénink potřeb denního života, který má ve včasné neurorehabilitaci velký význam, jelikož pomáhá pacienta dále motivovat (Lippert-Gruner, 2005). Cílem terapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a samostatnosti v provádění běžných denních činností.

Nácvik těchto denních činností by se neměl vztahovat jen na situace v rehabilitačním zařízení, ale měl by být adaptován na osobní potřeby pacienta v jeho rodinném, domácím a pokud možno také pracovním prostředí. Trénink ADL má u těžce postižených pacientů základní význam při návratu do vlastního bytu a rodinného prostředí (Lippert-Gruner, 2005).

V další fázi, kdy je pacient propuštěn z nemocničního prostředí domů, by měl ergoterapeut zajistit pacientovi vhodné kompenzační pomůcky a instruovat ho v jejich používání. Ještě před návratem pacienta domů je důležité provést domácí návštěvu. V návaznosti na ni by měly být navrženy úpravy domácího prostředí a zajištěna tak pacientova bezpečnost. Součástí náplně práce ergoterapeuta je také podat informace o návazných sociálně-zdravotních službách, práce s rodinou, ve smyslu její edukace, podpory a zajištění její informovanosti. Důležité je také zajištění respitní péče, kterou mohou využít rodiny pečující v domácím prostředí o osoby po těžkém poškození mozku (Janečková, 2009a). Na intenzivní lůžkovou ergoterapii by měla navazovat pravidelná ambulantní ergoterapie, která s pacientem řeší aktuální a dlouhodobé problémy v oblasti rehabilitace. Zaměřuje se na motorické, kognitivní a sensorické problémy. Ambulantní ergoterapie pomáhá člověku ve znovu-začlenění se do běžného života. Ergoterapeut ve spolupráci s ostatními

členy multidisciplinárního týmu zprostředkovává vhodné zaměstnání, školu nebo jiné uplatnění, podílí se na výběru volnočasových aktivit atd. Na některých pracovištích ergoterapeuti provádějí také ergodiagnostiku tj. diagnostiku zbytkového pracovního potenciálu.

2.3 Metody získávání informací u osob po ZPM

První informace ergoterapeut získává z lékařské zprávy. Ta by měla vždy obsahovat základní pacientovu anamnézu, diagnózu a výsledky jednotlivých vyšetření. Pro ergoterapeuta a následný cíl terapie je stěžejní provést důkladné hodnocení, které vyžaduje použití různých metod získávání informací (Krivošíková, 2010). Krivošíková (2010) dále rozlišuje tyto metody na objektivní a subjektivní. Mezi objektivní metody řadí **standardizované testy, strukturované pozorování a strukturovaný rozhovor**, popřípadě **posuzovací škály**. K subjektivním metodám patří **neformální pozorování, neformální rozhovor, dotazníky a sebehodnotící škály**.

2.3.1 Pozorování

Ergoterapeut získává informace především prostřednictvím **pozorování**. V ergoterapeutické praxi platí, že pacienta pozorujeme již od vstupu do dveří terapeutické místnosti. Všimáme si, zda pacient přišel sám nebo s doprovodem, jaký má stereotyp chůze, jestli k lokomoci používá kompenzační pomůcky, má-li upravený zevnějšek, dokáže-li si sám svléci nebo obléci bundu, požádat o pomoc atd.

Pozorování je obecně definováno jako metoda hodnocení, kterou ergoterapeut používá nepřetržitě a může poskytnout zkušenému terapeutovi mnoho informací o pacientovi, které by bylo jinak obtížné získat. Jeho výhodou je i možnost současného sledování více dějů a fakt, že je může sledovat v časové posloupnosti (Svoboda, 1999).

Strukturované pozorování je formálnější systematický postup, při kterém se terapeut zaměřuje na specifické oblasti při provádění úkolu nebo pozoruje vliv prostředí na výkon pacienta v domácnosti. Ergoterapeut při tomto pozorování zaměřuje pozornost převážně ke specifickým a podstatným informacím (Krivošíková, 2009).

2.3.2 Rozhovor

Rozhovor je dalším nástrojem, kterým terapeut získává informace. Díky němu navazujeme první kontakt, dozvídáme se z něj, jaké pacient zastává postoje, role, jaké má

hodnoty, zájmy, jak se vyrovnává se změnou života v důsledku onemocnění, zda má náhled na svou nynější situaci atd. Během rozhovoru můžeme pozorovat nonverbální komunikaci, chování, posturu a celkový výraz. Při vstupním rozhovoru se snažíme vysvětlit jakou roli v celém terapeutickém týmu, jako ergoterapeut zastáváme a pokoušíme se nastínit obecné plány a cíle terapie. Rozhovor je taktéž cenným zdrojem informací o verbálních schopnostech a intelektu pacienta (Krivošíková, 2009).

Dle stupně standardizace můžeme rozdělit rozhovor na **standardizovaný (strukturovaný) rozhovor**, kdy postupujeme přesně podle předem vypracovaného schématu a máme přesně daný počet otázek. Využít můžeme i **částečně standardizovaný rozhovor (semistrukturovaný)**, kdy téma i cíl je pevně stanoveno, avšak není nutné dodržovat pořadí a formulaci otázek. Nebo **volný rozhovor (nestrukturovaný)**, který směřuje ke konkrétnímu cíli, ale prostředky k jeho dosažení nejsou předem nijak stanoveny (Ferjenčík in Krivošíková 2011).

2.3.3 Dotazníky, sebehodnotící škály, posuzovací škály

Dotazníky a sebehodnotící či posuzovací škály se u lidí po ZPM mohou také využívat. Jde o velmi efektivní způsob získávání informací, jelikož v krátkém čase dostaneme od pacienta značné množství dat. U dotazníků a posuzovacích škál se většinou jedná o ucelený seznam činností nebo parametrů činností, které pacient oboduje na numerické škále. Dotazníky mohou být obecné nebo zaměřeny na užší oblast výkonu. Využívají se především k identifikaci problémových oblastí pacienta (Krivošíková, 2009).

2.3.4 Standardizované testy

Standardizované testy se využívají pro hodnocení určitých funkcí. Základem úspěšného používání těchto metod jsou znalosti ergoterapeuta, který by měl mít povědomí o psychometrických charakteristikách jednotlivých standardizovaných testových metod a měl by být schopen vybrat nejvhodnější test pro daného klienta. Samozřejmostí by také měla být přesná administrace (tj. dodržení instrukcí o postupu testování uvedených v manuálu) a adekvátní interpretace výsledků. Pojem **standardizace** je souhrnné označení pro zjištění reliability, validity, stanovení norem, prověření účinnosti jednotlivých částí testu a stanovení jednotné instrukce a způsobu administrace. Testy tedy poskytují validní¹ a reliabilní² normu,

¹ Zda test skutečně měří, to co má měřit

² Spolehlivost testu při měření různými terapeuty v průběhu času

kteřou můžeme srovnat s aktuálním výkonem pacienta, mají daný jasný postup administrace a hodnocení (Křivošíková, 2009).

Standardizované testy se tedy mohou využívat a skutečně se také využívají při diagnostice osob po ZPM. V následujících kapitolách popisuji a uvádím výsledky výzkumu z bakalářské práce Tomkové (2009), která srovnávala diagnostické a terapeutické metody v ČR a Nizozemí ve zdravotnických zařizováních u lidí po poškození mozku. Praktické informace získávala z dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 15 českých a 15 holandských respondentů. Ve své práci se budu blíže zabývat těmito testy a doplním je informacemi z výsledků výzkumu Alice Tomkové: **Funkční míra nezávislosti (FIM)**, **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** do češtiny překládán jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), **Mini-Mental State Examination (MMSE)** a **Barthel Index (BI)**. I když existuje ještě mnohem více testů, které by se daly použít u diagnostiky lidí po ZPM, budu se věnovat pouze těmto čtyřem, jelikož jsou v ČR nejběžnější a často jsem se s nimi setkávala v rámci školních praxí.

2.3.4.1 Functional Independence Measure

Funkční míra nezávislosti (dále jen FIM), „*odhaluje disability související s fyzickým postižením, její změny v čase a účinnost rehabilitace*“ (Křivošíková, 2009, str.160). Test je určen pro osoby starší 7mi let a používá se k diagnostice i u lidí s neurologickými poruchami. Zahrnuje 18 položek, z nichž 13 hodnotí aktuální fyzické funkce v oblasti **osobní péče, kontroly svěračů, přesunů a lokomoce**. Zbývajících 5 psychosociálních položek hodnotí **komunikační schopnosti, sociální a kognitivní schopnosti**. Jednotlivé položky zde nebudu detailně rozepisovat, jelikož se domnívám, že s FIMem se již v praxi setkala většina ergoterapeutů a mají alespoň rámcovou představu o jeho obsahu. Funkční úroveň pacienta je hodnocena na 7mi bodové škále (maximální skóre je 7= úplná nezávislost, minimální skóre je 1= úplná závislost). Administrace tohoto testu trvá zkušenému ergoterapeutovi přibližně 20-30 minut (Uniform Data Systems, 1999).

Z dotazníkového šetření v bakalářské práci Tomkové (2009) vyplývá, že FIM byl používán českými respondenty nejčastěji ze všech testů. Z 15-ti respondentů uvedlo 12 (tedy 80%), že používá FIM při diagnostice u lidí po poškození mozku. Tato diagnostika je velmi cenná v tom ohledu, že zjišťuje funkční schopnosti pacienta v komplexním používání ADL, motorice, komunikaci, a také jsou v něm zahrnuty psychosociální schopnosti.

2.3.4.2 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Český statistický úřad (ČSÚ) ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavedl v ČR s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF), kterou je povinen používat, každý ošetřující lékař nebo zdravotnické zařízení, které u svého pacienta zjistí zdravotní stav s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru (Ministerstvo zdravotnictví, 2011b).

Cílem klasifikace MKF je poskytnout jednotný a standardizovaný jazyk, který umožní komunikaci v oblasti zdraví a zdravotní péče po celém světě v různých disciplínách a vědách. Díky MKF je možné lépe vyhodnotit pozitivní nebo negativní dopady prostředí na participaci osob s disabilitou a zjistit, jestli toto prostředí zmenšuje důsledky zdravotního postižení (tedy facilituje) nebo je tomu naopak. MKF (2001) dále definuje disabilitu jako: „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“

Její velký filosofický posun můžeme najít v tom, že neklasifikuje osoby, ale situace každého člověka vztahující se k jeho zdraví a poprvé se v tomto dokumentu mluví o tom, že stejná diagnóza může mít pro různé osoby různé následky (Švestková In Lippert-Grunerová, 2005). Klasifikace popisuje 4 základní komponenty: **1. tělesné funkce** a **2. tělesné struktury** jedince, kde hodnotí rozsah poruch těchto struktur – tzv. impairment, dále tzv. **3. aktivity (hodnocení kapacity)**, kde se mluví o výkonu jedince a omezení při jeho provádění a **participace (hodnocení výkonu)** tedy zapojení se do nějaké životní situace, **4. faktory prostředí (facilitující nebo bariérové)**. V klasifikaci jsou zahrnuty situace, pro jejichž vyřešení využívá jedinec své „zbytkové zdraví“ (MKF, 2001).

