

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Dorota Podzemná

**Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným
poškozením mozku**

*Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní
klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*

Occupational therapy evaluation of home environment of people with
acquired brain injury

*Case study focused on facilitators and barriers according to the
International Classification of Functioning, Disability and Health*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Krulová

Praha, 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Anně Krulové, za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty. Také za čas, které mi a mé práci věnovala. Spolužačce Bc. Silvii Ptakové, za spolupráci a oporu během tvorby diplomové práce. V neposlední řadě děkuji rodičům za všestrannou podporu při studiu.

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:

Bc. Dorota Podzemná

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Bc. Dorota Podzemná

Vedoucí práce: Mgr. Anna Krulová

Název diplomové práce:

Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku: Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Abstrakt diplomové práce:

Domácí prostředí by pro osobu s disabilitou mělo být přístupné, bezbariérové a bezpečné. Jednou z možností, jak tyto podmínky splnit, je nechat si prostředí zhodnotit ergoterapeutem. Evaluace domácího prostředí, navrhování potřebných úprav a doporučení kompenzačních pomůcek je nedílnou součástí oboru ergoterapie. Prostředí jako spolupůsobící faktor je popisováno také v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví.

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě případové studie navrhnout hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Dílčím cílem pak bylo identifikovat bariéry domácího prostředí, určit stávající facilitátory a eventuálně navrhnout další kompenzační pomůcky a úpravy v domácím prostředí k dosažení optimální soběstačnosti.

Teoretická část je věnována získanému poškození mozku, Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, problematice hodnocení domácího prostředí a hodnotícím nástrojům. Praktická část prostřednictvím případových studií zachycuje proces vytváření hodnotícího formuláře a popisuje intervence v domácím prostředí klientů. Výstupem praktické části je formulář pro hodnocení domácího prostředí dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a seznam nejčastějších facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí klientů se získaným poškozením mozku.

Klíčová slova:

získané poškození mozku, hodnocení domácího prostředí, facilitátory, bariéry, MKF

Abstract:

Home environment should be accessible, barrier free and safe for people with disabilities. There is one possibility how to achieve these conditions the possibility is to let an occupational therapist to assess your home environment. The main parts of occupational therapy are: evaluation of home environment, suggesting of reconstructions needed and recommendations about helping aids. Environment is according to the International Classification of Functioning, Disability and Health one of the factors which are very important.

The main goal of this diploma thesis was to design new evaluation of home environment of people with acquired brain injury made according to the International Classification of Functioning, Disability and Health. Partial goals were: to identify barriers of home environment, to determine facilitators which are already existing and to suggest helping aids and reconstructions if it is necessary. All for achieving the best quality of self-sufficiency of client.

Theoretical part is about acquired brain injury, International Classification of Functioning, Disability and Health, issues of evaluation of home environment and assessments which are already existing. Practical part describes the process of creation of evaluation and interventions in home environment. Both described by case studies. Outcome of practical part is new evaluation form of home environment made according to the International Classification of Functioning, Disability and Health and list of the most common facilitating factors and barriers in home environment of clients with acquired brain injuries.

Key words:

acquired brain injury, home environment, facilitators, barriers, ICF

Identifikační záznam:

PODZEMNÁ, Dorota. *Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku: Případová studie se zaměřením na facilitátory a bariéry dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví [Occupational therapy evaluation of home environment of people with acquired brain injury: Case study focoused on facilitators and barriers according to the International Classification of Functioning, Disability and Health]*. Praha, 2018, 128 stran, 7 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Anna Krulová.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Základní terminologie	11
1.2 Rehabilitace osob se získaným poškozením mozku	13
1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	18
1.4 Domácí prostředí v kontextu ergoterapeutických modelů	23
1.5 Hodnocení domácího prostředí	25
1.5.1 Intervenční strategie.....	26
1.5.2 Zahraniční hodnotící nástroje	28
1.5.3 Situace hodnocení domácího prostředí v České republice	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST	36
2.1 Cíl diplomové práce a výzkumná otázka	36
2.2 Metodologie diplomové práce.....	36
2.2.1 Typ práce	36
2.2.2 Výzkumný soubor	37
2.2.3 Metoda tvorby dat	38
2.2.4 Metoda analýzy dat	41
2.3 Případové studie	41
2.3.1 Případová studie 1	42
2.3.2 Případová studie 2.....	48
2.3.3 Případová studie 3.....	54
2.3.4 Případová studie 4.....	59
2.3.5 Případová studie 5.....	63
2.3.6 Případová studie 6.....	69
2.4 Hodnotící formulář.....	73
3 DISKUSE.....	77
4 ZÁVĚR	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	86
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	99
SEZNAM TABULEK	100
SEZNAM PŘÍLOH.....	101

ÚVOD

Jedním z hlavních cílů práce ergoterapeuta je podpora smysluplného zaměstnávání, tedy podpora všech aktivit a činností, které jedinec vykonává a které jsou součástí jeho identity a života. Smysluplné zaměstnávání podporuje participaci člověka v potřebných a požadovaných aktivitách doma, ve škole, na pracovišti i v komunitním životě. Ergoterapeut se při své práci nezaměřuje pouze na to, jak člověk konkrétní činnost provádí, ale rovněž klade velký důraz na analýzu faktorů prostředí, které celkově ovlivňují participaci člověka.

Domácí prostředí hraje v životě člověka významnou roli a je nezbytné pro jeho pohodu a dobrou kvalitu života. Přináší také nenahraditelný pocit bezpečí (Macháčová a kol., 2014). Známé prostředí, pocit bezpečí a jistoty a sounáležitost s rodinou, mohou mít pozitivní vliv na rehabilitační proces. Domácí prostředí by však mělo být pro osobu s disabilitou přístupné, bezbariérové a bezpečné. Hodnocení domácího prostředí je důležitým prvkem ergoterapeutického procesu, zejména pak při přechodu klienta z akutní a včasné fáze rehabilitace ve zdravotnictví do dalších fází rehabilitace a při plánování návratu klienta domů. Problematika domácího prostředí, jeho hodnocení a následné navázání procesu bezbariérových úprav pro osoby s disabilitou je již několik let předmětem zájmu ergoterapeutů zejména v zahraničí. V České republice je hodnocení domácího prostředí a následná intervence v domácím prostředí ergoterapeuty prováděna pouze zřídka. Tato problematika je v ČR obecně poměrně málo diskutována. Při současné tendenci přechodu z institucionálních služeb na komunitní lze však v budoucnu očekávat větší zapojení ergoterapeutů do této oblasti.

Prostředí jako spolupůsobící faktor je popisováno také v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Jedná se o klasifikaci vydanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která má široké spektrum využití. Cílem používání MKF je klasifikovat pacienty jak z hlediska disability, tak z pohledu funkčního zdraví a řešit situace, ve kterých se projevuje omezení jejich funkčních schopností pomocí facilitátorů prostředí s cílem dosažení maximálně možné kvality života. Dle filozofie MKF není člověk s disabilitou vnímán jako izolovaný jedinec s určitou diagnózou, ale jako někdo, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž žije (WHO, 2008).

Hlavním cílem diplomové práce je navrhnout formulář pro hodnocení domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku, dle MKF. Získané poškození mozku velmi významně zasahuje do života jedince. Tyto osoby musí dennodenně čelit nejrůznějším následkům a potýkat se s menšími či většími omezeními v mnoha oblastech jejich života. Přičemž charakter domácího prostředí sehrává důležitou roli, protože přímo ovlivňuje soběstačnost v rámci domácnosti. Výstupem praktické části bude formulář pro hodnocení domácího prostředí, který by měl zefektivnit práci ergoterapeuta. Touto prací by autorka také ráda poukázala na možnosti a výhody ergoterapie v domácím prostředí.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní terminologie

Diplomová práce pojednává o komunitní rehabilitaci osob se získaným poškozením mozku, s bližším zaměřením na hodnocení domácího prostředí a možnostech další ergoterapeutické intervence směřující ke zlepšení soběstačnosti. Při hodnocení domácího prostředí byla využita také Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Na následujících řádcích jsou definovány stěžejní pojmy, které se v práci vyskytují.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (v originálu International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), dále jen MKF, je klasifikace, která byla vyvinuta Světovou zdravotnickou organizací – WHO. Je jednou z mnoha klasifikací, které lze ve zdravotnické sféře využívat (WHO, 2008).

Facilitátory jsou podle WHO (2008, str. 222) definovány jako: *„faktory v prostředí člověka, které zlepšují funkční schopnost a zmenšují překážky. Obsahují hlediska jako fyzické prostředí, které je přístupné, výběr vhodné technologie a pozitivní postoje lidí vzhledem k postižení (disabilitě), jako služby, systémy a principy řízení, jejichž cílem je zvětšovat zapojení všech lidí se zdravotním problémem do všech oblastí života. Někdy může být absence faktorů facilitujících, například absence stigmatu nebo negativního postoje. Facilitátory mohou být prevencí překážek nebo ohraničením aktivity, které by se jinak mohlo stát omezením participace, jestliže aktuální výkon nějaké aktivity je zlepšen, přes problémy dané osoby s kapacitou.“*

Na základě definice facilitátorů a bariér podle WHO (2008, str. 222) lze za zásadní **bariéru** obecně považovat nepřítomnost facilitátorů. *„Bariéry jsou faktory v prostředí člověka, které při své absenci nebo naopak přítomnosti limitují funkční schopnost a tvoří překážku. To obsahuje aspekty jako fyzické prostředí, které je nepřístupné, chybění vhodné technologie a negativní (nebo lhostejné) postoje lidí k překážkám, jako jsou služby, systémy a principy řízení, které buď neexistují, nebo překáží v prostředí, které zahrnuje všechny osoby se zdravotními problémy ve všech oblastech života.“*

S MKF rovněž souvisí pojem **faktor prostředí**. WHO (2008, str. 182) přináší následující definici: *„Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí,*

ve kterém lidé žijí.“ Faktor prostředí může být facilitující (facilitátor) nebo bariérový (bariéra).

Prostředí (z angl. environment) zahrnuje „*vnější fyzické, sociokulturní, a časové faktory, které podmiňují a formují výkon zaměstnávání*“ (Členové terminologické skupiny ČAE, 2015).

S ohledem na dané téma a zaměření práce je možno se v praxi setkat se dvěma pojmy: „hodnocení“ a „evaluace“, které jsou mezi sebou často zaměňovány. Jejich význam je však třeba chápat odlišně (Kennedy et al., 2016).

Pod pojmem **hodnocení** (z angl. assessment) si lze představit „*proces sběru a interpretace informací, které se týkají funkčních úrovní jedince a jeho prostředí, získaných pozorováním, testováním a měřením, za účelem zdůvodnit terapeutické rozhodnutí a zaznamenávat změny v průběhu terapie*“ (Členové terminologické skupiny ČAE, 2015). Dle Krivošíkové (2011, str. 162) lze hodnocení v ergoterapii chápat jako „*jakékoliv měření, či posuzování. Může jít také o popis komplexních činností. V užším významu se jedná o sběr dat a informací ke zjištění funkční úrovně pacienta.*“ Výstižnou definici přináší také Americká asociace ergoterapeutů, dále používaná zkratka AOTA (2010, str. 107): „*Jedná se o specifický nástroj či hodnocení, používané během evaluačního procesu.*“ Strategickým cílem hodnocení je navodit pozitivní změny (Švestková et al., 2008).

Jak vyplývá z výše uvedené definice, **evaluace** (z angl. evaluation) je nadřazeným pojmem, který je definován jako „*proces získávání, interpretace a zhodnocení informací s cílem určit priority mezi problémy a potřebami, naplánovat a upravit terapeutickou intervenci a posoudit její význam*“ (Členové terminologické skupiny ČAE, 2015). Dle Krivošíkové (2011, str. 163) se v obecné rovině jedná o „*ucelený postup získávání a interpretace údajů důležitých pro pochopení klienta, systému, prostředí nebo situace. Evaluace požaduje syntézu všech údajů získaných analytickou interpretací údajů, klinickým rozhodováním a posouzením všech souvislostí.*“ AOTA (2010, str. 107) definuje evaluaci jako „*proces získávání a interpretace dat potřebných ke klinickému rozhodování a stanovení plánů intervence.*“

V diplomové práci je převážně používáno spojení hodnocení domácího prostředí, které je v této oblasti zažité a v literatuře také častěji uváděné (Rohlenová, 2018).

Tato diplomová práce úzce souvisí s pojmem **komunitní rehabilitace**, jelikož klienti byli navštěvováni v domácím prostředí. Souhrnně se jedná o takovou formu rehabilitace, která je zajišťována ambulantně co nejbližší místu bydliště (rehabilitační centra, rehabilitační stacionáře, komunitní centra), eventuálně je poskytována přímo v domácím prostředí klienta, jak tomu bylo v případě této práce. Cílem je začlenění klienta zpět do komunity a společnosti (Maršálek a kol., 2011).

1.2 Rehabilitace osob se získaným poškozením mozku

Získané poškození mozku velmi významně zasahuje do života nejen pacienta, ale také jeho rodiny a blízkého okolí. Rehabilitace osob se získaným poškozením mozku je složitý proces, který vyžaduje koordinaci nejen multidisciplinárního týmu, ale také celého zdravotně-sociálního komplexu služeb (Maršálek a kol., 2011). Autoři Zasler, Katz a Zafonte (2013) získané poškození mozku charakterizují jako akutní (náhle vzniklé) poškození mozku, které negativním způsobem ovlivňuje jeho strukturu nebo funkci. Zahrnuje jak traumatické, tak neúrazové poškození. V případě úrazů hlavy se jedná o traumatické poškození mozku buď otevřené (průnik lebkou do hlavy), nebo uzavřené (následek prudkého nárazu). Neúrazové poškození mozku pak zahrnuje cévní mozkové příhody, nádory, infekční onemocnění, hypoxická poškození, metabolické poruchy nebo vliv toxických látek. Nejedná se o poškození dědičná, vrozená, porodní nebo degenerativní.

Onemocnění či úrazy mozku představují svojí četností a závažností značný socio-ekonomický problém ve všech vyspělých státech světa. Mezi získaným poškozením mozku má největší zastoupení cévní mozková příhoda a traumatické poškození mozku. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2017 v České republice hospitalizováno celkem 27 749 osob s traumatickým poraněním mozku (nitrolební poranění) a 47 238 osob s cévním onemocněním mozku¹ – z toho 28 513 hospitalizací bylo z důvodu mozkového infarktu a 1 821 představovala cévní mozková příhoda, neurčená jako krvácení nebo infarkt. Průměrný věk hospitalizovaných osob s traumatickým poraněním mozku byl 47,6 let a u osob s cévním onemocněním 72,2 let (ÚZIS, 2018).

¹ hospitalizovaní trvale bydlící v ČR

Cévní mozková příhoda (CMP) je náhlá porucha krevního oběhu mozku, která vede k jeho nevratnému ložiskovému poškození. Dle WHO (1998) je možné CMP definovat jako: „*rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového mozkového poškození, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, pokud klinické, laboratorní a základní zobrazovací vyšetření nesvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu*“ (WHO, 1998 in ÚZIS, 2012). Etiologicky se dělí na ischemické cévní mozkové příhody, které představují 80-85 % ze všech CMP, a hemoragické vyskytující se v 15-20% případů (Šeblová, Knor a kol., 2018). Při ischemická cévní mozková příhodě dochází k poruše zásobení části mozkové tkáně krví. Příčinou je nejčastěji uzavření mozkové tepny krevní sraženinou, která může vzniknout ucpaním na podkladě aterosklerózy – trombóza, nebo může být zanesena z jiné části cévního systému – embolie (Hutyra, 2011). U hemoragických cévních mozkových příhod jde o jinou etiopatogenezi při poškození mozkové tkáně. Vlivem onemocnění mozkových tepen a žil dochází ke spontánnímu krvácení do mozkové tkáně. Začátek bývá většinou bouřlivější, než v předchozím případě, a projevuje se bezvědomím (Havelková, 2014).

Přibližně 85 % pacientů s traumatickým poraněním mozku utrpí tzv. lehké poranění hlavy. Jedná se o následky pádů nebo drobných nehod, řadí se zde například otřes mozku. Ztráta vědomí u této kategorie nepřesahuje 15 minut, často je ale vědomí po celou dobu zachováno. Většina lidí po lehkém poranění mozku dosáhne plného uzdravení do 3 až 6 měsíců. Další kategorií je středně těžké poranění mozku, které je diagnostikováno zhruba v 10% případů. Ztráta vědomí trvá v rozmezí 15 minut až 6 hodin. Pourazový stav většinou provází množství přetrvávajících příznaků – například únava, bolesti hlavy, závratě, problémy s pozorností, pamětí, plánováním. Těžké poranění mozku, kdy je ztráta vědomí delší než 6 hodin, utrpí 5% osob. Délka hospitalizace závisí na vážnosti poranění a tyto osoby se poté potýkají s dlouhodobými komplexními následky. V posledních desetiletích stoupá počet zachráněných životů u pacientů s velmi těžkým poškozením mozku v důsledku medicínských pokroků a rychlejšího převozu postižených do nemocničních zařízení (Powell, 2010).

Lidé po poškození mozku čelí nejrůznějším následkům v závislosti na místě a povaze poranění. Může se jednat o poškození kognitivních funkcí, komunikačních schopností, fyzických funkcí nebo psychosociálního chování jedince (Zasler, Katz a Zafonte, 2013). Přehled nejčastějších následků shrnuje tabulka č. 1.

FYZICKÉ FUNKCE	KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI	KOGNITIVNÍ FUNKCE	CHOVÁNÍ A EMOCE
Poruchy hybnosti, koordinace pohybů, rovnováhy Spasticita Bolesti hlavy Dysfágie Sekundární epilepsie Inkontinence Obtíže ve smyslovém vnímání	Porucha exprese Porucha porozumění Dysartrie Dyslexie Dysgrafie	Poruchy: Paměti Pozornosti Percepce Orientace Konstruktivních schopností Rychlosti zpracování informace Exekutivních funkcí	Emoční labilita Ztráta iniciace Změny nálad Nedostatek náhledu na problémy Vznětivost, agresivita Disinhibice Slabá motivace Psychóza

Tabulka č. 1 – Nejčastější následky získaného poškození mozku (RCP, BSRM, 2003)

Výše uvedené deficity pak omezují aktivity a participaci jedince v míře závislé na závažnosti a kombinaci daných obtíží, přítomnosti dalších onemocnění či zranění, nebo na základě jiných okolností, jako je prostředí, sociální podpora, intelekt atd. V důsledku těchto faktorů může pacient se získaným poškozením mozku čelit dlouhodobým omezením v těchto oblastech:

- soběstačnost, nezávislost,
- řízení, užívání veřejné dopravy,
- návrat do práce, školy,
- účast ve volnočasových a společenských aktivitách,
- plnění různých životních rolí a udržování osobních, sexuálních a rodinných vztahů.

Při popisu mnohočetných následků, které s sebou získané poškození mozku přináší, je důležité zmínit také rozdíly, které odlišují mladší dospělé se získaným poškozením mozku od mnohem početnější a převážně starší populace postižené cévní mozkovou

příhodou. U mladších pacientů se získaným poškozením mozku jsou mnohdy následky rozmanitější, často se objevují kombinace fyzických, kognitivních, behaviorálních, emočních a psychosociálních deficitů. Mladší pacienti mohou mít zcela odlišné rehabilitační cíle, zvláště pokud se jedná o péči o děti a návrat do zaměstnání. Mladší jedinci mohou mít rovněž větší možnosti neuroplasticity² a téměř vždy před sebou mají delší část života, během níž se projeví přínosy rehabilitace. Tento fakt může odůvodnit významné investice do počátečních fází rehabilitace, které jsou kompenzovány prokazatelnými úsporami v dlouhodobé péči (RCP a BSRM, 2003).

Rehabilitace osob se získaným poškozením mozku může trvat několik měsíců nebo řadu let, někteří pacienti se potýkají s komplexními následky po celý život. Rehabilitace se liší v závislosti na fázi, ve které se pacient nachází (RCP a BSRM, 2003). V současné době se často objevuje termín neurorehabilitace. Jedná se o složitý a většinou dlouhodobější přístup k pacientům s neurologickou problematikou, který je zabezpečován interprofesním rehabilitačním týmem. Součástí tohoto týmu musí být rehabilitační lékař, který spolupracuje s lékaři ostatních odborností (například neurology, chirurgy, ortopedy a dalšími odborníky dle charakteru postižení pacienta). Dalšími členy týmu by měli být psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, sociální pracovník, protetik a zdravotní sestry (Süsová, 2013). Základní charakteristikou neurorehabilitace je její včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, součinnost, dostupnost a již zmíněné interprofesní posouzení, které souvisí s individuálním přístupem ke každému pacientovi (Švestková, 2013). Základním předpokladem pro úspěšné naplnění účelu rehabilitace, které vede k potřebné aktivizaci a motivaci pacientů je včasnost rehabilitace. Tedy nasazení rehabilitačních prostředků v nejlépe vyhovujícím okamžiku. Komplexnost je stanovení postupu rehabilitace, kdy jsou brány v potaz všechny dostupné informace a hlediska. Návazností se rozumí souvislý sled akcí, které na sebe logicky navazují, a to podle dosaženého pokroku a bez zbytečných prodlev. Koordinovanost je činnost řízená podle předem připraveného plánu. Cílem je, aby byl výsledek co nejlepší a nejeftektivnější. Součinnost znamená spolupráci mezi jednotlivými zúčastněnými stranami – pacienty, poskytovateli rehabilitace, příslušnými orgány státní správy i samosprávy, včetně ministerstev, které se na rehabilitaci podílejí. Rehabilitace by měla

² Neuroplasticita je schopnost lokálních neuronových sítí a neurálních systémů měnit svou topografii a uspořádání v reakci na nové informace, senzoričnou stimulaci, vývoj, poškození nebo dysfunkci (Maršálek a kol., 2011).

probíhat tak, aby byly její služby dostupné všem pacientům a nebylo tak narušeno včasné zahájení, ani kontinuita celého procesu. Za tzv. individuální přístup se považuje, když navržený plán a postupy rehabilitace odpovídají potřebám a možnostem dané osoby (Švestková, 2017). Švestková (2017) rovněž uvádí, že při zpracovávání posudků a zpráv by se měla používat Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Pro účely koordinované rehabilitace tuto klasifikaci a výstupy z ní shledává jako ideální podklad pro poskytování jednotlivých prostředků rehabilitace.

Rehabilitace v České republice je poznamenána nefungujícím systémem a chybějící návazností jednotlivých fází rehabilitace (Maršálek a kol., 2011). Pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí se však připravuje zákon o Koordinované rehabilitaci. Návrh byl opakovaně zamítnut, naposledy začátkem roku 2018. Mgr. Václav Krása (2018), předseda NRZP ČR (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR) uvedl, že ministryně práce a sociálních věcí, Ing. Jaroslava Němcová, MBA, se na téma koordinované rehabilitace vyjádřila následovně: „*V současné době není možné v systému koordinované rehabilitace pokročit, protože je nejprve potřeba stabilizovat posuzování zdravotního stavu a Lékařskou posudkovou službu. Bez stabilizace posuzovacího systému není možné začít legislativně upravovat koordinovanou rehabilitaci.*“

Návrh zákona koordinovanou rehabilitaci dělí do následujících fází:

1. fáze, **akutní klinická lůžka** – rehabilitace na odděleních akutní péče příslušné nemocnice, včetně život zachraňujících odděleních (ARO, JIP).
2. fáze, **včasná rehabilitační lůžka** – součást velkých nemocnic, při včasné aktivizaci pacientů může docházet ke komplikacím, z tohoto důvodu je zapotřebí klinických oddělení jako neurologie, neurochirurgie, kardiologie, kardiochirurgie, urologie apod.
3. fáze, **regionální rehabilitační oddělení** – tato oddělení již mohou být samostatná, pokud je to možné, měla by být co nejbližší místu bydliště pacienta. Na těchto místech je již možný kontakt s úřady práce, sociálním odborem nebo také návštěva bydliště a evaluace bytu s návrhem bezbariérových úprav.
4. fáze, pacient je již ve svém **domácím prostředí** a dochází do denního stacionáře ve zdravotnickém zařízení. Zdravotničtí pracovníci mohou také za pacientem docházet do místa bydliště. V současné době však v ČR existuje

pouze jeden stacionář ve zdravotnictví, a to Denní stacionář Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V této fázi je důležité zapojení rodiny, která se stává aktivním členem interprofesního týmu.

5. fáze, **fáze komunitní** – klient zůstává doma nebo v pobytovém zařízení, kde jsou mu poskytovány dlouhodobé, udržovací komunitní služby. Prioritou je, aby byl klient ve svém domácím prostředí.

(MPSV, 2012 in Svěčená, 2014)

V interprofesním neurorehabilitačním týmu je ergoterapeut nezastupitelným členem. Soběstačnost pacienta v běžných denních činnostech a její hodnocení je jeho hlavním cílem (Svěčená, 2013). Ergoterapeut umí objektivně zhodnotit aktivity denního života, zná nástroje, které využívá k efektivnímu hodnocení funkčního stavu pacienta, dokáže indikovat vhodné kompenzační pomůcky a učí pacienty tyto pomůcky správně používat. Ergoterapeuti jsou také kompetentní k hodnocení domácího prostředí a poskytování poradenství ohledně bezbariérovosti (Svěčená, 2014). V určitých fázích rehabilitačního procesu se stává členem týmu také pacientova rodina. Tyto osoby mohou rehabilitačním pracovníkům poskytnout velmi cenné informace o pacientovi a tak významně přispět k výstupům rehabilitačního procesu. Poskytují pacientovi dlouhodobou podporu, hrají klíčovou úlohu v jeho životě, a tak zásadním způsobem napomáhají celému procesu rehabilitace. Aby však byli schopni celou situaci zvládat a poskytovat podporu dlouhodobě, sami potřebují zvýšenou péči, oporu a dostatečný odpočinek (Maršálek a kol., 2011).