Od ledna 2011 byla ustanovena Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze za Metodické centrum (dále jen MC) praktické výuky a aplikace MKF. MC je nezbytné pro co nejširší a nejrychlejší zajištění praktické aplikace MKF v ČR a také z důvodu vzniku tzv. Cerebrovaskulárních center, kde probíhá zdravotní péče a rehabilitace osob po poškození mozku (Centrum MKF v ČR, 2011). Pro potřeby své bakalářské práce jsem v dostupné literatuře nenašla žádný výzkum, který by se zabýval aplikací ICF z pohledu ergoterapie u osob po ZPM.

2.3.4.3 Mini-mental State Examination (MMSE)

Může být překládán jako Krátká škála mentálního stavu. Jde o screeningové vyšetření, které se používá především pro odhalení kognitivních poruch u osob v různém stadiu demence s určením míry postižení. Předností tohoto testu je rychlá administrace, krátké trvání testu a určitá kvantifikace postižení. Test nevyžaduje speciálně proškolený personál, proto ho po krátkém zaškolení může používat např. ergoterapeut, zdravotní sestra, studenti atd. Je nutné mít na paměti, že se jedná pouze o základní orientační metodu, jejíž výsledky musíme posuzovat v souvislosti s širším kontextem ostatních vyšetření pacienta. Test obsahuje 10 subtestů, které jsou dále členěny na podotázky. Při vyšetření MMSE ergoterapeut testuje pacientovu orientaci vlastní osobou, místem a časem, zapamatování, pozornost a počítání, krátkodobou paměť a výbavnost, pojmenování, schopnost opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní a obkreslování. Administrace testu trvá zhruba 5-10 minut, maximální bodové ohodnocení je 30 bodů, od 24 bodů většinou začíná lehké pásmo demence (Folstein, 1975).

Za nedostatek testu se považuje chybějící subtest na vyšetření exekutivních funkcí. Výsledky někdy mohou být také zkresleny díky dlouhodobé hospitalizaci pacienta, jeho věku nebo vzdělání, kdy osoby s vyšším vzděláním mohou dosahovat normálních hodnot, i přesto, že u nich již dochází k nástupu onemocnění.

Ve výzkumu bakalářské práce Tomkové (2009) uvedlo 8 respondentů z 15, tedy 53% z oslovených ergoterapeutů, že k diagnostickému vyšetření používá právě test MMSE. Mohu potvrdit, že v průběhu své praxe jsem se setkala s tím, že se test MMSE používá hlavně u starších lidí s nástupem demence nebo po mozkových iktech. Ergoterapeut k němu může připojit i Test kreslení hodin, který může být zdrojem dalších informací o pacientově aktuálním stavu.

2.3.4.4 Barthel index (BI)

Jedná se o test, kterým ergoterapeut provádí orientační vyšetření personálních ADL a následně indikuje míru asistence. Byl vytvořen roku 1955 I. Mahoneyovou a W. Barthelovou pro hodnocení pacientů s neuromuskulárním onemocněním. V dnešní době se využívá u pacientů v akutním i chronickém stadiu onemocnění, zejména v oblasti neurologie, geriatric, revmatologie, ortopedie a při fyzickém postižení. Při testování ergoterapeut hodnotí deset činností: příjem potravy, koupání, osobní hygienu, oblékání, kontinenci moči, kontinenci stolice, užívání WC, přesuny, lokomoci a chůzi po schodech. U každé činnosti je škála: 0-5-

10 (0= neschopen, 5= s asistencí druhé osoby, 10= schopen samostatně). Každá položka je skórována a jednotlivé body se sčítají. Nejvyšší dosažená hodnota, tedy 100 znamená úplnou samostatnost, naopak 0 značí úplnou závislost na pomoci druhé osoby. Senzitivita testu je omezena jelikož nezahrnuje instrumentální ADL, vyšetření kognitivních funkcí ani sociální interakce. V testování není ani citlivě rozlišena míra potřebné asistence. Testování trvá zhruba 15-20 min, administrace 3-5 min (Švestková, 2008).

Co se týče výzkumu bakalářské práce Tomkové, z 15 oslovených českých respondentů používá BI 5 z nich, tedy 33%.

3. Situace osob po získaném poškození mozku v České republice

Česká republika se v oblasti péče o osoby po poškození mozku potýká s mnoha legislativními problémy. Jedním z nich je neexistence již několik let projednávaného zákona o ucelené rehabilitaci, který by měl stanovit pojem rehabilitace a vymezit základní kompetence a povinnosti z něj vyplývající. Jeho přijetí se jeví v celé situaci osob s disabilitou jako velmi zásadní. V Evropské unii jsme již poslední zemí, která zatím nepřijala zákon o ucelené rehabilitaci, který by obsahoval léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci (Žilová, 2010).

Dalším problémem je zdravotní péče, která je upravena zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, který se jeví jako poměrně zastaralý a měl by být v rámci reformy zdravotnictví nahrazen novým, modernějším zákonem o zdravotních službách. V ČR tedy v současné době chybí zákon, který by stanovil základní pojmy poskytované zdravotní a zdravotně-sociální péče, definoval její druhy, obsah i význam všech poskytovatelů, jejich kompetence a pravomoci a prosadil definice náplní činností a standardů péče zdravotnických pracovníků (Janečková, 2009).

3.1 Ideální průběh rehabilitace osob po ZPM

Základním požadavkem rehabilitace u těchto osob je to, aby dosáhly po ukončení akutní lékařské péče co možná nejvyšší kvality života a soběstačnosti, která by jim umožnila najít opět své místo ve společnosti. Kvalita života těchto osob závisí zejména na rychlém zahájení neurorehabilitace, která by dle Lippert-Grunerové (2005, str. 23) měla pacienta doprovázet „*od fáze akutní hospitalizace přes lůžkovou a ambulantní rehabilitaci (popř. denní rehabilitační stacionář) až k sociálnímu, rodinnému a pokud možno i pracovnímu zařazení (popř. zařazení do systému vzdělávání).*“ Lippert-Grunerová (2005) dále ve své publikaci předkládá základní principy neurorehabilitace, kam patří **princip celistvosti**, kdy se rehabilitace vztahuje na celou osobnost a životní situaci pacienta. Dále **princip včasnosti a dlouhodobosti**, kdy rehabilitace začíná již v akutní fázi a trvá individuálně dlouho – týdny, měsíce, roky. Důležitý je také **princip týmové práce, multidisciplinarity a interdisciplinarity** mezi terapeuty a celým zdravotnickým personálem a v neposlední řadě **princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností.**

Inspirací České republice by mohl být fázový model neurologické rehabilitace u lidí po poškození mozku, který je již řadu let používán v Německu. Jeho hlavním přínosem je

možnost započítí rehabilitace již v akutní fázi rehabilitačního řetězce, jeho návaznost a kontinuita během celé rehabilitace. Lippert-Grünerová (2005) ho rozlišuje na tyto fáze:

Fáze A: akutní fáze onemocnění

Fáze B: včasná rehabilitace, během níž musí být zajištěna intenzivní péče, uplatňují se již první formy rehabilitace

Fáze C: samotná rehabilitace, kdy je již pacient schopen se na rehabilitaci podílet a spolupracovat, již není odkázán na intenzivní péči a umělé dýchání

Fáze D: tradiční lékařská rehabilitace, v této fázi je nutná ošetrovatelská péče jen ve výjimečných případech, pacient se aktivně podílí na terapii, v popředí terapeutických cílů stojí rehabilitace kognitivních funkcí

Fáze E: jde o fázi po ukončení intenzivní rehabilitace, kde se do popředí dostávají další složky ucelené rehabilitace a to školní, pracovní a sociální integrace

Fáze F: je definována jako stav pacienta vyžadující neustálé ošetrování a jde o osoby, u kterých přes všechnu intenzitu terapie zůstaly těžké funkční deficity

3.2 Nejčastější průběh rehabilitace u osob po ZPM

V dalších kapitolách budu vycházet z výsledků diplomové práce Mgr. Marcely Janečkové (2009), která se ve své práci zabývala problémy v systému péče o osoby po poranění mozku v ČR. Cílem prvního dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 30 lékařů specialistů, bylo zjistit, jak vnímají samotní lékaři situaci v oblasti post-akutní péče a rehabilitace osob po poranění mozku.

Dotazovaní odborníci se shodují na faktu, že přednemocniční a akutní nemocniční péče je srovnatelná s vyspělými státy. Při následné fázi rehabilitace, však nastávají „specificky české problémy“, na které navazují obtíže při znovu-začleňování pacienta s lézí CNS do normálního života. Zde již Česká republika pokulhává za vyspělými státy (Fiala, 2009).

Odborníci účastníci se výzkumu, jež byl interpretován v diplomové práci Janečkové (2009) se shodují v následujících bodech:

- po výborné akutní péči jsou pacienti po poškození mozku často překládáni do léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), kde jim není poskytnuta adekvátní rehabilitace
- v ČR chybí včasná neurorehabilitační lůžka, kde by pracoval multidisciplinární tým (současný stav odpovídá zhruba ½ oproti požadavkům z praxe)
- ČR se potýká s nedostatkem logopedů, ergoterapeutů, neuropsychologů, atd.
- neexistuje kontinuita péče

Situace je v současné době taková, že pacienti jsou po výborné akutní péči předáváni do domácí péče, LDN nebo do rehabilitačního zařízení – na které jsou ale velmi dlouhé čekací lhůty. Někteří z dotázaných specialistů uvádějí i to, že v ČR naprosto chybí podpora pacienta po propuštění z nemocnice a pomoc při znovu začlenění do normálního života. Lékaři většinou nejsou dostatečně informováni o návazných sociálních službách a tak se k těmto informacím musí „dopracovat“ sami pacienti nebo jejich rodiny.

3.3 Dostupnost jednotlivých složek rehabilitace

Druhá část výzkumu v diplomové práci Janečkové (2009) byla zaměřena na zjištění zkušeností osob po poranění a poškození mozku s dostupností rehabilitace, podpory a služeb. Celkem bylo rozesláno 250 dotazníků, návratnost byla 30% (vrátilo se 75 dotazníků), z nichž bylo 55 zahrnuto do zpracování a analýzy dat. Respondenti byli z různých částí republiky.

Délka rehabilitace se dle respondentů pohybovala od tří týdnů do půl roku. Nejčastěji byla respondentům poskytována **fyzioterapie**, celkem ji obdrželo 64% respondentů. Pouze 1/3 (tedy 29%) dotazovaných obdržela pomoc **ergoterapeuta** v tréninku denních aktivit dlouhodobě a více než ½ (tedy 58%) neobdrželo pomoc ergoterapeuta vůbec. V menší míře respondenti uváděli i pomoc **logopeda**, ojediněle se zmiňovali, že využili pomoc **psychologa**. Ze všech dotazovaných pouze dva uvedli, že absolvovali komplexní rehabilitaci.

Z těchto výstupů vyplývá, že dostupnost jednotlivých složek rehabilitace (kromě fyzioterapie) je poměrně malá. Bohužel jsem neměla možnost zjistit, z jakých částí republiky jednotliví respondenti pocházeli. V dalších kapitolách se již budu zabývat dostupností ergoterapie z pohledu ergoterapeutů v Praze a Středočeském kraji.