1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je jednou z klasifikací, která byla vyvinuta Světovou zdravotnickou organizací WHO a kterou lze ve zdravotnické sféře využívat (WHO, 2008). Jak již samotný název napovídá, jedná se o systém, který komplexně klasifikuje funkční schopnosti a disabilitu člověka. MKF má široké spektrum funkcí a účelů. Jedním z hlavních cílů je poskytnout univerzální nástroj pro hodnocení celkového zdravotního a funkčního stavu člověka (Svěčená, 2014).

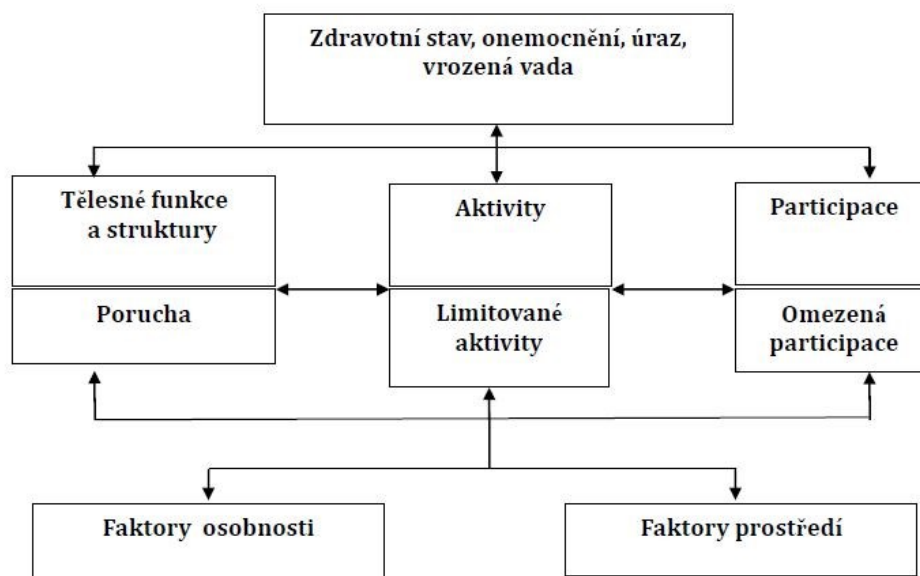
Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví byla pod tímto názvem poprvé vydána v Ženevě v roce 2001. Poté, co byla členy Světové zdravotnické organizace na Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly - WHA) odhlasována a podepsána předložená stávající verze MKF. O překlad do českého jazyka se zasloužili prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. a prof. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. Do České republiky se MKF dostala až v roce 2008 (Švestková, Angerová a Sládková, 2009). Pro pochopení filozofie MKF a k následnému získání dovedností pro praktické kódování se doporučuje projít kurzem. Metodickým centrem pro aplikaci MKF se v České republice stala 1 lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Pod záštitou prof. MUDr. Olgy Švestkové, Ph.D. probíhá na půdě kliniky pravidelně kurz s názvem „Praktická aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“ (Svěcená, 2014).

MKF je víceúčelová klasifikace, která může být využívána napříč různými disciplínami a sektory. Hlavním cílem klasifikace je snaha o zavedení jednotného, standardizovaného jazyka, který by měl být využíván při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům za účelem zlepšení komunikace mezi odborníky nejen ve zdravotnictví (WHO, 2008). Společným jazykem jsou myšleny jednotlivé kódy, kdy daný kód charakterizuje určitý momentální funkční stav pacienta (Svěcená, 2014). MKF může být využívána rovněž jako statistická pomůcka při shromažďování a zaznamenávání dat nebo při měření výstupu kvality života a faktorů prostředí. Může pomáhat v posudkovém lékařství nebo v posuzování efektivnosti intervencí v rámci rehabilitace (WHO, 2008). Ve světě je MKF využívána v oblastech pracovní problematiky, pojišťovnictví, ekonomiky, také v oblasti výchovy, sociálního zabezpečení, legislativy, kultury apod. (WHO, 2008 in Svěcená, 2014).

Jedním ze základních termínů vztahujících se k MKF, je pojem **disability**. V Praze byl v roce 2006 přijat návrh definice disability, který vychází z MKF. „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí*“ (Švestková, Angerová a Sládková, 2009). V rámci MKF není člověk s disability vnímán jako osamocený jedinec s určitou diagnózou, ale jako někdo, jehož problémy jsou dány dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, ve kterém žije. Ústřední tezí MKF je, že člověk může v souvislosti s poruchami některých funkcí a struktur pociťovat různou míru

omezení a to v jakékoli části jeho života. Tyto narušené funkce však lze kompenzovat funkcemi neporušenými – zdravím a faktory prostředí (Švestková, 2013). Jde o posun odděleného medicínského a sociálního pohledu na společný biopsychosociální model. V medicínském modelu je porucha chápána jako fyziologická a psychologická abnormalita, jejíž příčinou je onemocnění, úraz nebo vrozená vada a je nezbytná terapie v rámci zdravotnictví. U sociálního modelu jde o optimální začlenění člověka s disabilitou do společnosti (Švestková, Angerová a Sládková, 2009). Biopsychosociální model však přináší sjednocený pohled na člověka s disabilitou v souvislosti s faktory prostředí. Znevýhodnění je zapříčiněno tzv. „disabilními situacemi“, ve kterých se člověk ocitá. Tyto situace se dají vyřešit pomocí facilitátorů a člověk s disabilitou tak může plně používat své funkční zdraví (Svěcená, 2014). Prostředí se výrazně podílí na participaci osob s disabilitou, z tohoto důvodu by mu měla být věnována zvýšená pozornost. Právě díky MKF je možné lépe definovat a vyhodnotit pozitivní nebo naopak negativní dopady různých aspektů prostředí. To může být buď facilitující, v tomto případě zmenšuje důsledky zdravotního postižení anebo bariérové, kdy naopak vytváří překážky (WHO, 2008).

MKF BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL



Obrázek č. 1 – MKF Biopsychosociální model (WHO, 2008, str. 30)

MKF dělí informace do dvou částí. První část pojednává o funkčních schopnostech a disabilitě, druhá část se zabývá spolupůsobícími faktory. Každá z těchto částí má dvě komponenty.

- *Část 1: Funkční schopnosti a disabilita*
 - *Tělesné funkce a struktury*
 - *Aktivita a participace*
- *Část 2: Spolupůsobící faktory*
 - *Faktory prostředí*
 - *Osobní Faktory*

(WHO, 2008, str. 22)

MKF tedy využívá čtyři základní komponenty, které se dělí na kapitoly a domény. Ty jsou navíc členěny na jednotlivé kategorie, které jsou jednotkami klasifikace. Existuje také pátá komponenta, osobnost, se kterou se však prozatím moc npracuje (Švestková, 2013). Pro účely této práce bude na následujících řádcích pozornost blíže zaměřena pouze na faktory prostředí.

Dle MKF: „*Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí*“ (WHO, 2008, str. 22). Jedná se o vnější faktory, které mohou mít pozitivní, nebo negativní vliv na člověka v celé jeho šíři. Faktory prostředí jsou zaměřeny na dvě úrovně – na člověka jako jedince a na společnost (WHO, 2008). Individuálně se hodnotí v konkrétním prostředí, ve kterém člověk s disabilitou žije, v okolí, v němž se pohybuje, nebo také v prostředí jeho vzdělávání, zaměstnávání a volnočasových aktivit (Svěcená, 2014). MKF klasifikuje člověka pomocí kódů a kvalifikátorů – číslo za tečkou v každém kódu, které určuje stupeň zdraví a závažnost problému, v jednotlivých komponentách (WHO, 2008). Komponenta „Faktory prostředí“ se značí písmenem „e“ a je členěna do následujících kapitol, jež dále obsahují jednotlivé domény:

- *Kapitola 1: Produkty a technologie*
- *Kapitola 2: Přirozené prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí*
- *Kapitola 3: Podpora a vztahy*
- *Kapitola 4: Postoje*

- *Kapitola 5: Služby, systémy a principy řízení*

(WHO, 2008, str. 42)

MKF se tedy nezaměřuje pouze na fyzické faktory prostředí, ale zohledňuje rovněž sociální i postojové aspekty. Faktor prostředí může být facilitující (facilitátor), pokud jedinci usnadňuje či umožňuje provádění aktivit a participaci, nebo bariérový (bariéra), pokud ho v tom naopak omezuje (WHO, 2008). Facilitátory jsou hodnoceny pomocí kvalifikátorů 0, +1, +2, +3, +4. Vždy mají před číslem znaménko +. Bariéry pak 0, 1, 2, 3, 4. Kdy 0 značí „žádný facilitátor/bariéra“ a 4 znamená „úplný facilitátor/bariéra“. V rámci popisu faktoru prostředí se využívají také dva specifické kvalifikátory, a to čísla 8 – „facilitaci/bariéru nelze určit“ a 9 – „nelze aplikovat.“ Tyto číselné hodnoty mají také své slovní a procentuální vyjádření (WHO, 2008 in Rohlenová, 2018). V MKF jsou obecně všechny komponenty klasifikovány za použití stejné škály (viz obrázek č. 2).

xxx 0	Žádný problém	(nepřítomen, zanedbatelný...)	0–4 %
xxx 1	Lehký problém	(nepatrný, nízký...)	5–24 %
xxx 2	Středně těžký problém	(střední, snesitelný...)	25–49 %
xxx 3	Těžký problém	(vysoký, extrémní...)	50–95 %
xxx 4	Úplný problém	(totální...)	96–100 %
xxx 8	nespecifický		
xxx 9	nelze aplikovat		

Obrázek č. 2 – MKF Hodnotící škála (WHO, 2008, str. 34)

MKF tedy přináší možnost popisu faktorů prostředí, kterou by bylo vhodné využívat například v rámci působení interprofesního týmu na pracovišti a zajistit tak efektivnější komunikaci uvnitř týmu (Tempest a McIntyre, 2006). Optimální je, pokud každý člen rehabilitačního týmu hodnotí a kóduje komponenty a domény, které odpovídají jeho odbornosti (Svěčená, 2014). Ideální situace by tedy byla, aby faktory prostředí hodnotil ergoterapeut, a to nejlépe během návštěvy domácího prostředí pacienta/klienta.

Ve světě se s MKF pracuje poměrně běžně. Autoři Tempest et al. (2012) ve svém článku zdůrazňují potřebu zavádět tuto klasifikaci do praxe. V tomto projektu byla například MKF klasifikace zavedena do praxe multidisciplinárního týmu, který pracuje s pacienty po cévních mozkových příhodách v akutní fázi onemocnění. Prostřednictvím MKF klasifikace byly určeny facilitátory a bariéry, které ovlivňují rehabilitaci starších osob v jejich domácím prostředí, ve studii autorů Randtröm, Asplund a Svedlund (2012). Mezi novější zdroje popisující využití MKF lze zařadit například studii z Thajska, kdy prováděli hodnocení vnitřního i vnějšího domácího prostředí seniorů na základě organizační struktury MKF (Putthinoi, Lersilp a Chakpitak, 2017). Dvojice autorů Pimdee a Nualnetr (2017) ve své studii popisuje využití MKF klasifikace při řízení domácí zdravotní péče. Na základě MKF byl členy multidisciplinárního týmu vyvinut hodnotící nástroj, který byl u klientů používán v domácím prostředí. Výsledky naznačují, že MKF může vést k lepší komunikaci v rámci týmu, k holistickému přístupu k pacientům/klientům, efektivnějšímu zpracování dat a nastavení terapie.

1.4 Domácí prostředí v kontextu ergoterapeutických modelů

Domov bývá v literatuře popisován různě. Často je spojován s rodinou, útočištěm nebo seberealizací. Význam domova může být v rámci různých oborů chápán odlišně. Napříč těmito obory vyvstává otázka, zda je domov místo, prostor nebo pocit (Mallett, 2004). Z pohledu ergoterapie domácí prostředí chápeme jako prostředí, ve kterém provádíme především každodenní sebeobslužné činnosti (Macháčová a kol., 2014). Autoři Chiatti a Iwarsson (2014) považují domácí prostředí za hlavní determinant zdraví, kvality života a celkové životní pohody člověka. Domácí prostředí je rovněž odrazem individuálních hodnot a je spojováno s identitou jedince. Význam domova je zřejmý, z tohoto důvodu je často hlavním cílem pacientů/klientů rychlý návrat do domácího prostředí (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Ve vlastním domácím prostředí je provádění každodenních činností pro zdravého jedince rutinní záležitostí a je zcela automatické. Pro osoby s disabilitou má charakter domácího prostředí zásadní význam, protože přímo ovlivňuje soběstačnost v rámci domácnosti (Macháčová a kol., 2014).

Prostředí ovlivňuje lidské chování a poskytuje kontext, ve kterém se odehrávají všechny oblasti zaměstnávání. Prostředí má fyzické, sociální, kulturní, institucionální

a časové rozměry, které mohou ovlivňovat výkon a zapojení do zaměstnávání na osobní, komunitní a společenské úrovni (Radomski a Latham, 2014). Vliv prostředí na jedince je popisován v mnoha teoretických modelech, na které bychom v průběhu hodnocení domácího prostředí neměli zapomínat. Udávají nám totiž rámec ergoterapeutického působení (Macháčová a kol., 2014).

Vliv prostředí na výkon zaměstnávání jedince se objevuje například v Modelu lidského zaměstnávání (MOHO), v Kanadském modelu výkonu zaměstnávání (CMOP), v Australském modelu výkonu zaměstnávání (OPM(A)), v Ekologickém modelu lidského zaměstnávání (EHP), v Modelu osoba-prostředí-zaměstnávání (PEO) nebo v konceptem podobném Modelu člověk-prostředí-zaměstnávání-výkon (PEOP) apod. (Schell, Gillen a Scaffa, 2014). Prostředí jako spolupůsobící faktor je popisováno také v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008).

Jedním z prvních teoretických modelů, který zdůrazňuje vzájemný vliv prostředí a člověka, je **Model lidského zaměstnávání** (z angl. Model of Human Occupation – MOHO). Vytvořený americkým ergoterapeutem a psychologem Garym Kielhofnerem (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). V MOHO je člověk chápán jako celek, který je v neustálé vzájemné interakci s prostředím, které má dvě dimenze: fyzickou a sociální. Fyzické prostředí tvoří přírodní prostředí a lidmi vytvořené prostory a předměty. Sociální prostředí pak představují lidé, se kterými se člověk pravidelně setkává. Samotné prostředí „jednak poskytuje potenciál pro různá chování, dává určitou svobodu výběru a možnosti jednání. Ale zároveň vyvíjí tlak, tj. očekává nebo požaduje určité chování“ (Krivošíková, 2011, str. 99).

Zahraničními i českými ergoterapeuty často využívaným nástrojem je tzv. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (z angl. Canadian Occupational Performance Measure – COPM). Toto hodnocení vychází z **Kanadského modelu výkonu zaměstnávání** (z angl. Canadian Model of Occupational Performance – CMOP). CMOP vychází z přístupu zaměřeného na člověka. Tento model potvrzuje, že prostředí ovlivňuje provádění zaměstnávání nebo činností jedince. Prostředí je v CMOP rozděleno na fyzické, sociální, kulturní a institucionální (Krivošíková, 2011).

Již méně známý je **Australský model výkonu zaměstnávání** (z angl. Occupational Performance Model (Australia) – OPM(A)). Tento model je založen na

předpokladu, že lidé plní své role tím, že se podílejí na rutinách, úkolech a činnostech, které jsou spojeny se sebedečnou, produktivitou, volným časem a odpočinkem. A to v reakci na vnitřní a vnější požadavky prostředí (Stamm et al., 2006). Prostedí člověka sestává z fyzických, senzorických, sociálních a kulturních domén (Hardy, 2004).

Teoretické modely by měly být v praxi ergoterapeutů běžně uplatňovány. V dnešní době se však již mnoho ergoterapeutů na pracovišti setkává s interprofesním přístupem a působí v rámci týmu. V tomto prostředí se využívají různé typy modelů a každý člen týmu může mít na pacienta/klienta jiný úhel pohledu. Z tohoto důvodu doporučuje Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci interprofesního týmu využívat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, najít společný jazyk, a tak zajistit například efektivnější komunikaci v rámci týmu (Stamm et al., 2006). Ergoterapie se zaměřuje na zaměstnávání a aktivity denního života v kontextu s prostředím. Autoři Stamm et al. (2006) tudíž předpokládali, že ergoterapeutické modely mohou být úzce spjaty s MKF, a ve své studii se zaměřili na zkoumání tohoto spojení. K tomuto účelu byly použity 3 výše popsané modely – Model lidského zaměstnávání (MOHO), Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP) a Australský model výkonu zaměstnávání (OPM(A)). Celkem 41 pojmů z 3 ergoterapeutických modelů bylo porovnáváno s 4 hlavními komponentami MKF: Tělesné funkce a struktury, Aktivity a participace, Faktory prostředí a Osobní faktory. Většina pojmů byla s MKF spojena. Závěry této studie naznačují, že existuje silná souvislost mezi MKF a ergoterapeutickými modely. Autoři tímto povzbuzují ergoterapeuty k využívání MKF ve své praxi.

1.5 Hodnocení domácího prostředí

Roli ergoterapeuta při hodnocení a následných bezbariérových úpravách domácího prostředí nelze zpochybnit. Odborná způsobilost pro tyto činnosti je definována ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., kde je uvedeno, že ergoterapeut je mimo jiné kompetentní provádět „*poradenství v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí i pracovního prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem)*“ (Jelínková a Krivošíková, 2007).

V českém jazyce v současné době neexistuje příliš mnoho aktuálních zdrojů, zejména odborných studií, zabývajících se obecně problematikou hodnocení domácího

prostředí nebo hodnotícími nástroji. Ergoterapeutická evaluace domácího prostředí je v České republice prováděna pouze zřídka. Důvody mohou být různé. Mezi jeden z nich je možné zařadit nedostupnost vhodných nástrojů sloužících k evaluaci domácího prostředí. Informace z domácí návštěvy jsou ergoterapeuty v České republice případně zaznamenávány pouze do vlastních předem připravených formulářů. O provedené domácí návštěvě je následně vyhotovena písemná zpráva, která poskytuje souhrnné informace o soběstačnosti pacienta v domácím prostředí, doporučených kompenzačních pomůckách, úpravách a změnách v bytě nebo blízkém okolí (Krivošíková, 2011). Autoři Radomski a Latham (2014) ergoterapeutům však doporučují používat standardizované nástroje, místo prostého pozorování a provádění rozhovorů. Zdůrazňují, že pro dobré porozumění vlivům prostředí na výkon jedince s disabilitou, je naprosto klíčové provést řádnou analýzu prostředí.

Dostupná zahraniční literatura již nabízí poměrně velké množství nástrojů určených pro evaluaci domácího prostředí. Ucelenější přehled předkládají například ergoterapeutické knihy *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (Radomski a Latham, 2014) a *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy* (Rigbi et al., 2005). Při výběru hodnotícího nástroje je důležité si uvědomit skutečnost, že žádný z nástrojů není univerzální a vhodný pro všechny případy (Romli et al., 2016). Jednotlivé nástroje využívají různé metody sběru a analýzy dat. Každý má své silné a slabé stránky a záleží také na účelu, za kterým je hodnocení provedeno (Weeks, Lamb a Pickens, 2010). Vždy je na rozhodnutí terapeuta, jaký nástroj zvolí. Weeks, Lamb a Pickens (2010) uvádějí, že hodnocení musí být reliabilní, validní a použitelné v praxi – to znamená, že by nemělo být příliš složité a časově náročné. Autoři rovněž zdůrazňují, že domácí prostředí je třeba hodnotit komplexně. Nepohlížet tedy jen na fyzické faktory prostředí, ale vzít v potaz také faktory kulturní a sociální. Velice důležitý je rovněž individuální přístup a subjektivní pohled daného klienta (Lien et al., 2016; Robnett et al., 2016; Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

1.5.1 Intervenční strategie

Hodnocení domácího prostředí může být provedeno u různých věkových i diagnostických skupin pacientů v různé fázi onemocnění. V odborné literatuře se převážně uvádí hodnocení domácího prostředí seniorů trpících demencí, zvýšeným rizikem pádu nebo zhoršeným zrakem. Časté je také hodnocení u pacientů po cévních

mozkových příhodách či u pacientů ortopedických. Obecně se jedná nejčastěji o osoby se sníženou soběstačností z důvodu motorické disability (Rohlenová, 2018). V takovém případě je hodnocení zaměřeno na architektonické bariéry a bezpečnost prostředí. Ergoterapeut detailně hodnotí exteriér (typ bydlení, terén v okolí domu, vstup do obydlí, schodiště, výtah, vstup do domácnosti) a interiér (velikost, jednotlivé místnosti a jejich přístupnost) domácnosti. Informace jsou průběžně zaznamenávány a na závěr je sepsána souhrnná zpráva, která obsahuje návrh úprav prostředí, popřípadě doporučení vhodných kompenzačních pomůcek (Krivošíková, 2011). Krivošíková (2011) uvádí, že hodnocení domácího prostředí je prováděno formou domácí návštěvy. Ergoterapeut hodnotí způsob provádění ADL (z angl. Activities of Daily Living, všední denní činnosti) v přirozeném prostředí, zaměřuje se na bariéry a možná rizika vzhledem k funkčním problémům pacienta. Součástí léčebného programu může být nácvik používání kompenzačních pomůcek nebo strategií pro získání maximální možné míry nezávislosti pacienta v domácím prostředí. Důležitá je také instruktáž rodiny nebo pečovatелů. Domácí návštěva může proběhnout kdykoli během ergoterapeutického procesu. Zpravidla nejefektivnější je tuto návštěvu provádět těsně před, eventuálně těsně po ukončení hospitalizace. Weeks, Lamb a Pickens (2010) popisují, že záleží také na účelu, za kterým je hodnocení provedeno. Autoři představili tři **intervenční strategie**:

- **Basic Home Safety Interventions** („Základní domácí intervence zaměřené na bezpečnost klienta“),
- **Simple Home Modifications** („Jednoduché úpravy domácího prostředí“),
- **Major Home Modifications** („Hlavní úpravy domácího prostředí“).

„Základní hodnocení domácího prostředí zaměřené na bezpečnost klienta“ může být provedeno již během hospitalizace – přímo na daném pracovišti formou rozhovoru a doporučení, nebo v domácím prostředí. Autoři však zdůrazňují, že klienti si často neuvědomují veškerá rizika, proto je vhodnější domácí prostředí s klientem přímo navštívit. Jedná se o krátké hodnocení s klientem, popřípadě jeho rodinnými příslušníky, které je zaměřeno na posouzení vlivů prostředí, jež by mohly ovlivnit jeho bezpečnost, převážně jde o detekci pádů. Následně jsou provedeny jednoduché zásahy do domácího prostředí, které klient na doporučení ergoterapeuta provádí již samostatně – odstranění koberečků, zajištění vhodného osvětlení, uspořádání kuchyňského vybavení tak, aby byl

volný přístup ke každodenně používaným věcem atd. Velice důležitá, a to zejména pokud klient bydlí samostatně, je možnost okamžité přivolání pomoci. Za tímto účelem, jsou klientům často doporučovány různé druhy signalizačních zařízení, například SOS tlačítka nebo SOS náramky (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

Mezi „Jednoduché domácí úpravy“ se řadí například instalace madel, výměna kohoutkové baterie za pákovou, doporučení kompenzačních pomůcek, jako je sedačka na vanu, toaletní židle atd. Ergoterapeut indikuje pomůcky, které musí jednak vyhovovat klientovi, ale také danému prostředí. Autoři rovněž poukazují na skutečnost, že terapeut by měl mít možnost klienta v domácím prostředí navštívit opakovaně. Protože zejména klienti ve chronickém stádiu mohou mít tzv. „dobré a špatné dny“ a opakované domácí návštěvy terapeutovi poskytnou komplexnější obraz o funkčních schopnostech klienta v jeho domácím prostředí. Terapeut si během opakovaných návštěv také ověřuje, zda je doporučené vybavení vhodné, jestli klient ví, jak s ním zacházet a zdali jsou změny, které byly provedeny v domácím prostředí pro klienta přínosné (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

„Hlavní úpravy domácnosti“ znamenají poměrně velký zásah do domácího prostředí a vyžadují spolupráci s dalšími kvalifikovanými odborníky, jako jsou například architekti, stavební inženýři, instalatéři nebo elektrikáři. Do této kategorie se řadí například zajištění zábradlí po obou stranách schodiště, rozšíření dveří, instalace ramp nebo schodišťových plošin, renovace koupelen atd. Po dokončení plánovaných úprav je opět velice důležité následné zhodnocení provedených změn (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

1.5.2 Zahraniční hodnotící nástroje

Americká asociace ergoterapeutů (American Occupational Therapy Association – AOTA) uvedla ve svém dokumentu *Specialty Certification in Environmental Modification* (2013) seznam 21 nástrojů pro hodnocení a navrhování úprav prostředí. Tento dokument je možné nalézt na stránkách AOTA³. Mnohá z těchto hodnocení jsou více popsána také v publikaci *Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index* (Asher, 2007). Seznam byl vytvořen v lednu roku 2013 a v současné době mohou

³ Dostupné z: <https://bit.ly/2NEJofm> (SCEM (OT) Part 2 PORTFOLIO EVIDENCE FORMS, str. 43-44)

být dostupné novější verze těchto nástrojů. Autoři Weeks, Lamb a Pickens (2010) uvádějí, že záleží také na účelu, za kterým je hodnocení provedeno. Ve svém článku představili 3 intervenční strategie (viz výše) a 6 hodnotících nástrojů vztahujících se k daným strategiím. Souhrnné informace i s doporučenými hodnotícími nástroji k jednotlivým typům intervencí obsahuje tabulka č. 2.