4. Výzkumná část

Pro praktickou část mé bakalářské práce bylo v první řadě nutné stanovit si pevná kritéria výzkumu. Prvním z uvažovaných kritérií byl výběr oblasti výzkumného vzorku. Zpočátku bylo mým záměrem zmapovat dostupnost ergoterapie pro osoby po ZPM v celé ČR. Záhy jsem zjistila, že tato teze přesahuje svým obsahem i časovou náročností rámec bakalářské práce. Rozhodla jsem se tedy mapování zaměřit na menší územní celky a o to podrobněji a pečlivěji tyto oblasti zpracovat. Vybrala jsem si dva sousedící kraje Prahu a Středočeský kraj. Zajímalo mě, jak se od sebe tyto dva kraje budou lišit, co se týče dostupnosti ergoterapie.

Další kritérium, které jsem si musela stanovit, bylo, z jaké oblasti (zdravotní či sociální) budu respondenty vybírat. Ergoterapeuti mohou totiž s lidmi po ZPM pracovat v obou těchto sférách. Původní tezí práce bylo zmapovat dostupnost ergoterapie v obou těchto celcích, ale v průběhu mapování jsem se rozhodla rámec výzkumu zúžit pouze na zdravotnická zařízení. Důvodem mého rozhodnutí bylo zjištění, že v ČR neexistuje registr sociálních zařízení, který by byl přímo zaměřený na osoby po ZPM. Tudíž bych musela zmapovat všechny sociální zařízení v obou územních celcích. Některá sociální zařízení navíc nejsou ani uvedena v registru poskytovatelů sociálních služeb. Někdo by mohl namítnout, že v ČR chybí též registr zdravotnických zařízení zaměřených na osoby po ZPM, ano je tomu tak a v dohledné době doufám, že dojde ke změně. Ergoterapeut je svým povoláním nelékařský zdravotnický pracovník a tudíž by měl v zařízeních tohoto typu pracovat. Mé rozhodnutí tedy podpořil tento fakt a též přehledný seznam zdravotnických zařízení jednotlivých krajů, který je volně přístupný na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistik.

Následující kritéria, které jsem si zvolila, se týkají jednak vymezení pojmu „získané poškození mozku“, které jsem vysvětlila již v úvodu práce a dále počtu osob po ZPM, které mají ergoterapeuti v péči. Hranicí pro výzkumnou část a zařazení respondenta do dotazníkového šetření byl, minimální počet - 3 osoby po ZPM v rehabilitaci za měsíc. Pokud ergoterapeut toto kritérium v telefonickém rozhovoru potvrdil, mohl být zařazen do mého seznamu ergoterapeutů pracujících s osobami po ZPM.

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit dostupnost ergoterapie pro osoby po ZPM v Praze a Středočeském kraji. Na hlavní cíl navazují **dílčí podcíle**, které se podrobněji zabývají jednotlivými složkami dostupnosti ergoterapie: dostupností místní, časovou, finanční a kvalitativní. **Výzkumná otázka** pro potřeby mé bakalářské práce vychází z cílů, které jsem si stanovila:

Jaká je dostupnost ergoterapie pro pacienty po ZPM v Praze a Středočeském kraji?

4.2 Metodický postup

Praktický výzkum zaměřený na zjištění dostupnosti ergoterapie probíhal v časovém úseku od června do listopadu 2011 a byl realizován formou dotazníkového šetření. Tento typ výzkumu jsem si zvolila proto, že jde o „*vysoce efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců, při relativně malých nákladech*“ Disman (2006, str. 141) a je tou nejvhodnější formou pro splnění cíle a výzkumné otázky mé bakalářské práce.

Samotnému kvantitativnímu sběru dat pomocí dotazníků předcházela sběr telefonních a následně emailových kontaktů na jednotlivé ergoterapeuty ve zdravotnických zařízeních v Praze a Středočeském kraji. Tento sběr dat probíhal prostřednictvím telefonátů v období od května do června 2011, za podpory CEREBRA – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. Zdrojem telefonních kontaktů byl pro potřeby mé práce Registr zdravotnických zařízení, který je volně přístupný pro širokou veřejnost na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR a slouží k vyhledávání údajů o síti zdravotnických státních i nestátních zařízení na úrovni obcí, okresů i krajů ČR (Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, 2011). Do jednotlivých zdravotnických zařízení jsem telefonovala na rehabilitační oddělení, kde jsem byla následně spojena buď přímo s ergoterapeutem, nebo s fyzioterapeutem či zdravotní sestrou, která mi poskytla telefonní spojení na ergoterapeuta. Během pracovní doby bylo velice těžké zastihnout ergoterapeuta v jeho kanceláři, jelikož se většinou v tuto dobu – volala jsem v časovém rozmezí od 9 ti do 12 ti hodin-, nacházel na lůžkových odděleních u pacientů. Proto jsem byla nucena na některá pracoviště volat opakovaně. Z CEREBRA jsem proto telefonický sběr kontaktů realizovala dohromady 6 krát.

V další části výzkumu jsem si z emailových adres, které jsem získala od ergoterapeutů, vytvořila vlastní seznam pro potřeby praktické části bakalářské práce. Na

webových stránkách jsem vytvořila elektronický dotazník, který jsem v rámci před-výzkumu nejprve distribuovala mezi své spolužačky z ergoterapie, abych se ujistila o srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek. Před-výzkumu se zúčastnily tři spolužačky, díky nimž jsem měla zpětnou vazbu o vytvořeném dotazníku. Díky jejich připomínkám a postřehům, jsem některé z otázek upravila a následně vytvořila finální verzi dotazníku. V konečné fázi výzkumu jsem jednotlivým ergoterapeutkám rozeslala email, ke kterému byl připojen odkaz na webové stránky s dotazníkem. Bohužel návratnost dotazníků byla velmi nízká. Již v průběhu telefonických rozhovorů, ergoterapeuti často uváděli časovou tíseň a pracovní vytíženost v nemocnicích. I tento fakt mohl ovlivnit nízkou návratnost dotazníků. Z celkového počtu 26 ti rozeslaných dotazníků se jich vrátilo vyplněných pouze 17, i přes to, že jsem ergoterapeuty kontaktovala prostřednictvím e-mailu celkem třikrát – v červnu, září a na konci října 2011. Přiznávám, že jsem očekávala, že návratnost dotazníků bude mnohem vyšší.

Ve své práci jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza H1:

V Praze je větší počet ergoterapeutů ve zdravotnických zařízeních pracujících s osobami po ZPM než ve Středočeském kraji.

Hypotéza H2:

Čím vyšší mají ergoterapeuti vzdělání, tím pravděpodobněji dělají vstupní diagnostiku.

Hypotéza H3:

Soukromá zařízení poskytují ve více případech domácí návštěvy, než zařízení státní nebo samosprávné.

Hypotéza H4:

Čím více mají ergoterapeuti pacientů po ZPM, tím více poskytují komplexnější služby.

Hypotéza H5:

Ergoterapeuti používají ve více případech jako diagnostický nástroj FIM než ICF.

Hypotéza H6:

Ergoterapeuti pracující na lůžkových zařízeních mají menší kapacitu na nadstavbové aktivity (kreativní činnosti, volnočasové aktivity) než v soukromých zařízeních.

4.3 Výběr respondentů

Respondenty jsem vybírala podle těchto kritérií – jednalo se o ergoterapeuty, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních v Praze a Středočeském kraji s osobami po ZPM a mají během jednoho měsíce minimálně 3 tyto pacienty v rehabilitaci.

Prostřednictvím telefonních hovorů jsem zmapovala, že v Praze a Středočeském kraji pracuje k 13.6.2011 s lidmi po ZPM celkem 35 respondentů. V Praze pracuje 21 respondentů a ve Středočeském kraji působí dalších 14 respondentů. Z těchto 35 ti respondentů jsem získala kontakt pouze na 26 z nich (jednalo se o 7 respondentů ze Středočeského kraje a 19 respondentů z Prahy), kteří v telefonním rozhovoru přislíbili, že dotazník poskytnou i svým spolupracovníkům na pracovišti.

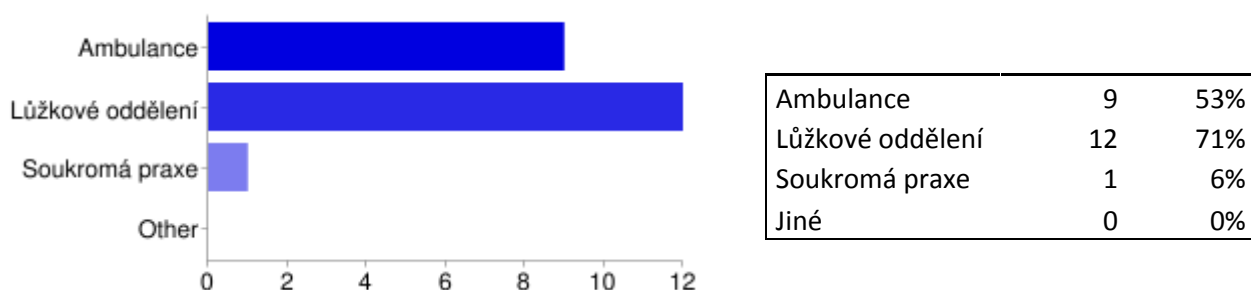
4.4 Technika sběru dat

Součástí dotazníku byl krátký úvod, ve kterém jsem se respondentům představila a upřesnila účel a cíl výzkumu. Dotazník obsahoval 17 otázek, které byly zaměřené na jednotlivé složky dostupnosti ergoterapie. V úvodu dotazníku jsem se zaměřila na **místní dostupnost**, kde jsem zjišťovala název zařízení, dále v jakém typu zařízení respondenti pracují (zda se jedná o ambulanci, lůžkové oddělení nebo soukromou praxi) a kdo je zřizovatelem zdravotnického zařízení nebo soukromé praxe. Z hlediska **časové dostupnosti** mě zajímalo, jaký mají ergoterapeuti pracovní úvazek, kolik času mají vyhrazeno na terapeutickou jednotku s pacientem, zda mají dané limity na počet terapií za měsíc a kolik mají aktuálně v péči osob po ZPM. V další části jsem se ptala na **finanční dostupnost**, zda je terapie hrazena pojišťovnou nebo pacientem a pokud si ji pacient musí hradit sám, zajímala mě částka, kterou zaplatí za 1 terapii, popřípadě hodinu terapie. Závěr dotazníku je zaměřen na kvalitativní **dostupnost**, v níž zjišťuji, zda si ergoterapeuti vedou dokumentaci o pacientech, jaké mají dosažené vzdělání v oboru ergoterapie a jaké služby pro osoby po ZPM nabízejí. Dále mě zajímalo, jaké používají k diagnostice osob po ZPM vyšetření. Poté co respondent vyplnil celý dotazník a odeslal ho, následovala prosba, zda by mohl vyplnit opět jeden dotazník, pracuje-li ještě v jiném zařízení taktéž s osobami po ZPM.