TYP INTERVENCE	ZPŮSOB HODNOCENÍ	STRATEGIE	HODNOTÍCÍ NÁSTROJ
„Základní domácí intervence zaměřené na bezpečnost klienta“	krátká domácí návštěva nebo konzultace během hospitalizace v daném zařízení	jednoduché zásahy do domácího prostředí za účelem zvýšení bezpečnosti, detekce pádů	Cougar HAP
„Jednoduché úpravy domácího prostředí“	domácí návštěva	provedení drobnějších úprav např. instalace madel nebo doporučení a vyzkoušení kompenzačních pomůcek v domácím prostředí např. sedačka na vanu	SAFER-HOME HEAP
„Hlavní úpravy domácího prostředí“	domácí návštěva	velký zásah do domácího prostředí, často stavební úpravy např. rozšíření dveří, instalace ramp, schodišťových plošin, renovace koupelny	Enabler CASPAR

Tabulka č. 2 – Intervenční strategie hodnocení domácího prostředí s doporučenými hodnotícími nástroji (Weeks, Lamb a Pickens, 2010)

Poměrně velké množství existujících a dohledatelných hodnotících nástrojů se zaměřuje na bezpečnost domácího prostředí zejména u seniorské populace. Poptávka po hodnotících nástrojích je často spojována s touto cílovou skupinou (Rohlenová, 2018). Tento fakt dokládá například studie autorů Romli et al. (2016), kteří provedli systematický průzkum literatury za účelem identifikace standardizovaných nástrojů pro hodnocení domácího prostředí zejména za účelem detekce pádů u seniorů. Cílem bylo rovněž zhodnocení klinimetrických vlastností, tedy psychometrických vlastností

a klinické využitelnosti, jednotlivých nástrojů. Studie předkládá detailní informace o 19 hodnotících nástrojích, které lze využít k různým účelům. Deset z těchto nástrojů bylo vytvořeno samotnými ergoterapeuty (Rohlenová, 2018).

V odborné literatuře se v souvislosti s hodnocením domácího prostředí často opakují následující hodnocení:

- *Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (CASPAR)* (Extended Home Living Services, 2005),
- *Cougar Home Safety Assessment - Version 4.0 („Cougar“)* (Fisher, Civitella a Perez, 2006),
- *Home Assessment Profile (HAP)* (Chandler et al., 2001),
- *Home Environmental Assessment Protocol (HEAP)* (Gitlin et al., 2002),
- *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)* (Mackenzie, Byles a Higginbotham, 2000),
- *The Housing Enabler* (Iwarsson, 1999),
- *In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE)* (Stark, Somerville a Morris, 2010),
- *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement and Evaluation – Version 3 (SAFER-HOME)* (Chiu et al., 2006).

Nástroje *Cougar Home Safety Assessment* („Cougar“ v.4) a *Home Assessment Profile (HAP)* jsou jednoduchá a krátká hodnocení formou checklistu. Využívají se zejména u starších osob při hodnocení bezpečnosti domácího prostředí nebo pro detekci pádů v domácím prostředí (Fisher, Civitella a Perez, 2006; Chandler et al., 2001). Nevýhodou nástroje „Cougar v.4“ je skutečnost, že se zaměřuje pouze na fyzické faktory prostředí (Fisher et al., 2008). Naproti tomu u nástroje *HAP* hodnotí vyšetřující osoba provádění každodenních činností v jednotlivých místnostech. Hodnocení je tedy zaměřeno na výkon klienta v domácím prostředí. Terapeut se soustředí vždy na konkrétní

činnost a bere v potaz faktory prostředí. Je důležité si uvědomit, že tyto dvě položky se navzájem ovlivňují a nelze je hodnotit samostatně (Chandler et al., 2001).

Mezi další nástroje určené primárně stárnoucí populaci se řadí *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)* a *In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE)* (Mackenzie, Byles a Higginbotham, 2000; Stark, Somerville a Morris, 2010). *HOME FAST* je časově nenáročný screeningový nástroj, který je rovněž určen pro hodnocení bezpečnosti v domácím prostředí a detekci pádů (Mackenzie, 2016). Hlavním cílem nástroje *I-HOPE* je změřit interakci mezi člověkem a prostředím a sledovat změny ve výkonu jedince po provedení úprav domácího prostředí. *I-HOPE* byl vytvořen jako reakce na nedostatek nástrojů, které by hodnotily funkci ve vztahu k prostředí. Hodnocení je vícestupňové a orientované na klienta. Nejprve klient sám identifikuje činnosti, které jsou pro něj obtížné a zároveň důležité. Následně jsou hodnoceny potencionální bariéry, které by mohly bránit ve výkonnosti klienta (Stark, Somerville a Morris, 2010). Na funkci zaměřený je také nástroj *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER-HOME v.3)* (Chiu et al., 2006). Autoři Weeks, Lamb a Pickens (2010) popisují, že je určen terapeutům, kteří se chtějí zaměřit spíše na hodnocení funkční výkonnosti klienta v domácím prostředí než jen na prosté posouzení fyzických faktorů. Terapeut získává informace prostřednictvím rozhovoru a pozorováním klienta při vykonávání funkčních aktivit v domácím prostředí. *SAFER-HOME v.3* je vhodný pro dospělé a geriatrické klienty, kteří mají fyzický nebo kognitivní deficit a díky tomu omezenou schopnost vykonávat všední denní činnosti v domácím prostředí.

Pokud jsou plánovány stavební úpravy, je vhodné využít nástroj *Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (CASPAR)* (Extended Home Living Services, 2005). Jedná se o hodnocení orientované na klienta. Administrátor se věnuje především všedním denním aktivitám prováděným v domácím prostředí, ale klient může do hodnocení zahrnout také další pro něj problematické oblasti. Klient si rovněž sám určuje, které změny budou provedeny jako první. Data sbírá většinou ergoterapeut nebo jiný rehabilitační pracovník – jedná se o vyplnění formuláře a pořízení fotografií. Tyto informace mohou být následně zaslány architektovi nebo stavebnímu projektantovi k posouzení. Daný odborník poté data analyzuje a navrhuje a plánuje potřebné úpravy. *CASPAR* je poměrně jednoduchý nástroj, ale detailní hodnocení domácího prostředí spolu

s pořizováním fotografií může být časově náročné (Weeks, Lamb a Pickens, 2010). V literatuře často uváděným nástrojem, který je vhodné využít, pokud jsou plánovány větší zásahy do domácího prostředí, je *The Housing Enabler* (Iwarsson, 1999). Koncept *Enabler* byl vytvořen již v roce 1979 profesorem Edwardem Steinfeldem (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). *The Housing Enabler* je plně standardizovaný nástroj pro hodnocení přístupnosti do obydlí, který bere v potaz jak komponentu osobní, tak komponentu prostředí, která je definována platnými stavebními normami (Macháčová a kol., 2014). Hodnocení bylo nejprve systematicky používáno ergoterapeuty v domácnostech klientů ve Švédsku a poté bylo přeloženo do několika jazyků a uplatněno také v několika dalších zemích (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Nástroj byl převeden z původní švédské verze a přizpůsoben normám a směrnicím o dostupnosti bydlení například v Dánsku, Finsku a na Islandu. Vznikla tzv. severská verze nástroje nazvaná *Nordic Housing Enabler* (Helle et al., 2014). Jedná se o velmi obsáhlý dotazník, jehož administrace a vyhodnocení je poměrně náročná a vyžaduje několikadenní proškolení. Nejzávažnějším problémem pro použití v praxi je však skutečnost, že definice bariér vychází ze stavebních norem, a ne z konkrétních situací v domácím prostředí klientů. Hodnotitel je například nucen šířku dveří určit jako bariéru, protože nesplňuje danou normu, ačkoliv klient na vozíku dveřmi projede a subjektivně to jako bariérové nevnímá (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

Domácí prostředí nemusí být hodnoceno pouze u pacientů/klientů s fyzickým postižením. Například nástroj *Home Environmental Assessment Protocol (HEAP)* byl vyvinut pro hodnocení domácího prostředí osob trpících demencí, které žijí se svými pečujícími v jedné domácnosti (Gitlin et al., 2002). Hodnotí se jednak bezpečnost a fyzické bariéry, ale také adaptace domácího prostředí za účelem podpory kognitivního a emocionálního fungování jedince – rozmístění informačních štítků, vizuálních podnětů, známých fotografií nebo jiných osobních věcí (Weeks, Lamb a Pickens, 2010). *HEAP* přináší komplexní informace o tom, zda je prostředí pro klienta s demencí bezpečné a dostatečně stimulující (Gitlin et al., 2002).

1.5.3 Situace hodnocení domácího prostředí v České republice

V České republice je evaluace domácího prostředí pro ergoterapeuty stále novou a poměrně neprobádanou oblastí. Zatím neexistuje žádný standard či doporučený postup,

kteřý by byl ergoterapeutům vodítkem při provádění hodnocení domácího prostředí. V praxi se však objevují materiály a knihy, které se zabývají problematikou bariérovosti prostředí. Mnoho z nich vzniklo v rámci různých projektů nebo z iniciativ organizací či jednotlivců (Rohlenová, 2018). Mezi novější tituly, které již zohledňují a komentují platnou „bezbariérovou“ vyhlášku z roku 2009⁴, lze zařadit například knihu *Budovy bez bariér: návrhy a realizace* (Šestáková a Lupač, 2010) nebo příručku vydanou Ligou vozíčkářů *Bydlení bez bariér*, která je vhodná i pro širokou laickou veřejnost (Poláčková, 2011). Některé materiály o úpravách domácího prostředí, vhodné i pro laiky, vznikly v rámci projektů zaměřených zejména na seniorskou populaci (Česká alzheimerovská společnost, 2004; Danielová a kol., 2015; Grivna a Benešová, 2002; O bydlení, 2009).

Co se samotných hodnotících nástrojů týče, v České republice je možné se v současné době setkat pouze s jediným nástrojem, který se využívá k hodnocení domácího prostředí klienta, a to s hodnocením *SEMAFOR home – Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Jedná se o poměrně novou (2014) českou metodickou příručku, jež je určena především ergoterapeutům, ale i dalším odborníkům pracujícím s osobami s motorickým omezením (Macháčová a kol., 2014). Tato metodika byla inspirována zahraničními hodnotícími nástroji, zejména nástrojem *The Housing Enabler* (Rohlenová, 2018). Slouží k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí s ohledem na aktuální zdravotní stav a konkrétní potřeby a preference daného klienta. Metodika *SEMAFOR home* se skládá celkem ze tří částí – popisná část, subjektivní hodnocení a objektivní hodnocení. Popisná část je vyplňována hodnotitelem a slouží k základní identifikaci klienta (věk, pohlaví, zdravotní stav, používání kompenzačních pomůcek atd.) a popisu prostředí (způsob, charakter, typ bydlení) ve kterém žije. Subjektivní hodnocení vyplňuje klient samostatně a slouží k identifikaci jeho potřeb a preferencí. Jedná se o doplňkovou část, která nemusí být v rámci domácí návštěvy vyplněna. Objektivní hodnocení je stěžejní částí celé metodiky. Cílem je objektivní identifikace existujících bariér a jejich vyhodnocení na základě závažnosti a četnosti potřeby danou bariéru překonávat. Tato část obsahuje celkem 88 položek, které jsou rozděleny do 12 oblastí dle jednotlivých částí domácnosti. Hodnocení probíhá na základě rozhovoru s klientem, pozorování jeho chování v domácím prostředí nebo posouzení konkrétního provedení dané činnosti. K metodice byl rovněž vytvořen

4 tzv. „bezbariérová“ vyhláška č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

elektronický formulář, kdy se objektivní část vyhodnotí automaticky a dojde k barevnému zvýraznění jednotlivých bariér. Barevné označení bariér je jistým připodobněním k barvám semaforu, odtud využívaná zkratka metodiky *SEMAFOR home*. Nejzávažnější bariéry jsou označeny červeně, středně závažné oranžově a nejméně závažně zeleně (Macháčová a kol., 2014). Metodika *SEMAFOR home* je již standardizovaným hodnotícím nástrojem. Validita byla prokázána již v dříve realizovaném projektu. V roce 2018 pak došlo k ověření reliability, a to prostřednictvím ohodnocení 60 domácností (Rohlenová, 2018). Mezi výhody metodiky je možno zařadit skutečnost, že se jedná o aktuální hodnocení, na jehož testování a vývoji se podíleli také ergoterapeuti. Jde o hodnocení, které je pro české uživatele bezplatné, a kromě stěžejní objektivní části obsahuje také část subjektivní, vyplňovanou samotným klientem (Macháčová a kol., 2014). Metodice v současné době chybí větší zapojení a ověření v praxi. Samotné hodnocení je také poměrně složité a časově náročné. Vzhledem k tomu, že ke standardizaci metodiky došlo teprve na konci roku 2017, nebyly dosud publikovány nezávislé odborné články o jejím využívání (Rohlenová, 2018). Nástroj *SEMAFOR home*, zejména co se hodnotících položek týče, se stal podkladem pro praktickou část diplomové práce.