4.5 Výsledky výzkumu

Dotazník byl rozeslán celkem 26 ti respondentům. Sedm respondentů bylo z různých částí Středočeského kraje, 19 respondentů působilo v Praze. V telefonickém rozhovoru všichni oslovení respondenti přislíbili, že se budou podílet na výzkumu prostřednictvím vyplnění mého dotazníku. Poprvé jsem dotazníky respondentům rozeslala v druhé polovině června 2011. Nazpět se mi vrátilo 12 dotazníků, a proto jsem se rozhodla, znovu kontaktovat zbylé respondenty ještě jednou na začátku září téhož roku, opět prostřednictvím e-mailu. Do konce září 2011 stoupla návratnost na 15 dotazníků. Ve snaze zvýšit návratnost dotazníků, jsem rozeslání e-mailů s prosbou o vyplnění dotazníku zopakovala ještě potřetí, v průběhu října 2011. Dotazník vyplnili další dva respondenti a návratnost se ustálila na 17-ti dotaznicích. Celkem čtyři dotazníky byly od respondentů pracujících ve Středočeském kraji a 13 dotazníků od respondentů z Prahy. Domnívám se, že návratnost dotazníků byla takto nízká kvůli časové tísní respondentů pracujících ve zdravotnických zařízeních. Již v krátkém telefonickém rozhovoru totiž někteří respondenti uváděli, že si „snad najdou ve svém pracovním harmonogramu trochu času na vyplnění dotazníku“.

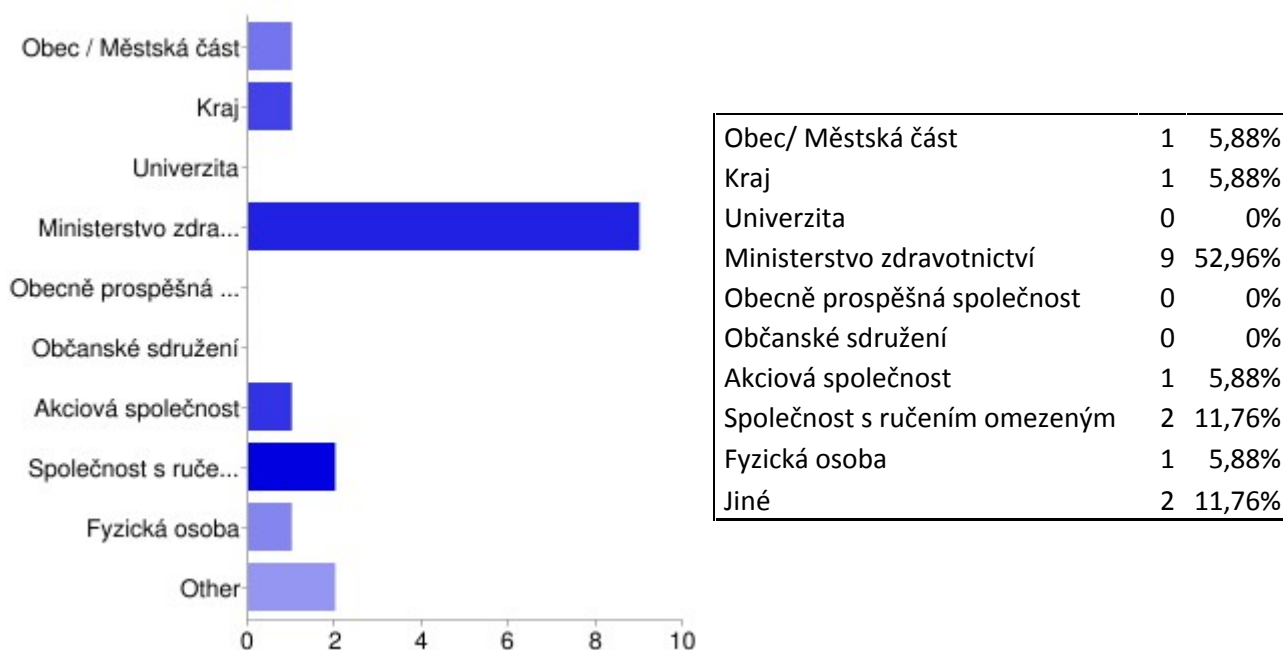
1.) V jakém typu zařízení respondenti pracují?



Graf 2. Typ zařízení (v této otázce mohli respondenti zaškrtnout více jak dvě odpovědi, proto mohou výsledná procenta dohromady vzrůst nad 100%)

Mezi prvními otázkami se nacházel dotaz, který byl zaměřený na typ zařízení, v kterém respondent pracuje. Respondenti zde mohli vybrat z nabízených možností více jak dvě odpovědi. Z dotazníků jsem zjistila, že celkem 5 respondentů pracuje v ambulanci a na lůžkovém oddělení zároveň, 7 respondentů pracuje pouze na lůžkovém oddělení, 4 respondenti v ambulanci a 1 respondent má soukromou praxi. Z těchto dat vyplývá, že většina respondentů (12) ve zdravotnických zařízeních působí na lůžkových odděleních.

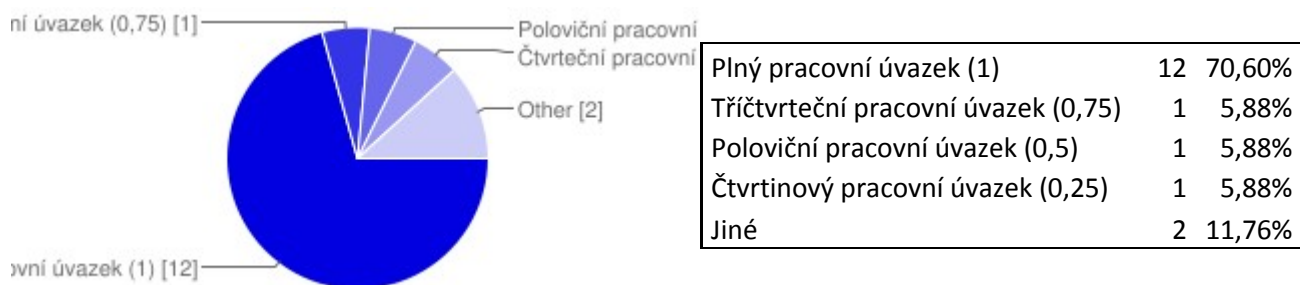
2.) Kdo je zřizovatelem zdravotnického zařízení?



Graf 3. Zřizovatel zdravotnického zařízení

V další otázce více jak $\frac{3}{4}$ respondentů uvedlo, že zřizovatelem jejich zařízení je stát nebo samospráva. K respondentům, jejichž zřizovatelem je stát, řadím i dva respondenty, kteří nenašli ve výčtu možností na tuto otázku vhodnou odpověď a proto napsali do kolonky „jiné“, že jejich zřizovatelem je Ministerstvo obrany. Méně než $\frac{1}{4}$ zřizovatelů spadá pod soukromý sektor, jmenovitě sem patří akciová společnost, společnost s ručením omezeným a soukromá praxe.

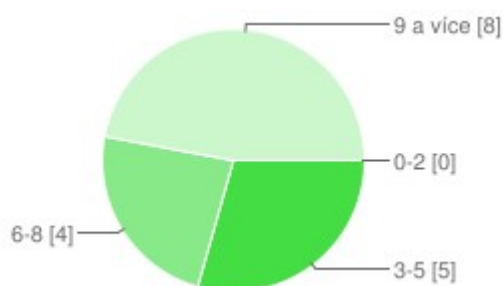
3.) Jaký je pracovní úvazek respondentů?



Graf 4. Pracovní úvazek

Většina respondentů (12) má klasicky celý pracovní úvazek. Pracují tedy 8 hodin denně, 5 dní v týdnu. Respondenti, kteří uvedli kratší pracovní úvazky, mohou být dle mého názoru ještě zaměstnání na jiném pracovišti nebo mohou mít pracovní úvazek zkrácený kvůli mateřské dovolené (všichni respondenti byli totiž ženy). Ve výčtu tedy jeden respondent uvedl $\frac{3}{4}$ úvazek, 1 respondent pracuje na $\frac{1}{2}$ úvazek a 1 respondent má $\frac{1}{4}$ úvazek. Ostatní dotazovaní (2) mají rozdílné úvazky: jeden respondent uvedl pracovní úvazek 0,7 a druhý respondent napsal, že má pracovní úvazek 0,8.

4.) Počet pacientů po ZPM? (k 13.6.2011)

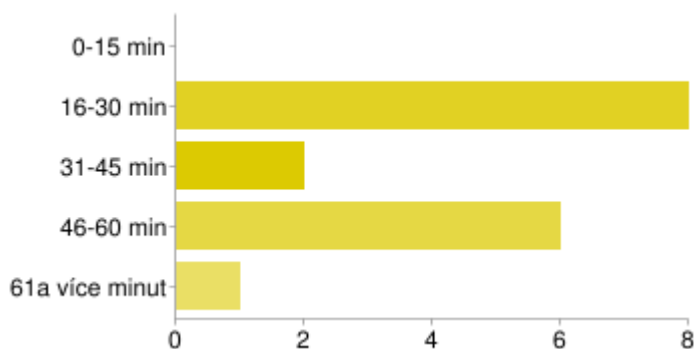


0 - 2 pacientů	0	0%
3 - 5 pacientů	5	29%
6 - 8 pacientů	4	24%
9 a více pacientů	8	47%

Graf 5. Počet pacientů po ZPM

Všichni respondenti účastníci se výzkumu mají aktuálně v péči za 1 měsíc 3 a více pacientů po ZPM. Většina respondentů (8) v dotazníku odpověděla, že má aktuálně v péči 9 a více pacientů po ZPM.

5.) Kolik času mají respondenti vyhrazeno na terapii s pacientem?



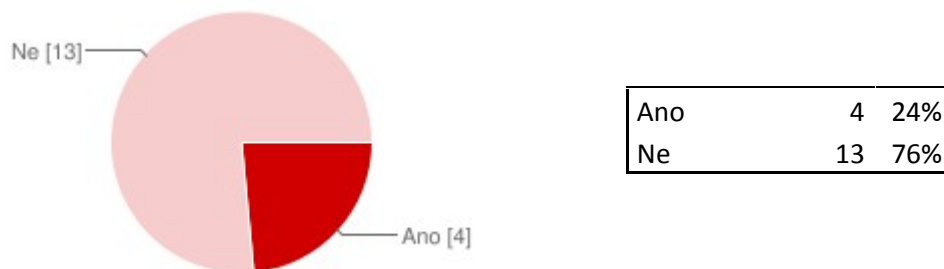
0 - 15 minut	0	0%
16 - 30 minut	8	47%
31 - 45 minut	2	12%
46 - 60 minut	6	35%
61 a více minut	1	6%

Graf 6. Čas vyhrazený na terapii

Ve výzkumu mě také zajímalo, kolik času mají respondenti vyhrazeno na terapeutickou jednotku s pacientem. Na tento dotaz většinou respondenti (8) odpověděli, že na terapii mají

vyhrazeno 15 – 30 minut. Dva respondenti odpověděli, že pacientovi mohou nabídnout terapii v délce 31-45 minut a celkem 6 respondentů má na terapii s pacientem vyhrazeno 46 – 60 minut. Pouze jeden respondent uvedl, že na terapii má delší časový úsek než 1 hodina, jednalo se o respondenta, který má soukromou praxi a ve své pracovní náplni má domácí návštěvy.

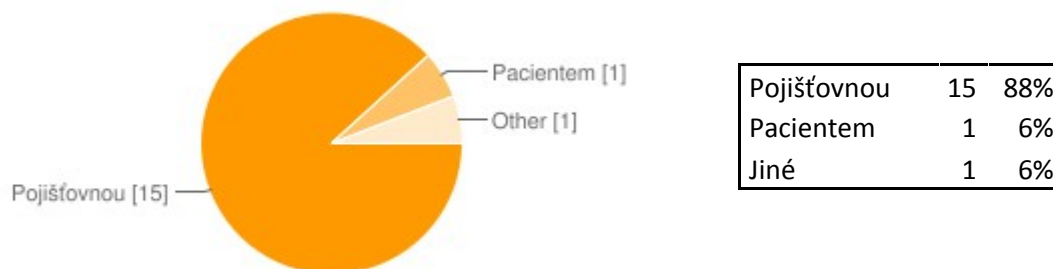
6.) Mají respondenti dané limity na počet terapií za měsíc?



Graf 7. Limity na počet terapií

V souvislosti s časem, který respondenti mají vyhrazený na terapii s pacientem, mě také zajímalo, zda mají od pojišťovny dané limity na počet terapií za měsíc. Většina respondentů (13) odpovědělo, že nemají dané limity. Čtyři respondenti na tuto otázku odpověděli kladně. Z výsledků tedy vyplývá, že více než $\frac{3}{4}$ oslovených respondentů má v rehabilitaci prostor na několik terapií za měsíc pro jednoho pacienta.

7.) Kým jsou terapie hrazeny?

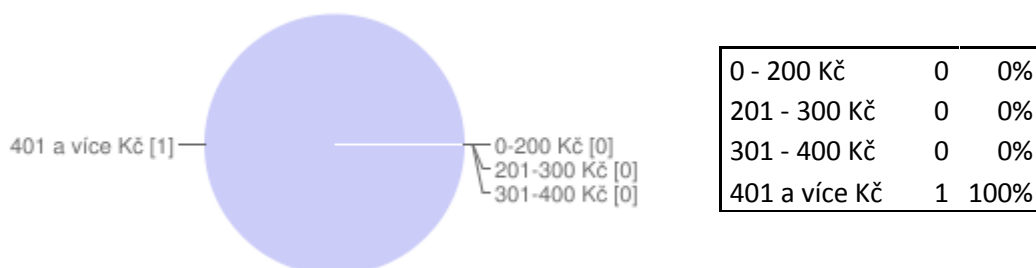


Graf 8. Úhrada terapií

Další otázka byla zaměřená na úhradu terapie. Více než $\frac{3}{4}$ dotázaných odpovědělo, že jejich terapie jsou hrazeny pojišťovnou. Jeden respondent uvedl, že nevykazuje kódy na pojišťovnu a do dotazníku napsal, že terapie jsou hrazeny „zřejmě nemocnicí“. Dle mého názoru tedy nemocnice vykazuje terapie na pojišťovnu, ale pod jinými než ergoterapeutickými kódy.

Respondent pracující v soukromé praxi uvedl, že si terapie hradí sám pacient. Z větší části jsou tedy terapie propláceny přes zdravotní pojišťovny.

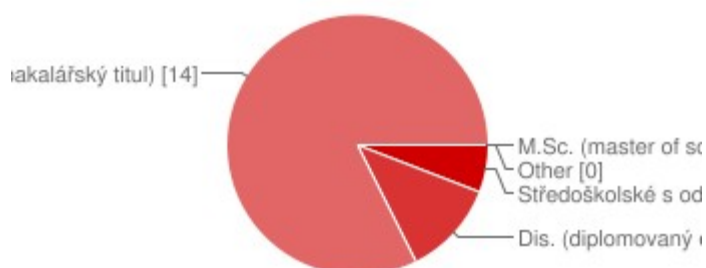
8.) Kolik činí poplatek za 1 hodinu terapie, pokud je hrazena pacientem?



Graf 9. Pacientův poplatek za terapii

Následující otázka se pak věnovala okolnosti, pokud si terapii hradí pacient, kolik stojí jedna hodina terapie. Na tuto otázku odpovídal pouze respondent pracující v soukromé praxi. Vzhledem k jedné odpovědi bohužel nemohu posoudit v jakých cenových relacích, se platba za terapii pohybuje i u jiných respondentů.

9.) Jaké má respondent dosažené vzdělání v oboru ergoterapie?



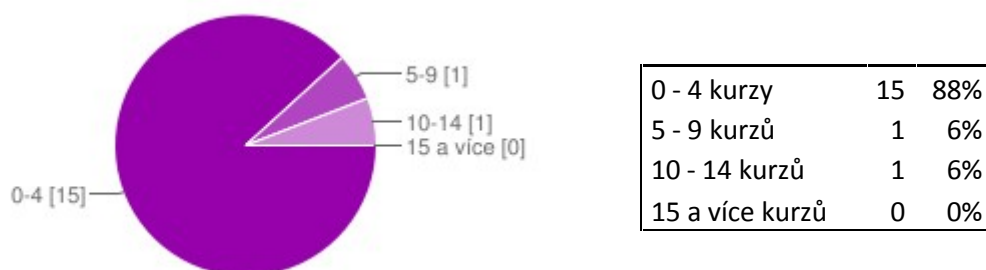
Graf 10. Dosažené vzdělání v oboru ergoterapie

Středoškolské s odborným školením v oblasti ergoterapie	1	6%
Dis. (diplomovaný ergoterapeut)	2	12%
Bc. (bakalářský titul)	14	82%
M.Sc. (master of science)	0	0%
Jiné	0	0%

Respondenti v další otázce odpovídali, jaké mají dosažené vzdělání v oboru ergoterapie. U této otázky celkem 14 dotazovaných uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání ukončené bakalářským titulem. Dva respondenti mají vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaný

asistent a jeden respondent má středoškolské vzdělání s odborným školením v rámci ergoterapie. Žádný z dotazovaných nevedl navazující magisterské vzdělání v zahraničí zakončené titulem M.Sc. Úroveň dosaženého vzdělání považují za jeden z faktorů, který v praxi následně ovlivňuje kvalitu prováděné ergoterapie.

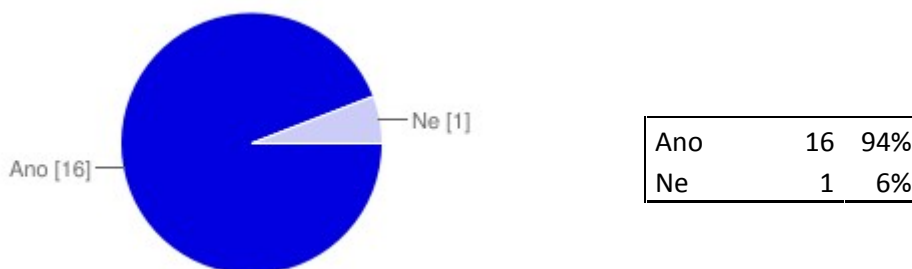
10.) Kolik akreditovaných kurzů respondent absolvoval v roce 2010?



Graf 11. Počet akreditovaných kurzů v roce 2010

Když jsem se ptala, kolik akreditovaných kurzů Českou Asociací Ergoterapeutů absolvovali respondenti v minulém roce 2010, nejčastější odpovědí dotazovaných (15) bylo 0-4 kurzy. Jeden respondent odpověděl, že v roce 2010 absolvoval 5-9 kurzů a též jeden dotazovaný uvedl, že absolvoval 10-14 kurzů.

11.) Kolik respondentů si vede dokumentaci o pacientech?

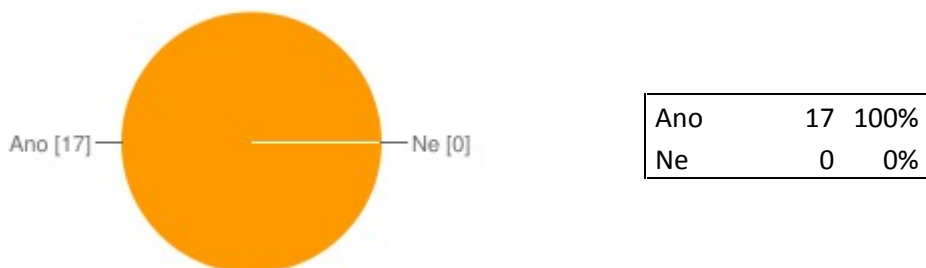


Graf 12. Dokumentace o pacientech

Ve výzkumu mě také zajímalo, zda si respondenti vedou dokumentaci o pacientech. Šestnáct respondentů jednoznačně odpovědělo ano, pouze jeden dotazovaný uvedl, že si dokumentaci o pacientech nevede. Původně jsem předpokládala, že si všichni respondenti budou vést dokumentaci o svých pacientech a fakt, že jeden respondent si dokumentaci nevede, mě

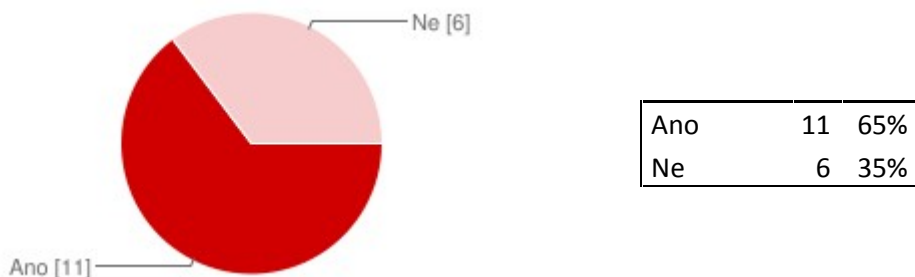
překvapil. V souvislosti s následující otázkou však vyšlo najevo, že tento respondent alespoň dělá vstupní vyšetření.

12.) Provádí respondent vstupní vyšetření?



Graf 13. Vstupní vyšetření

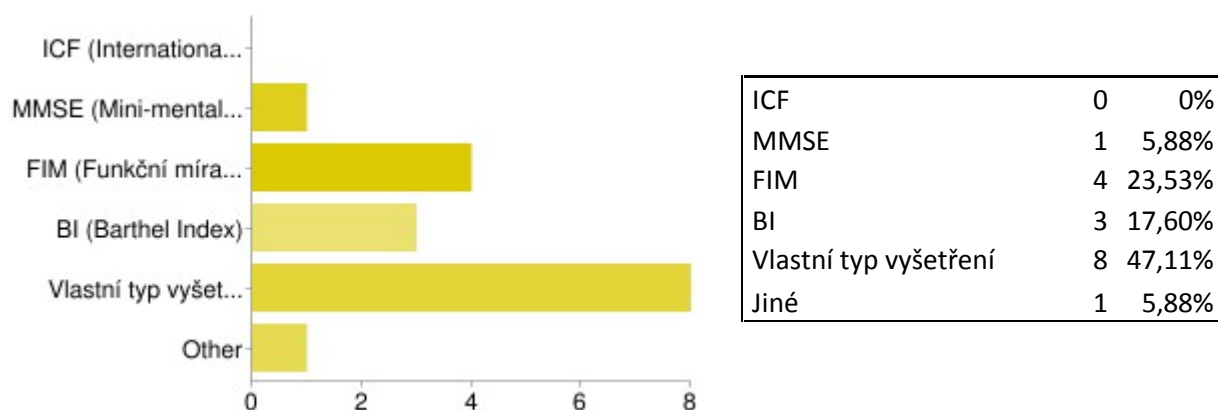
13.) Provádí respondent také výstupní vyšetření?