Shrnutí

Lidé se získaným poškozením mozku se musí dennodenně potýkat s různými omezeními v mnoha oblastech jejich života. Míra těchto omezení závisí na místě a povaze poranění. Podle definice České asociace ergoterapeutů (2008): „Ergoterapie 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.“ To by mělo být pro osobu s disabilitou přístupné, bezbariérové a bezpečné. Jednou z možností, jak tyto podmínky splnit, je nechat si prostředí zhodnotit právě ergoterapeutem. Evaluace domácího prostředí, navrhování potřebných úprav a doporučení kompenzačních pomůcek je nedílnou součástí oboru. V České republice je hodnocení domácího prostředí prováděno pouze zřídka. Vzhledem k uvedeným faktům následující praktická část diplomové práce popisuje možnosti ergoterapie v domácím prostředí u klientů se získaným poškozením mozku. Zaměřuje se na význam návštěvy ergoterapeuta u klienta

v jeho domácím prostředí, hodnocení domácího prostředí a vývoj hodnotícího formuláře dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) s důrazem na facilitátory a bariéry.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl diplomové práce a výzkumná otázka

Hlavním cílem diplomové práce je na základě studií a vlastní práce v domácím prostředí osob po poškození mozku navrhnout hodnocení domácího prostředí klienta se získaným poškozením mozku dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Výstupem je formulář pro hodnocení domácího prostředí klienta, který by měl zefektivnit práci ergoterapeuta. Tento formulář je určen především pro vstupní vyšetření.

Dílčím cílem práce je u klientů se získaným poškozením mozku:

1. Identifikovat bariéry domácího prostředí.
2. Určit stávající facilitátory a eventuálně navrhnout další kompenzační pomůcky a úpravy v domácím prostředí k dosažení optimální soběstačnosti.

Výsledkem bude seznam nejčastějších facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku.

Výzkumné otázky diplomové práce jsou stanoveny následovně:

1. „Jaké oblasti a položky hodnocení domácího prostředí jsou zásadní při ergoterapeutické evaluaci bytu?“
2. „Jaké jsou nejčastější bariéry ovlivňující soběstačnost osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí?“
3. „Jaké jsou nejčastější facilitující faktory ovlivňující soběstačnost osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí?“

2.2 Metodologie diplomové práce

2.2.1 Typ práce

Jedná se o kvalitativní výzkum, který je charakterizován jako sběr a analýza nenumerných dat prostřednictvím formálních vědeckých metod (Denzin a Lincoln, 2000). U tohoto typu výzkumu je v centru pozornosti člověk. Hlavní skupinu sběru dat tvoří naslouchání, kladení otázek a získávání odpovědí. Kvalitativní výzkum umožňuje zachytit člověka nebo daný jev v jeho nejširším kontextu (Hendl, 2016).

Jde o případovou studii, která umožňuje detailní studium daného případu, zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti (Hendl, 2016). Byla navázána spolupráce s celkem 6 klienty se získaným poškozením mozku, každý z nich byl pravidelně 1x týdně navštěvován po dobu 3 měsíců. Potřebná data byla získána při práci s klienty v jejich domácím prostředí. Specifikem této práce je skutečnost, že byla pozornost zaměřena zejména na domácí prostředí. Důkladným prozkoumáním několika případů byl postupně vytvářen finální návrh hodnocení domácího prostředí klienta se získaným poškozením mozku dle MKF. Vzhledem ke zvolené metodě analýzy dat (viz níže), kdy byla využita analýza určená předem navrženou kostrou o případu, se konkrétně jedná o semistrukturovanou případovou studii (Hendl, 2016). Výsledky tohoto výzkumu slouží zároveň i pro účely projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s názvem Koordinovaná rehabilitace u pacientů po poškození mozku (GAJU, grant č. 138/2016/S).

2.2.2 Výzkumný soubor

Práce je zaměřena na dospělé klienty se získaným poškozením mozku v subakutní a chronické fázi onemocnění. Výzkumný vzorek tvoří celkem 6 klientů. Počet účastníků studie byl stanoven s ohledem na typ práce a omezené časové možnosti, vzhledem k tomu, že spolupráce s každým klientem probíhala po dobu 3 měsíců. Pro výběr výzkumného souboru byl použit účelový výběr klientů, kteří splňovali přesně stanovená kritéria pro zařazení do výzkumu. Klienti byli oslořováni zejména prostřednictvím vedoucí práce Mgr. Anny Krulové. Jedná se o klienty, kteří mají trvalé bydliště v Praze, a dříve byli pacienti denního stacionáře Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Kritéria pro zařazení do výzkumu

- získané poškození mozku,
- subakutní a chronická fáze onemocnění,
- dospělý klienti – muži i ženy ve věku od 18 let a více,
- možnost intervence v domácím prostředí klienta,
- schopnost klienta fungovat v domácím prostředí (vyřazeni budou klienti, kteří jsou hodnoceni dle FIM jako zcela závislý, viz níže),

- dostatečná úroveň kognitivních funkcí pro pochopení instrukcí a spolupráci klienta (hodnoceno MoCA-CZ1) (Bartoš a kol., 2014).

Kritéria pro vyloučení z výzkumu

- těžké smyslové a fatické poruchy,
- celková závislost klienta – výsledek FIM nižší než 35 bodů (25%),
- kognitivní deficit – výsledek MoCA testu nižší než 18 bodů (Kopeček et al., 2017),
- nespolupráce klienta.

2.2.3 Metoda tvorby dat

V rámci sběru dat byla navázána spolupráce s Bc. Silvií Ptakovou, která se zaměřovala na intervenci v domácím prostředí klienta a interprofesní spolupráci. Z tohoto důvodu byli klienti navštěvováni po dobu 3 měsíců. Autorka práce tak měla možnost navštěvovat klienty opakovaně a utvořit si komplexnější obraz o funkčních schopnostech každého klienta v jeho domácím prostředí. Spolupodílet se na jednotlivých intervencích a během opakovaných návštěv si také ověřit přínos doporučených úprav a facilitátorů.

Praktický průběh realizace

Prvním krokem, který předcházel samotnému sběru dat, bylo zajištění etického hlediska výzkumu a tím i celé práce. Klíčem k účasti klienta ve studii a k zahájení klinického hodnocení je, z právního hlediska nutné, aby klient podepsal informovaný souhlas (Peterová, 2014). V tomto dokumentu klienta informujeme o cíli a podmínkách výzkumu, žádáme o spolupráci na výzkumu a o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu (fotografie, videozáznamy, informace o zdravotním stavu). Celé znění informovaného souhlasu je uvedeno v přílohách diplomové práce. Dalším krokem byla analýza zdravotnické dokumentace klienta, která nám umožnila seznámit se s jeho aktuálním zdravotním stavem, získat přehled o vývoji onemocnění atd. Následovalo vstupní vyšetření, které v autorčině případě zahrnovalo hodnocení soběstačnosti prostřednictvím Funkční míry nezávislosti (Functional Independence Measure – FIM system® Version 5.2) a skrínigové vyšetření kognitivních funkcí pomocí Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1).

Dílčí cíl diplomové práce se dotýká soběstačnosti klientů se získaným poškozením mozku. Objektivním měřítkem, které zachycuje efektivitu spolupráce s klienty, bylo stanoveno již výše zmíněné hodnocení FIM. FIM neboli Funkční míra nezávislosti je standardizované hodnocení disability. Pomocí 7 základních úrovní je určena míra závislosti a požadovaná asistence druhé osoby. Na rozdíl od Barthel indexu je toto hodnocení detailnější a citlivější a obsahuje také kognitivní a psychosociální položky (Svěčená, 2013). Jedním z kritérií pro zařazení do výzkumu bylo dosažení určité úrovně kognitivních funkcí, která předpokládala požadovanou míru spolupráce klienta. Kognitivní funkce byly hodnoceny Montrealským kognitivním testem. MoCA je krátký test kognitivní výkonnosti, který obsahuje 7 subtestů postihujících základní psychické funkce – exekutivní funkce, pojmenování, pozornost, řeč, abstrakce, oddálené vybavení, orientace (Bezdíček a kol., 2014). Autoři Bartoš a kol. (2014) považují test MoCA za poměrně využívaný hodnotící nástroj v ergoterapeutické praxi. Lze ho bezplatně používat pro klinické a výukové potřeby, jednoduše se administruje a vyhodnocuje v přijatelném čase.

Nejrozsáhlejší částí bylo hodnocení domácího prostředí klienta. Domácí prostředí bylo nejprve hodnoceno anamnesticky, a to rozhovorem ergoterapeuta s klientem, eventuálně s rodinnými příslušníky. Při sběru dat byl využit semistrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru se využívá, pokud je potřeba minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Zejména, když se provádí vstupní a výstupní rozhovor v rámci nějakého intervenčního programu a odpovědi je třeba také srovnávat (Hendl, 2016). Jednalo se o vyplňování popisné části nově vznikajícího formuláře, kdy docházelo k mapování základních informací o klientovi a jeho domácím prostředí před započítáním samotného hodnocení. Zjišťován byl způsob bydlení (samostatné, s rodinou, s asistencí), popřípadě také sociální kontakty klienta v blízkém okolí, charakter bydlení (vlastní, pronajaté, podporované, chráněné, jiné) a typ bydlení (přízemní byt nebo byt v patře, mezonetový byt, přízemní nebo vícepodlažní rodinný dům). Zda jsou v interiéru nebo exteriéru schody, jestli je v domě výtah a případně, pokud bylo potřeba, zda se do něj vejde mechanický vozík. Mezi zjišťované informace také patřilo, zda se klient zvládne sám dostat do/z bytu/domu a případně od koho a jak velkou pomoc potřebuje. Dále bylo zjišťováno, zda byly provedeny nějaké bezbariérové úpravy nebo zda má klient v plánu nějaké provést a jaké kompenzační pomůcky vlastní. V neposlední řadě byla pozornost zaměřena na subjektivní hodnocení facilitátorů a bariér domácího prostředí,

zájmy a režim dne. Poslední dvě zmíněné položky pomohly již v začátku nastínit, ve kterých místnostech a jakou činností tráví klient většinu svého času. Charakteristika každého klienta je součástí praktické části diplomové práce, konkrétně kapitoly případové studie.

Poté bylo provedeno samotné hodnocení domácího prostředí, kdy byla využita další metoda sběru dat, a to zúčastněné pozorování. Tento typ pozorování se využívá při případových studiích, které se zaměřují na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu. Pozorovatel není pasivní, nestojí mimo zkoumanou oblast. Je v osobním kontaktu s pozorovaným, sbírá data, zatímco se účastní přirozeně se vyvíjejících situací (Hendl, 2016). Při provádění hodnocení domácího prostředí si autorka všímala terénu v okolí domu, vstupu do obydlí (přístupová cesta, schody, dveře, práh), popřípadě výtahu (velikost, šířka, přístup do výtahu, ovládací panely) a vstupu do domácnosti. Pozornost byla zaměřena také na domácí telefon a poštovní schránku. Uvnitř bytu/domu pak byla hodnocena velikost, společné prvky domácnosti (výškové rozdíly v rámci podlaží, schodiště, úzké prostory, úložné prostory, okna, ovládací prvky domácnosti) a poté jednotlivé místnosti a jejich přístupnost. Zřetel byla brána také na povrch podlahové krytiny, zejména z důvodu potenciálního rizika pádu. Opomíjeny nebyly v případě potřeby ani technické prostory (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory) a prostory venkovní (zahrada, terasa, balkón). Ze začátku měla autorka snahu postupovat při hodnocení dle jednotlivých místností, projít všechny položky, a to u všech klientů, nehledě na jejich funkční stav a způsob bydlení. Postupem času, vzhledem k vývoji formuláře, zvolila individuální přístup ke každému klientovi a vše bylo posuzováno komplexně a v souvislostech. Prostor byl hodnocen ve vztahu, k pADL (z angl. Personal Activities of Daily Living, personální všední denní činnosti) a iADL (z angl. Instrumental Activities of Daily Living, instrumentální všední denní činnosti) aktivitám, v úvahu byl brán klientův denní režim, životní styl, zájmy a zvyklosti. Autorka hodnotila jednak bariérovost prostředí, riziko pádu a následně klientovi v případě potřeby doporučila vhodné kompenzační pomůcky nebo navrhla úpravy prostředí. Soustředila se však převážně na vývoj formuláře pro hodnocení domácího prostředí. Pozorování bylo vždy doplněno o terénní poznámky a fotodokumentaci. Vzhledem k dlouhodobějšímu docházení za klientem a spoluprací se spolužačkou, která se zaměřovala na intervenci v domácím prostředí, neproběhlo celé hodnocení během první návštěvy. Hodnocení prostředí a práce na vývoji formuláře se prolínala s jednotlivými terapiemi.