Graf 14. Výstupní vyšetření

Další dvě otázky spolu velice úzce souvisejí. Respondentů jsem se v nich ptala na to, zda při příjmu/propuštění pacienta dělají vstupní/výstupní vyšetření. Z dotazníků vyplývá, že všichni respondenti provádějí u svých pacientů vstupní vyšetření, ale pouze 11 dotazovaných dělá následně při ukončení rehabilitace i vyšetření výstupní. Ostatní respondenti uvedli, že výstupní vyšetření nedělají (6). Mezi dotazovanými je tedy samozřejmostí dělat vstupní vyšetření, ale výstupní vyšetření již tak časté není. Přitom výstupní vyšetření hraje dle mého názoru stejně důležitou roli, je totiž důležitým ukazatelem pokroku, regrese nebo stagnace pokroku pacienta v rehabilitaci a při ukončení rehabilitace pacienta se stává důležitou zprávou o jeho stavu a schopnostech pro další odborníky.

14.) Jaký typ vyšetření respondenti používají?



Graf 15. Typ vyšetření

Pokud ergoterapeuti odpověděli v některé ze dvou předchozích otázek kladně (tedy, že provádějí vstupní nebo výstupní vyšetření) následovala otázka, jaké vyšetření u svých pacientů používají. Nejvíce dotazovaných (8) uvedlo, že používají vlastní typ vyšetření, celkem 4 respondenti napsali, že k diagnostice používají FIM, někteří (3) označili ze stávajících možností BI a jeden respondent odpověděl, že používá k vyšetření úchopový test.

15.) Jsou domácí návštěvy součástí pracovní náplně respondentů?



Graf 16. Domácí návštěvy

Samostatná otázka byla věnovaná domácím návštěvám. Celkem 12 dotazovaných odpovědělo záporně, pouze 5 respondentů uvedlo, že domácí návštěvy jsou součástí jejich pracovní náplně. Z těchto 5 ti respondentů, 4 pracují na Klinice rehabilitačního lékařství na Albertově v Praze a 1 ergoterapeutka poskytuje domácí návštěvy v rámci soukromé praxe, též v rámci Prahy. Žádný dotazovaný ze Středočeského kraje neposkytuje domácí návštěvy.

16.) Jaké služby respondenti poskytují?



Graf 17. Poskytované služby (v této otázce mohli respondenti zaškrtnout více jak dvě odpovědi, proto mohou výsledná procenta dohromady vzrůst nad 100%)

Trénink personálních a instrumentálních ADL	16	94%
Trénink jemné a hrubé motoriky horních končetin	17	100%
Trénink kognitivních funkcí	16	94%
Výběr kompenzačních pomůcek	17	100%
Poradenství	15	88%
Evaluace bytu	4	24%
Výroba korekčních/odpočinkových dlah	4	24%
Ergodiagnostika	6	35%
Předpracovní rehabilitace	3	18%
Kreativní techniky	11	65%
Volnočasové aktivity	8	47%
Jiné	2	12%

Poslední otázka zjišťovala, jaké služby nabízejí dotazovaní v terapiích pro osoby po ZPM. Všichni respondenti (17) zaškrtili, že s lidmi po ZPM provádějí trénink jemné a hrubé motoriky horních končetin a pomáhají jim s výběrem kompenzačních pomůcek. Shodně, tedy 16 respondentů uvedlo, že provádějí trénink personálních a instrumentálních ADL a též trénink kognitivních funkcí. 15 respondentů uvedlo, že svým pacientům poskytuje v rámci své praxe poradenství. 11 jich odpovědělo, že ve svých terapiích uplatňují kreativní techniky a 8

respondentů nabízí svým pacientům pomoc a poradenství ohledně výběru volnočasových aktivit. Možnost poskytnutí ergodiagnostiky zaškrtno 6 dotazovaných. Evaluaci bytu a výrobu korekčních/odpočinkových dlah mají v nabídce 4 respondenti. Tři dotázaní uvedli, že nabízejí předpracovní rehabilitaci. Jeden respondent uvedl v kolonce jiné, že poskytuje trénink psaní a jeden respondent napsal, že jejich zařízení začíná s využíváním a podporou technických prostředků.

4.6 Výsledky hypotéz

Hypotéza H1:

V Praze je větší počet ergoterapeutů pracujících ve zdravotnických zařízeních s osobami po ZPM než ve Středočeském kraji.

Tato hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu 35-ti ergoterapeutů působících v Praze a Středočeském kraji, 21 ergoterapeutů, tedy 60% pracuje v Praze a 14 ergoterapeutů, tedy 40% je zaměstnáno ve Středočeském kraji. Všeobecně platí, že v hlavním městě je větší koncentrace jakýchkoliv služeb oproti ostatním krajům. K 1.1.2011 má Středočeský kraj 1 264 978 obyvatel a rozlohu 11 014 km² a Praha 1 257 158 obyvatel a rozlohu 496 km² (Počet obyvatel v oblastech, krajích a okresech ČR, 2011). Tato hypotéza se tedy potvrdila i vzhledem k poměru rozlohy a počtu obyvatel Středočeského kraje ku Praze.

Hypotéza H2:

Čím vyšší mají ergoterapeuti vzdělání, tím pravděpodobněji dělají vstupní diagnostiku.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Výzkumu se zúčastnilo 14 ergoterapeutů s vysokoškolským vzděláním v oblasti ergoterapie, 2 ergoterapeuti měli vyšší odborné vzdělání a jeden ergoterapeut měl vystudované středoškolské vzdělání s odborným školením v oblasti ergoterapie. Všichni respondenti (100%) v dotazníku uvedli, že s pacientem při příjmu dělají vstupní vyšetření. Z výsledků tedy vyplývá, že výška dosaženého vzdělání není ukazatelem toho, zda ergoterapeut dělá vstupní diagnostiku.

Hypotéza H3:

Soukromá zařízení poskytují ve více případech domácí návštěvy, než zařízení státní nebo samosprávná.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ze 13-ti zařízení, která jsou státní nebo samosprávné povahy, uvedli 4 ergoterapeuti, což je 30,77%, že mají v náplni práce domácí návštěvy. Všichni dotazovaní, kteří tuto skutečnost splňují, působí na jednom pracovišti – na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze. Z počtu 4 soukromých zařízení, pouze jeden ergoterapeut odpověděl kladně, což je 25%. Tento ergoterapeut také působí v Praze a s pacienty pracuje jen v domácím prostředí.

Hypotéza H4:

Ergoterapeuti používají ve více případech jako diagnostický nástroj FIM než ICF.

Tato hypotéza byla šetřením potvrzena. Čtyři ergoterapeuti v dotazníku uvedli, že jako diagnostický nástroj používají FIM, což je 24%. Žádný z dotazovaných, tedy 0% ergoterapeutů uvedlo, že by při diagnostice používali ICF. Diagnostika pomocí ICF by se měla v ČR oficiálně používat od r. 2010, ale bude zřejmě ještě nějakou dobu trvat, než se stane běžnou součástí diagnostiky každého lékaře i ergoterapeuta. Jednak musí dojít k proškolení zdravotnického personálu a též k ukotvení elektronické databáze používající klasifikaci ICF.

Hypotéza H5:

Ergoterapeuti pracující ve státních a samosprávních zařízeních mají menší kapacitu na nadstavbové aktivity (kreativní činnosti, volnočasové aktivity) než ergoterapeuti působící v soukromých zařízeních.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z 13-ti ergoterapeutů pracujících ve státních nebo samosprávních zařízeních jich celkem 9 uvedlo, že ve své praxi nabízejí volnočasové aktivity a kreativní činnosti, tyto nadstavbové aktivity tedy nabízí 69,23% ergoterapeutů. Ze čtyř ergoterapeutů pracujících v soukromých zařízeních, dva napsali, že také poskytují nadstavbové aktivity, což je 50%.

5. Diskuze

Regionální dostupnost jednotlivých složek ucelené rehabilitace, jejich kontinuita a vzájemná provázanost, jsou dle mého názoru stěžejní pro plynulý průběh rehabilitačního procesu a znovunavrácení člověka po poškození mozku zpět do jeho přirozeného prostředí – tedy domů mezi své blízké a následně do zaměstnání nebo školního kolektivu. Janečková (2009a), považuje v České republice za klíčové a velmi problematické, špatnou dostupnost nebo dokonce absenci některých odborníků (jmenovitě se jedná o neuropsychology, ergoterapeuty, logopedy, speciální pedagogy), kteří jsou paradoxně zcela nezbytní pro úspěšný návrat osob po poranění mozku do běžného života. A zdůrazňuje, že *„tato absence se projevuje nejen v oblasti následné péče a rehabilitace, ale již ve fázi akutní, kdy jsou dotyční ještě v komatu.“* Osobně s touto skutečností souhlasím a považuji za důležité, aby v České republice byla zajištěna forma ucelené rehabilitace.

Z mého telefonického mapování dostupnosti ergoterapie ve zdravotnických zařízeních vyplývá, že v Praze a Středočeském kraji pracuje k 13.6.2011 třicet pět ergoterapeutů s lidmi po ZPM. Z tohoto počtu celkem 14 ergoterapeutů, kteří pracují s lidmi po ZPM působí ve Středočeském kraji. Jejich rozmístění po tomto územním celku však není rovnoměrné. Z počtu 14 ti ergoterapeutů jich dohromady 7 působí pouze v rehabilitačním ústavu Kladruby, další dva pracují v rehabilitačním ústavu Slapy nad Vltavou a po jednom ergoterapeutovi jmenovitě v Berouně, Kladně, Kolíně, Mladé Boleslavi a Městci Králové. Praha je na tom o něco lépe s jednadvaceti ergoterapeuty, kteří většinou působí v krajských, fakultních nemocnicích nebo rehabilitačních ústavech. Jeden ergoterapeut, který se také věnuje problematice osob po ZPM má vlastní soukromou praxi, kterou realizuje prostřednictvím domácích návštěv u pacientů. Janečková (2009a) k tomuto tématu opět doplňuje, že *„tam, kde služby existují (situace je samozřejmě mnohem lepší v Praze), chybí jejich provázanost a kontinuita, která je pro lidi po poranění mozku zcela zásadní, a to zejména v období po poranění, kdy je jejich potenciál k rehabilitaci poškozených funkcí mnohem vyšší.“*

V začátcích práce na výzkumné části jsem předpokládala, že počet ergoterapeutů ve zdravotnických zařízeních v obou krajích bude mnohem vyšší. Při telefonických rozhovorech v nemocnicích, které nedisponovaly ergoterapeutem, zdravotní sestry většinou uváděly, že zdravotnické zařízení nemá dost finančních prostředků, aby mohlo pozici ergoterapeuta zaplatit. V některých nemocnicích se mi zdravotní sestry dokonce svěřily, že navíc „suplují“ pracovní pozici ergoterapeuta. Při mé otázce, na čem s pacienty pracují? Uváděly především

kreativní činnosti a sporadicky trénink kognitivních funkcí. Obávám se ale, že zdravotní sestry nemají tak hluboké znalosti o problematice osob po ZPM a hlavně na „terapie“ nemají časovou kapacitu. Otázkou pro mě v tomto případě zůstává, zda je lepší suplovaná ergoterapie prováděná sestrou než ergoterapie žádná.

Prostřednictvím dotazníkového šetření mezi ergoterapeuty jsem se snažila zjistit i další složky dostupnosti. Ve výzkumu jsem se zaměřila především na dostupnost časovou, místní, finanční a kvalitativní. Otázku místní dostupnosti jsem zodpověděla již o odstavec výše. Ergoterapie je v hlavním městě pro osoby po ZPM dostupnější než ve Středočeském kraji. V Praze je všeobecně větší dostupnost jak služeb, tak pracovních pozic, statků a komodit.

Co se týče časové dostupnosti, většina ergoterapeutů má plný pracovní úvazek a pacientovi se věnují převážně buď 16-30 minut nebo mají na pacienta vyhrazeno 46-60 minut. V nemocnicích a rehabilitačních zařízeních, mají ergoterapeuti na pacienty kratší časový interval. Je tomu zřejmě proto, že mají ve své pracovní náplni buď lůžková oddělení, kde musí za den stihnout mnoho pacientů nebo k těmto lůžkům provozují dokonce v některých nemocnicích i ambulanci. Většina ergoterapeutů pracujících pouze ambulantně má na pacienty oproti ergoterapeutům na lůžkových odděleních více času.

Z výsledků výzkumu finanční dostupnosti je patrné, že ergoterapie je pacientovi proplácena v nemocnicích ze zdravotního pojištění. V případě ergoterapeuta, který má soukromou praxi a jezdí po Praze a jejím okolí, na domácí návštěvy za pacienty, se domnívám, že částka nad 401 Kč, je poměrně vysoká, ale vzhledem k nákladům na dopravu a čas terapeuta je adekvátní.

Zajímavým zjištěním pro mě v rámci mapování kvalitativní dostupnosti bylo, že všichni ergoterapeuti dělají u svých pacientů vstupní vyšetření, ale výstupní vyšetření dělá jen 11 ze 17 ergoterapeutů. Osobně považuji výstupní vyšetření za stejně důležité jako vstupní vyšetření. Dle mého názoru jde o velice důležitou zpětnou vazbu o účinnosti terapie a pokroku pacienta po ukončení rehabilitace. O kvalitě ergoterapeutů vypovídá jistě i stupeň dosaženého vzdělání a účast na seminářích v rámci celoživotního vzdělávání. Z výzkumu vyplývá, že většina ergoterapeutů má vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářským titulem. Je otázkou zda se tento fakt dá považovat za měřítko kvality ergoterapeuta, jelikož se úroveň jednotlivých vysokých škol v České republice značně liší svými nároky na studenty.

V praxi to pak může vypadat i tak, že student, který dosáhl při vysokoškolském vzdělání na červený diplom, v zaměstnání zjišťuje, že není schopen komunikovat/pracovat s lidmi.

Když se zpětně vracím ve svých myšlenkách k realizaci výzkumné části a rozesílání dotazníků ergoterapeutům, uvědomuji si, že jsem si měla distribuci dotazníků lépe časově rozvrhnout a dotazníky rozeslat již z jara nebo až během podzimu. První vlnu dotazníků jsem ergoterapeutům odeslala na konci června, tedy v době, kdy většina zaměstnanců začíná jezdit na dovolenou. Domnívám se, že i tento fakt mohl negativně ovlivnit návratnost dotazníků. Dotazník dle Dismana (2006, str. 141) „*klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného, je snadné „přeskočit“ otázky nebo neodpovědět vůbec.*“ S odstupem času také vím, že některé z otázek v dotazníku bych dnes formulovala úplně jinak. Z odpovědí ergoterapeutů totiž bylo u některých otázek patrné, že je každý pochopil trochu jinak.

Výstupem pro praktickou část tedy může být fakt, že ergoterapie je pro osoby po získaném poškození mozku v Praze dostupnější než ve Středočeském kraji. Otázkou zůstává, jak na tom jsou s dostupností ostatní kraje. Zmapování několika dalších krajů by bylo určitě zajímavým tématem pro další bakalářskou práci.

6. Závěr

Lidem, kteří prodělali poškození mozku, se život zborní ze dne na den jako domeček z karet. Dle míry poškození mozku a její lokalizace, pak mohou nastoupit různé následky a různá míra disability. Následky způsobené poškozením mozku jsou většinou komplexní, zasahují do více oblastí lidské osobnosti a mohou se projevit jak na fyzické, tak na kognitivní i psychosociální stránce bytí. Již Sokrates v dávné minulosti šířil myšlenku, že „*právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla, neměli byste léčit tělo bez duše.*“ Přistupovat k člověku po poškození mozku jako k neoddělitelnému celku a nabídnout mu i komplexní služby, by mělo být cílem vyspělé společnosti a potažmo i státu.

Domnívám se, že situace osob po poškození mozku se za posledních 20 let v mnohém zlepšila. Přednemocniční a akutní nemocniční péče je v ČR na vysoké úrovni. Poté dle Fialy (2009) nastupují „*specificky české problémy*“, kdy na výbornou akutní péči již není zajištěna adekvátní rehabilitace, tedy taková jaká by měla být – ucelená, komplexní, dostupná atd. Již v roce 1999 byla v ČR ustanovena mezíresortní pracovní skupina, která měla navrhnout koncepci systému rehabilitace. Tato koncepce měla vycházet z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Teze o ucelené rehabilitaci byly následně schváleny roku 2003 vládním usnesením a předloženy jednotlivým ministrům příslušných resortů (MPSV – Ministerstvu práce a sociálních věcí, MZ – Ministerstvu zdravotnictví a MŠMT – Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy) (Švestková, 2005). Doposud, ale nebyl schválen věcný záměr zákona o ucelené rehabilitaci a do budoucna je tento fakt pro Českou republiku ještě velkou výzvou.

V průběhu rehabilitačního procesu by měla být zajištěna i dostupnost jednotlivých složek rehabilitace. V bakalářské práci jsem se zaměřila na zmapování dostupnosti ergoterapie. Výstupem z praktické části, je skutečnost, že **ergoterapie je pro osoby po ZPM mnohem dostupnější v Praze, kde je samozřejmě i vyšší koncentrace ostatních návazných služeb rehabilitace než ve Středočeském kraji.** Dle mého názoru je do budoucna potřeba šířit ve společnosti povědomí o ergoterapii a stejně tak o problematice osob po ZPM. Dále hraje klíčovou roli přijetí zákona o ucelené rehabilitaci a jeho ukotvení v české legislativě.

7. Seznam použité literatury

1. AMBLER, Z., BAUER, J. Cévní onemocnění mozku. In AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E., a kol. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Praha: Triton, 2010. s. 3-107. ISBN 978-80-7387-389-9.
2. AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J. Získaná postižení nervového systému při orgánových a systémových onemocněních. In AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E., a kol. *Klinická neurologie: Část speciální II*. Praha: Triton, 2010. s. 1113-1162. ISBN 978-80-7387-389-9.
3. American Occupational Therapy Association, *Occupational therapy practice framework: Domain and Process*. American Journal of Occupational Therapy, 2002. roč. 56., s. 609-639.
4. CARRARO, L., *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě: Návod pro středoškolské rehabilitační pracovníky*. 1.vyd. Praha: REHALB o.p.s., 2002. s. 125.
5. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 374. ISBN 80-2460139-7.
6. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. s. 208. ISBN 978-80-7262-428-7.
7. FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. In KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 169. ISBN 978-80-247-2699-1.
8. FIALA, P. Poranění mozku- a co dál? In *Sborník příspěvků z konference CEREBRA: Život po poranění mozku*. Praha: CEREBRUM. 2009. s. 14-27. ISBN 978-80-904357-0-4.
9. JANEČKOVÁ, M., *Systém péče o osoby po poranění mozku: Problémy v České republice: současná dilemata a výzvy*. Praha, 2009b. s. 111. Diplomová práce na fakultě Humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí diplomové práce Iva Holmerová.
10. JANEČKOVÁ, M., Zkušenosti s dostupností podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku v České republice. In *Sborník příspěvků z konference CEREBRA: Život po poranění mozku*. Praha: CEREBRUM. 2009a. s. 42-49. ISBN 978-80-904357-0-4.
11. KOLÁŘ, P., a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. s. 713. ISBN 978-80-7262-657-1.
12. KRIVOŠÍKOVÁ, M. Ergoterapie u pacientů s poškozením mozku. In PREISS, M., KUČEROVÁ, H., a kol. (ed.) *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 341-354. ISBN 80-247-0843-4.
13. KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 364. ISBN 978-80-247-2699-1.
14. ŠVESTKOVÁ, O., Praktické zkušenosti s funkční diagnostikou v rehabilitaci pacientů po traumatickém poranění mozku. In *Sborník příspěvků z konference CEREBRA: Život po poranění mozku*. Praha: CEREBRUM. 2009a. s. 109-111. ISBN 978-80-904357-0-4.

15. ŠVESTKOVÁ, O. Rehabilitace v České republice. In LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M. (ed.) *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. s. 225-269. ISBN 80-7262-317-6.
16. LÉKAŘ, 48let., Citát. In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 155. ISBN 978-80-7367-414-4.
17. LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M., *Neurorehabilitace*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s. 350. ISBN 80-7262-317-6.
18. National Head Injury Foundation, *Facts about traumatic brain Injury*. In JANEČKOVÁ, M., *Systém péče o osoby po poranění mozku: Problémy v České republice: současná dilemata a výzvy*. Praha, 2009. 20s. Diplomová práce na fakultě Humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí diplomové práce Iva Holmerová.
19. PFEIFFER, J., *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 349. ISBN 978-80-247-1135-5.
20. PÍCHA, D. Infekce nervového systému. In AMBLER, Z., BEDNAŘÍK, J., RŮŽIČKA, E., a kol. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Praha: Triton, 2010. s. 417-492. ISBN 978-80-7387-389-9.
21. POWELL, T. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. s. 197. ISBN 978-80-7367-667-4.
22. PREISS, M., KUČEROVÁ, H., a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 362. ISBN 80-247-0843-4.
23. ANGEROVÁ, Y., ŠPLÍCHAL, J. Dlouhodobá komprehenzivní rehabilitace pacientů po traumatickém nebo jiném poškození mozku. In PREISS, M., a kol. (ed.) *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 352-384. ISBN 80-7169-443-6.
24. SMRČKA, M. a kol. *Poranění mozku*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 272. ISBN 80-7169-820-2.
25. STEULJENS, M.J., DEKKER, J. et al., *Occupational Therapy for Stroke Patients: A Systematic Review*. Dallas: American Heart Association. 2003. s. 676-687. ISSN: 0039-2499.
26. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2.vyd. Praha: Portál, 1999. s. 342. ISBN 80-7178-327-7.
27. TOMKOVÁ, A. *Rozdíly ergoterapie u osob po poškození mozku v ČR a v Nizozemí*. Praha, 2009. 42-44 s. Bakalářská práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřina Svěcená.
28. Uniform Data Systems: Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (Adult FIM). In KRIVOŠÍKOVÁ, M. (ed.) *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 231-241. ISBN 978-80-247-2699-1.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 870. ISBN 978-80-7367-414-4.