2.2.4 Metoda analýzy dat

Při analýze dat se snažíme dát smysl nashromážděným údajům z případové studie. Obecně se lze přiklonit ke dvěma různým způsobům. Je možno postupovat více holisticky, nebo více analyticky – kódováním. Autorka se ve své práci zaměřila mimo jiné také na analýzu pomocí kódování. Jako hlavní metoda analýzy dat byla zvolena analýza předem navrženou kostrou o případu (Hendl, 2016).

Na základě výzkumných otázek je navržena kostra zprávy – v autorčině případě se jednalo o formulář hodnocení domácího prostředí, která určuje sběr dat i analýzu. Při sběru dat, ale také analýze literatury, si autorka práce pravidelně zaznamenávala terénní poznámky, se kterými pak dále pracovala. Další fází byl přepis nashromážděných dat a jejich analýza pomocí kódování, zobrazení a průběžný souhrn dosavadních poznatků v podobě závěru. Následovalo vytváření závěrečné zprávy – nového formuláře. Autorka pak dále u nového klienta pracovala s dosavadními poznatky a novým formulářem. Celý tento proces měl tedy iterativní charakter, postupně byla vylepšována aktuální zpráva (formulář hodnocení domácího prostředí) až do konečné podoby.

2.3 Případové studie

Spolupráce s jednotlivými klienty probíhala dlouhodobě, kdy se samotné hodnocení domácího prostředí a práce na formuláři, prolínalo s jednotlivými terapiemi. Postup své práce při vývoji formuláře proto autorka detailněji ilustruje prostřednictvím případových studií. V úvodu je vždy uvedena charakteristika klienta. Jedná se o informace, které autorka získala prostřednictvím rozhovoru s klientem při prvním setkání a které odpovídají popisné části formuláře. Tyto informace jsou doplněny o výsledky vstupních testů – FIM a MoCA. Dále je prezentován postup práce při vývoji samotného formuláře – z jakého důvodu autorka postupovala, jak postupovala, jaké otázky si kladla, co jí bylo inspirací. Následuje ukázka spolupráce s klientem při řešení zásadních otázek v jeho domácím prostředí. Touto částí by chtěla autorka poukázat na skutečnost, jak zásadní je, aby ergoterapeut pracoval v domácím prostředí klienta. V některých případech není možné daný problém řešit jiným způsobem. V závěru jsou shrnuty poznatky, které vyplývají z práce na formuláři, a je zde také nastíněn další postup

práce směrem k následujícímu klientovi. V rámci jednotlivých případových studií je, pro větší přehlednost textu, část popisující průběh vývoje formuláře odlišena kurzívou.

2.3.1 Případová studie 1

Charakteristika klienta

Klientem 1 byl muž, věk 34 let, který v roce 2014 utrpěl rupturu aneurysmatu a. cerebri media vpravo. Následkem je obraz spastické hemiparézy až hemiplegie vlevo. Klient je plně závislý v personální i instrumentální všedních denních činnostech na dopomoci druhé osoby. Ve většině případů klientovi pomáhá jeho matka, která je s ním doma. V hodnocení FIM získal 59/126 b. (43,83 %) s průměrnou hodnotou položky 3,28. Tyto hodnoty značí pásmo maximální závislosti. Přičemž v oblasti hodnocení motorických položek dosáhl na 30/91 b. (32,97 % = maximální závislost) a průměrnou hodnotou 2,31. V oblasti kognitivní získal 29/35 b. (82,86 % = modifikovaná nezávislost) s průměrnou hodnotou 5,80. K lokomoci využívá mechanický vozík s vysokou zádovou opěrkou, pohyb je možný pouze s asistencí druhé osoby, k přesunu na vozík využívá v domácím prostředí zvedák. Mezi další kompenzační pomůcky patří polohovací postel, toaletní křeslo, stolek k lůžku, francouzský podavač a skluzná deska. Klient je plně orientován, komunikující, adekvátně spolupracující, bez kognitivního deficitu. Výsledek MoCA testu 27/30 b. značí pásmo normálu. Klient chyboval v položce „prostorová orientace“, kdy nezvládl logicky propojit číslice a písmena. Dále měl problém vypsat číslice na ciferníku hodin, a to zejména na levé straně (chyběly číslice 7, 8 a 10). V ostatních položkách nebyly shledány žádné potíže. Dle matky došlo ke změně osobnosti, klient údajně jeví rysy obsedantně kompulzivního chování. Žije s rodiči, v bytě 3+1, v 5. patře panelového domu s výtahem. Do bytu se rodina přestěhovala po úrazu klienta a byly zde částečně provedeny bezbariérové úpravy. Došlo zejména k rekonstrukci koupelny a WC, byly odstraněny prahy. Subjektivně jako největší bariéru rodina vnímá nevyhovující výtah pro rozměrný mechanický vozík. Většinu dne klient tráví ve svém pokoji na polohovací posteli, sleduje televizi nebo je na internetu. Je také velkým fanouškem hokeje a fotbalu, občas s přáteli navštěvuje různá sportovní utkání. Mezi jeho sociální kontakty patří přátelé, kteří ho pravidelně navštěvují, 2-3x týdně ke klientovi dochází fyzioterapeut a 1x týdně jeho babička.

Proces hodnocení domácího prostředí

Vstupní vyšetření u prvního klienta bylo provedeno již v prosinci 2016, klient byl poté pravidelně navštěvován od ledna do začátku dubna 2017. V té době autorka ještě neměla absolvován kurz MKF, práce v domácím prostředí pro ni bylo něco zcela nového a paralelně s pravidelnými návštěvami u klienta byla započata první analýza literatury. Sběr dat nejprve probíhal rozhovorem autorky s klientem a rodinnými příslušníky, zejména matkou. Účelem bylo, před samotným hodnocením a zaměřením pozornosti na domácí prostředí, získat od klienta základní informace. Hned na začátku byla snaha tyto informace nějakým způsobem strukturovat, aby bylo možné u každého klienta následně postupovat stejným způsobem. Autorka se inspirovala dotazníkem popisné části hodnocení SEMAFOR home a zápisy ze vstupního hodnocení domácího prostředí ergoterapeutek pracujících na Klinice rehabilitačního lékařství na Albertově. Vznikla první verze popisné části záznamového formuláře v programu Microsoft Office Word (viz příloha č. 3). Poté bylo provedeno hodnocení domácího prostředí, kdy byla využita další metoda sběru dat a to zúčastněné pozorování. Hodnocení probíhalo zejména v rámci jednotlivých terapií v domácím prostředí, autorka ještě neměla určenou strukturu, snažila se hodnotit všechny místnosti a všimnout si problémových oblastí. Následně byly zjištěné informace zobrazeny v podobě průběžného souhrnu (viz níže).

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

Byt je částečně bezbariérově zařízen, klient má přístup do všech místností, není však schopen samostatného pohybu po bytě. Potřebuje pomoc s přesunem na mechanický vozík, většinou je přesouván pomocí zvedáku, mechanický vozík není schopný sám ovládat. Byt je po celkové rekonstrukci – dostatečná šířka dveří pro průjezd mechanického vozíku, bez prahů, kobereců, úprava koupelny a WC. Bariérovou místností zůstává kuchyně, klient však tuto místnost nevyužívá. Zásadním problémem je nevyhovující výtah v domě, z tohoto důvodu má klient také nevyhovující mechanický vozík. Je problematické najít vhodný mechanický vozík, který by měl zároveň takové rozměry, aby se vešel do výtahu.

Exteriér: bezbariérový vstup do domu

Interiér:

Pokoj: klient má v pokoji polohovací postel s hrazdou, ve které tráví většinu dne (postel zvládne ovládat sám), u postele má přílůžkový stolek, který často využívá, v pokoji je umístěn také elektrický zvedák (přesuny) a toaletní křeslo (přesuny na WC a do koupelny)

Ložnice: rodičů, klient místnost nevyužívá

WC: bezbariérové úpravy – posuvné dveře

Koupelna: bezbariérové úpravy – posuvné dveře, bezbariérový sprchový kout

Obývací pokoj: klient zde netráví skoro žádný čas, ale obývací pokoj je spojovací místností s kuchyní, v místnosti je dostatečný prostor pro průjezd do kuchyně

Kuchyně: malý prostor, kuchyně není bezbariérově řešena – klient místnost nevyužívá, úpravy jsou vzhledem k malému prostoru špatně řešitelné a pro klienta nejsou vzhledem k soběstačnosti zásadní

Chodba: úzká, ale přesto dostatečný prostor pro průjezd mechanického vozíku

Bariéry: kuchyně – přístup ke dřezu (pod kuchyňskou linkou jsou umístěny skříňky, není zde prostor pro mechanický vozík), myčka na nádobí není v dosahové vzdálenosti klienta (je umístěna ve vyšších polohách na lednici), mikrovlnná trouba je umístěna v rohu místnosti, klient k ní nemá přístup; výtah – velice úzký vstup do výtahu, výtah je celkově poměrně malý (prostor zmenšuje také nevhodně umístěné čidlo), klient jezdí výtahem s matkou – problémové a časově náročné je dostat klienta na mechanickém vozíku do výtahu, samotná přeprava klienta na mechanickém vozíku spolu s další osobou je téměř nemožná, klient se nemůže přepravovat sám

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

U klienta jsme řešily situaci s nevyhovujícím výtahem, který znamenal značnou bariéru. Rodina klienta kvůli výměně výtahu oslovila bytové družstvo, avšak neúspěšně. Výměna výtahů ve všech vchodech panelového domu je naplánovaná na určitý rok a z jejich pohledu není možné udělat výjimku. V této záležitosti byla navázaná spolupráce také s Klinikou rehabilitačního lékařství Albertov, kam klient pravidelně docházel na fyzioterapii. Byla přizvána firma, která provádí revizi výtahů, aby celou situaci zhodnotila a navrhla potřebné změny. Rodina tedy měla odborné písemné posouzení a znovu se snažila oslovit bytové družstvo, žádost byla opět zamítnuta. Na této situaci je jasně vidět, že velkou bariérou mohou být také jednotlivé postoje lidí, v tomto případě sousedů

a společenství. A že zdánlivě řešitelná situace se náhle stává bezvýchodnou. Autorka v této záležitosti sepsala závěr z hodnocení domácího prostředí (viz níže).

Klient bydlí v bytě, který se nachází v 5. patře panelového domu. Žije s rodiči a je plně závislý na dopomoci druhé osoby v personálních i instrumentálních běžných denních činnostech. Klient se pohybuje na mechanickém vozíku, pohyb a přesun na vozík je možný pouze s asistencí druhé osoby, k přesunu na vozík využívá v domácím prostředí zvedák. V rámci evaluace bytu klienta byly hodnoceny bariéry domácího prostředí a jako zásadní problém se jeví výtah v domě. Výtah je poměrně malý – šířka dveří 69 cm, šířka kabiny 80 cm, délka kabiny 95 cm. Prostor zmenšuje také nevhodně umístěné čidlo (délka kabiny bez zásahu do prostoru čidla činí 88 cm). Při i nepatrném zásahu do prostoru čidla se výtah okamžitě zastaví, často se zasekne v mezipatře. Pro klienta je výtah zcela nevyhovující z hlediska limitujícího prostoru pro rozměrný mechanický vozík, kdy je nutná demontáž stupaček. Problémové a časově náročné je také dostat klienta na mechanickém vozíku do výtahu. Samotná přeprava klienta spolu s doprovázející osobou je velmi nekomfortní, klient se nemůže vzhledem ke zdravotnímu stavu připravovat sám. Další problém, který s sebou nevyhovující výtah nese je výběr vhodného mechanického vozíku pro klienta. Rozměry mechanického vozíku se musí slučovat s rozměry výtahu, výběr je tímto velice limitován a vybrat vhodný mechanický vozík je prakticky nemožné. Mechanický vozík by měl klientovi zajistit správnou pozici sedu, zabránit tak vzniku sekundárních změn a dalším nežádoucím zdravotním komplikacím a také zefektivnit manipulaci s mechanickým vozíkem pro doprovázející osobu. Klient spolu s matkou dojíždí někdy i několikrát týdně na rehabilitaci nebo lékařské prohlídky, které jsou s ohledem na klientův zdravotní stav nezbytné. I přes problémy spojené s mobilitou je klient společensky aktivní. Je velkým sportovním fanouškem, rád navštěvuje zejména hokejová utkání, radost mu přináší také trávit čas mimo domov s přáteli. Vzhledem k problematické přepravě klienta výtahem, fyzické náročnosti této přepravy pro doprovázející osobu (ve většině případů matka) a nevyhovujícímu mechanickému vozíku, se klient nemůže svým společenským aktivitám věnovat v takové míře, jaké by chtěl, a jaká by byla v rámci participace žádoucí.