30. World Health Organization. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. 1st ed., Praha: Grada Publishing, 2001. s. 259. ISBN 978-80-247-1587-2.
31. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 1997. s. 192. ISBN 80-7184-494-2.
32. ŽÍLOVÁ, T. *Zaměstnávání osob po poškození mozku v mezinárodním kontextu*. 2011. 14 s. Diplomová práce na Filosofické fakultě Univerzity Karlovi v Praze na katedře sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Olga Havránková.

Internetové zdroje:

1. CENTRUM MKF V ČR. (online) Dostupný z URL: <<http://www.mkf-cz.cz/node/5>> [cit. 2011-11-13]
2. COUNCIL OF OCCUPATIONAL THERAPISTS FOR THE EUROPEAN COUNTRIES. *Summary of the occupational therapy profession in Europe 2011*. Dostupný z URL: <<http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/%20ot%20summary/COTEC%20Summary%20of%20the%20OT%20profession%20in%20Europe%202011.pdf>> [cit. 2011-10-11]
3. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. (online) Dostupný z URL: <<http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>> [cit. 2011- 07-11]
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. (online) Dostupný z URL: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide> [cit. 2011-09-20]
5. FINANCE. (online) Dostupný z URL: <<http://www.finance.cz/zpravy/finance/279148-deset-duvodu-proc-budeme-platit-vice-za-zdravotni-peci/>> [cit. 2011-12-06]
6. FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S., McHUGH, P. *Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J of Psychiatric Research, 1975;12:189-198. http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/klinicka_cast/dotazniky.html
7. FOREJTOVÁ, P. *Článek Regena*. (online) Dostupný z URL: <http://www.obrazekuspechu.cz/czpages/cl_regena1.html> [cit. 2011-11-03]
8. HÁJEK, M. 2009. *Diagnostický a léčebný standard otravy oxidem uhelnatým*. (online) Dostupný z URL: <http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_co.pdf> [cit. 2011-11-03]
9. KONCEPCE ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR. (online) Dostupný z URL: <<http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3821/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pecce-v-nbsp-ceske-republice.html>> [cit. 2011-10-06]
10. Měsíčník Alzheimer centrum. (online) Dostupný z URL: <<http://www.alzheimercentrum.cz/system/files/Mesicnik%20Pruhonice%2003-2011.pdf>> [cit. 2011-11-01]

11. MIGHEALTHNET. *Dostupnost zdravotní péče*. (online) Dostupný z URL:<http://mighealth.net/cz/index.php/4_Dostupnost_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De>[cit. 2011-10-20]
12. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. (online) Dostupný z URL: <http://www.mzcr.cz/Kvalita/dokumenty/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_3722_1816_13.html>[cit. 2011a-11-11]
13. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení MKF. (online) Dostupný z URL: <http://www.mzcr.cz/obsah/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnostidisability-a-zdravimkf-1982_3.html> [cit. 2011b-10-08]
14. NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. (online) Dostupný z URL:<<http://www.nconzo.cz/web/registr/10>>[cit. 2011-11-02]
15. POČET OBYVATEL V OBLASTECH, KRAJÍCH A OKRESECH ČR. (online) Dostupný z URL:< [http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/760029E11F/\\$File/13011101.pdf](http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/760029E11F/$File/13011101.pdf) >[cit.2011-12-12]
16. REFORMNÍ OPATŘENÍ Z POHLEDU PRÁVA. (online) Dostupný z URL:<<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/nazor/reformni-opatreni-z-pohledu-prava-casova-a-mistni-dostupnost-pece> > [cit. 2011-12-11]
17. SYSTÉM PRO VIZUALIZACI ONKOLOGICKÝCH DAT. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. (online) Dostupný z URL:<www.svod.cz>[cit. 2011-10-10]
18. ŠVESTKOVÁ, O. *Metodiky hodnocení psychosenzomotorického potenciálu člověka*. (online) Dostupný z URL: <<http://www.komora.cz/download.aspx?dontparse=true&FileID=1612.html>>[cit. 2011-06-09]
19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. Registr zdravotnických zařízení. (online) Dostupný z URL: <<http://www.uzis.cz/registry-nzis/rzz> >[cit. 2011-09-22]
20. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (online) Dostupný z URL: <<http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/zdravotnictvi/registrace-NZZ/Zneni-vyhlasiky-c--55-z-roku-2011-Sb-.pdf> > [cit. 2011-11-09]
21. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. (online) Dostupný z URL: <<http://www.bodnik.cz/seznam/134/index.html> >[cit. 2011-09-14]
22. WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS:<<http://www.wfot.org/information.asp>>[cit. 2011-06-07]
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (online) Dostupný z URL:< <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html> > [cit. 2011-06-12]
24. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu. (online) Dostupný z URL: <<http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/91> >[cit. 2011-11-06]

25. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů č. 96/2004 Sb. (online) Dostupný z URL:
<http://www.komorazachranaru.cz/download/Zakon_96-2004_Sb._nelekari_k_17.5.2011.pdf
> [cit. 2011-11-09]
26. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. (online) Dostupný z URL:
<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>[cit. 2011-11-10]
27. Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. (online) Dostupný z URL:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zakon_o_statni_statisticke_sluzbe>[cit. 2011-11-01]

8. Seznam použitých zkratk

ADL	Activities of Daily Living
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Bc.	Bakalářský titul
BI	Barthel Index
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CO	Oxid uhelnatý
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
Dis.	Diplomovaný asistent
FIM	Functional Independence Measure
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MC	Metodické centrum
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MMSE	Mini Mental State Examination
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
M.Sc.	Master of Science
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NOR	Národní onkologický registr
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SVOD	Systém pro vizualizaci onkologických dat
TBI	Traumatic Brain Injury
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
WHO	World Health Organization
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
ZPM	Získané poškození mozku

9. Seznam grafů

Graf 1. Vývoj incidence a mortality nádorů mozku v ČR od r. 1977 – 2008. Praha: 2011.
(převzato ze SVOD)

Graf 2. Typ zařízení

Graf 3. Zřizovatel zdravotnického zařízení

Graf 4. Pracovní úvazek

Graf 5. Počet pacientů po ZPM

Graf 6. Čas vyhrazený na terapii

Graf 7. Limity na počet terapií

Graf 8. Úhrada terapií

Graf 9. Pacientův poplatek za terapii

Graf 10. Dosažené vzdělání v oboru ergoterapie

Graf 11. Počet akreditovaných kurzů v roce 2010

Graf 12. Dokumentace o pacientech

Graf 13. Vstupní vyšetření

Graf 14. Výstupní vyšetření

Graf 15. Typ vyšetření

Graf 16. Domácí návštěvy

Graf 17. Poskytované služby

10. Přílohy

Příloha: Dotazník pro ergoterapeuty pracující s lidmi po ZPM v Praze a Středočeském kraji

Dostupnost ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku v Praze a Středočeském kraji

Dobrý den, jmenuji se Hana Babincová, jsem studentkou 3. ročníku ergoterapie na 1. LF Univerzity Karlovy v Praze. Ve své bakalářské práci mapuji dostupnost ergoterapie pro osoby po získaném poškození mozku (dále jen ZPM*) v Praze a Středočeském kraji. Vyplnění tohoto dotazníku by Vám mělo zabrat maximálně 10 minut. Výsledky výzkumu budou zveřejněny během ledna 2012 na stránkách sdružení CEREBRUM nebo Vám mohou být zaslány prostřednictvím Vaší e-mailové adresy. Pokud souhlasíte s vyplněním dotazníku, odpovzte prosím na následující otázky.

1. V jakém typu zařízení pracujete? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí) *

- Ambulance
- Lůžkové oddělení
- Soukromá praxe
- Jiné:

2. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtnla odpověď AMBULANCE nebo LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ nebo SOUKROMÁ PRAXE, prosím napište název zařízení.

3. Kdo je zřizovatelem Vašeho zařízení? *

- Obec / Městská část
- Kraj
- Univerzita
- Ministerstvo zdravotnictví
- Obecně prospěšná společnost
- Občanské sdružení
- Akciová společnost
- Společnost s ručením omezeným
- Fyzická osoba
- Jiné:

4. Na jaký úvazek pracujete jako ergoterapeut? * (prosím vypište číslici)

5. Jsou součástí náplně Vaší práce domácí návštěvy u pacientů? *

- Ano
- Ne

6. Máte dané limity pro počet terapií za měsíc? *

- Ano
- Ne

7. Kolik času máte vyhrazeno na jednu přímou ergoterapeutickou jednotku s pacientem? * (bez administrace terapeutické jednotky)

- 0-15 min
- 16-30 min
- 31-45 min
- 46-60 min
- 61 a více minut

8. Kolik pacientů po ZPM *) máte aktuálně v péči za 1 měsíc? * *) do ZPM ve své bakalářské práci řadím: traumatické poranění mozku, cévní mozkové příhody, nádory, infekce, hypoxie v důsledku tonutí, otravy nebo zástavy srdce

- 0-2
- 3-5
- 6-8
- 9 a více

9. Kým jsou Vaše terapie hrazeny? *

- Pojišťovnou
- Pacientem

- Jiné:

10. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla, že si terapii hradí PACIENT, prosím zaškrtněte, kolik činí poplatek za jednu terapii. (popřípadě za 1 hodinu terapie)

- 0-200 Kč
- 201-300 Kč
- 301-400 Kč
- 401 a více Kč

11. Jaké je Vaše dosažené vzdělání v oboru ergoterapie? *

- Středoškolské s odborným školením v oblasti ergoterapie
- Dis. (diplomovaný ergoterapeut)
- Bc. (bakalářský titul)
- M.Sc. (master of science)
- Jiné:

12. Kolik akreditovaných kurzů/ seminářů/ stáží Českou Asociací Ergoterapeutů jste v minulém roce 2010 absolvovala? *

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15 a více

13. Vedete si dokumentaci o pacientech? *

- Ano
- Ne

14. Děláte vstupní vyšetření při příjmu pacienta? *

- Ano
- Ne

15. Děláte výstupní vyšetření při ukončení terapie? *

- Ano
- Ne

16. Pokud jste v jedné ze dvou předchozích otázek odpověděla ANO, prosím zaškrtněte, jaký typ vstupního/výstupního vyšetření používáte.

- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- MMSE (Mini-mental State Examination)
- FIM (Funkční míra nezávislosti)
- BI (Barthel Index)
- Vlastní typ vyšetření
- Jiné:

17. Prosím zaškrtněte, jaké služby pro osoby po ZPM *) jako ergoterapeut nabízíte? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí) * *) do ZPM ve své bakalářské práci řadím: traumatické poranění mozku, cévní mozkové příhody, nádory, infekce, hypoxie v důsledku tonutí, otravy nebo zástavy srdce

- Trénink personálních a instrumentálních ADL (Activities of Daily Living = všední denní činnosti)
- Trénink jemné a hrubé motoriky horních končetin
- Trénink kognitivních funkcí
- Výběr kompenzačních pomůcek
- Poradenství
- Evaluace bytu
- Výroba korekčních/ odpočinkových dlah
- Ergodiagnostika
- Předpracovní rehabilitace
- Kreativní techniky
- Volnočasové aktivity (např. pomoc s jejich výběrem, atd.)
- Jiné:

Chcete-li být informována o výsledcích výzkumu, uveďte prosím svou e-mailovou adresu.