Přehled faktorů prostředí

Po absolvování kurzu MKF, který probíhal v únoru a dubnu 2017, autorka začala uvažovat, jak do své diplomové práce, respektive hodnotícího formuláře, zařadit také tuto klasifikaci. U klienta si sepsala veškeré možné facilitující faktory a bariéry a následně k nim přiřazovala vhodné kódy. Přehled je uveden v tabulce č. 3. Před každou položkou je uvedeno znaménko, které značí, zda se jde o facilitátor (+) či bariéru (-). Jednalo se o první pokus pracovat s MKF, další snaha o zařazení klasifikace do hodnotícího formuláře je prezentována v následujících případových studiích.

Facilitující faktory: matka, otec, babička, přátelé, fyzioterapeut, pes, rehabilitace, mechanický vozík, zvedák, toaletní křeslo, skluzná deska, polohovací postel, stolek k lůžku, francouzský podavač, bezbariérové úpravy bytu – koupelna (posuvné dveře, bezbariérový sprchový kout, odstranění prahu) a WC (posuvné dveře, odstranění prahu), mobilní telefon (internet), Nintendo Wii, léky, automobil, ID 3. stupně, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu

Bariéry: výtah, postoje sousedů a společenství

Produkty a technologie
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky (+)
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>polohovací postel, (+) stolek k lůžku, (+) francouzský podavač, (+) skluzná deska, (+) bezbariérový sprchový kout</i>
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1200 Obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>automobil</i> e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>mechanický vozík, (+) zvedák, (+) toaletní křeslo</i>
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - (+) <i>mobilní telefon (internet)</i>
e 140 Produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport e 1400 Obecné produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport - (+) <i>Nintendo Wii</i>
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití

- (-) <i>výtah</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - (+) <i>posuvné dveře, (+) odstranění prahů (koupelna a WC)</i>
Podpora a vztahy
e 310 Nejbližší rodina - (+) <i>matka, (+) otec, (+) babička</i>
e 320 Přátelé (+)
e 350 Domácí zvířata (+)
e 355 Zdravotničtí pracovníci (+)
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny (+)
e 420 Jednotlivé postoje přátel (+)
e 425 Jednotlivé postoje známých, vrstevníků, kolegů, sousedů a členů společenství - (-) <i>sousedé, společenství vlastníků – negativní postoj při realizaci bezbariérových úprav výtahu</i>
Služby, systémy a principy řízení
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení e 5700 Služby sociálního zabezpečení - (+) <i>ID 3. stupně, (+) příspěvek na péči, (+) příspěvek na mobilitu</i>
e 580 Zdravotnické systémy a principy řízení e 5800 Zdravotnické služby - (+) <i>rehabilitace</i>

Tabulka č. 3 – MKF Faktory prostředí, klient 1

Závěr

U prvního klienta byla částečně vytvořena popisná část formuláře. Snahou autorky bylo také nějakým způsobem strukturovat další části formuláře a vytvořit si v programu Microsoft Office Word šablonu, podle které by mohla postupovat u dalšího klienta, a tak samotný sběr dat urychlit. Zvažovala, zda při hodnocení domácího prostředí postupovat podle jednotlivých místností a projít opravdu vše. U klienta 1 se například jako bariérová ukázala kuchyně, ale klient tuto místnost prakticky nevyužívá a případné úpravy by pro klienta nebyly vzhledem k soběstačnosti zásadní. Také přemýšlela nad jednou z výzkumných otázek, tedy jaké oblasti a položky hodnocení domácího prostředí jsou opravdu zásadní a na co všechno zaměřovat pozornost. Inspirací, co se hodnotících položek týče, se při dalším postupu práce stalo hodnocení SEMAFOR home. Autorka se prozatím rozhodla při hodnocení postupovat dle jednotlivých místností a vytvořila si pracovní verzi formuláře, inspirovanou již zmíněným českým hodnocením, kterou testovala u následujícího klienta.

2.3.2 Případová studie 2

Charakteristika klienta

Klientkou 2 byla žena, věk 43 let, s diagnózou st.p. resekci glioblastomu parafalcinně vlevo, operace proběhla v roce 2009. Nyní obraz pravostranné hemiparézy, s převažujícím motorickým omezením dolních končetin. Přítomna také ataxie a problémy s koordinací horních končetin. Klientka má v anamnéze mimo jiné také recidivující pády, prognóza onemocnění je nejistá, od roku 2009 je v dispenzarizaci Neurochirurgie ÚVN. Výsledek hodnocení FIM 90/126 b. (71,43 %) s celkovým průměrem 4,94 značí pásmo mírné asistence. V oblasti hodnocení motorických položek získala klientka 61/91 b. (67,03 % = mírná asistence – potřebuje větší fyzickou asistenci) a dosáhla průměrné hodnoty 4,69. V kognitivní oblasti dosáhla na výsledek 28/35 b. (80 % = minimální slovní dopomoc) a průměrnou hodnotu 5,60. Klientka využívá dopomoc 2 ošetřovatelek, které k ní docházejí pravidelně 1x týdně, zejména při celotělové hygieně, kterou provádí v sedě na sedačce na vanu. Pro lokomoci využívá mechanický vozík, pohyb v interiéru je možný samostatně, nedostane se však do koupelny a na WC. Pohyb v exteriéru možný pouze s dopomocí druhé osoby, kdy je pasivně vezena. S oporou o horní končetiny zvládne ujít pár kroků, to využívá pro přesuny do koupelny a na WC, kde má instalovaná přísavná madla. Z kompenzačních pomůcek klientka dále využívá ochrannou helmu, kvůli zvýšenému riziku pádu. Doma má také protiskluzovou podložku do koupelny, 1 francouzskou berli a čtyřbodovou berli. Klientka je orientovaná osobou a místem, s orientací v čase si je sama vědoma limitací. Z tohoto důvodu využívá kalendář, do kterého si zapisuje veškeré potřebné informace. Je komunikující, občas jsou její odpovědi neadekvátní a lehce zmatené. Subjektivně uvádí problémy s dlouhodobou pamětí. Výsledek MoCA testu 25/30 b. značí mírné obtíže v kognitivní oblasti. Klientka má problémy s orientací v čase, s krátkodobou a dlouhodobou pamětí. Žije sama, v bytě 3+1, který má v osobním vlastnictví, v 8. patře panelového domu s výtahem. V bytě došlo k renovaci koupelny a WC, ale již v roce 2006, tedy před nynějším onemocněním klientky. Klientka subjektivně vnímá jako největší bariéru v bytě koupelnu, konkrétně to, že se sama nedostane do vany. Za jednoznačný facilitátor označuje mechanický vozík. Veškerý svůj volný čas tráví v obývacím pokoji na pohovce, která slouží zároveň i jako postel. Kde si čte a v odpoledních a večerních hodinách sleduje televizi. V nepravidelných

intervalech, přibližně 1x za měsíc, klientku navštěvuje její bývalý přítel nebo některý z rodinných příslušníků.

Proces hodnocení domácího prostředí

Klientka byla pravidelně navštěvována od listopadu 2017 do ledna 2018. V období mezi prvním a druhým klientem autorka spolu s Bc. Silvií Ptakovou navštěvovala klienta, který z důvodu odlišné diagnózy od cílové skupiny, nebyl do diplomové práce zařazen. Autorka však při práci s klientem získala cenné zkušenosti a odnesla si poznatky, se kterými dále pracovala. Rovněž se podílela na terapiích u klientky, u které hodnocení domácího prostředí proběhlo z organizačních důvodů až později. Jedná se o klientu, jejíž kazuistika bude následovat. Sběr dat u klientky 2 byl zahájen rozhovorem autorky s klientkou, kdy byla využita popisná část záznamového formuláře. Autorka tak rychle získala potřebné základní informace a pozornost mohla být zaměřena na domácí prostředí. Do popisné části záznamového formuláře byly přidány další položky. Tyto položky již v začátku pomohly nastínit, ve kterých místnostech, jakou činností a popřípadě také s kým, tráví klient většinu svého času. Konkrétně se jednalo o zájmy, režim dne a sociální kontakty. Poté bylo provedeno samotné hodnocení domácího prostředí. Ke sběru a zaznamenávání dat byla využita pracovní verze formuláře inspirovaná hodnocením SEMAFOR home. Autorka se inspirovala položkami tohoto hodnocení, aby si udělala představu, na co všechno zaměřit svou pozornost. Hodnoceny byly postupně a velice detailně všechny místnosti v bytě. Pracovní verze formuláře obsahovala celkem 88 hodnotících položek. Autorka u každé relevantní položky zaznamenávala pouze, zda se jedná o bariéru či nikoli, psala si poznámky a pořizovala fotografie. V přílohové části práce (příloha č. 4) je ukázka jedné místnosti, koupelny, a všech hodnotících položek. Hodnocení bylo velice obsáhlé a časově náročné a neproběhlo pouze během jedné návštěvy. V podobě souhrnné zprávy (viz níže) jsou dále prezentovány zjištěné informace, zejména bariéry domácího prostředí klientky.

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

V interiéru se klientka pohybuje samostatně na mechanickém vozíku. S mechanickým vozíkem se však kvůli nedostatečné šířce dveří nedostane do koupelny a na WC. V obou místnostech má umístěna přísavná madla, s oporou o horní končetiny zvládne udělat pár kroků. Z bytu se s většími obtížemi dostane a to až do přízemí

k poštovní schránce. Z domu se již klientka sama nedostane, potřebuje dopomoc druhé osoby, aby překonala vchodové dveře a nájezdovou rampu. V exteriéru je poté pasivně vezena. Při hodnocení domácího prostředí bylo detekováno také několik dalších bariér, kvůli kterým klientce hrozí zejména zvýšené riziko pádu. Níže jsou jednotlivé bariérové oblasti podrobněji popsány.

Vstup do obydlí

Přístupová cesta: 6 schodů nebo nájezdová rampa – nevhodný sklon, zatáčka, bez zábradlí; klientka nevládne překonat sama, potřebuje dopomoc druhé osoby

Výška prahu: práh je minimální, přesto představuje bariéru, klientka musí jet pozadu, aby práh překonala

Způsob otevírání/zavírání dveří: dveře jsou těžké, zavírají se, klientka nevládne překonat sama

Vstup do domácnosti

Manipulační prostor v okolí dveří: problém je uvnitř bytu, v okolí dveří nesmí být žádné předměty

Výška prahu: práh je zvenku poměrně vysoký, zevnitř minimální, klientka musí jet pozadu, aby práh překonala, problematické je zavřít dveře

Způsob otevírání/zavírání dveří: vadí práh, špatná dosahová vzdálenost na kliku při zavírání dveří z venkovní strany, klientka využívá klíčenku, aby si dveře přitáhla, ne vždy se to podaří

Domácí telefon: umístěn vysoko, klientka na něj dosáhne, ale hrozí riziko pádu, již několikrát upadla

Poštovní schránka: je umístěna vysoko, aby byla klientka schopna schránku otevřít, musí se postavit, hrozí riziko pádu

Koupelna

Šířka/typ dveří: úzké dveře, klientka do koupelny s mechanickým vozíkem neprojde; šířka dveří 64 cm, šířka mechanického vozíku 65 cm

Manipulační prostor v koupelně: malá koupelna, nedostačující prostor pro mechanický vozík

Konstrukce/velikost vany: atypický tvar vany, vana opatřena klasickou sedačkou na vanu, klientce nevyhovuje, i s dopomocí se necítí stabilní, obává se pádu

WC

Šířka/typ dveří: úzké dveře, klientka na WC s mechanickým vozíkem neprojde; šířka dveří 64 cm, šířka vozíku 65 cm

Manipulační prostor na WC: malé WC, prakticky žádný manipulační prostor, klientka nechává otevřené dveře, má zde instalována 2 přísavná madla

Umístění toalety: toaleta je nízká, klientce se obtížné vstává

Kuchyně a prostor pro stravování

Prostor pod pracovní deskou: zaplněný prostor, jsou zde umístěny skříňky, v případě potřeby se musí klientka postavit, hrozí riziko pádu

Prostor pod dřezem: zaplněný prostor, jsou zde umístěny skříňky, klientka umývá nádoby ve stoji, hrozí riziko pádu

Umístění kuchyňských spotřebičů: lednice je umístěna vysoko, aby se klientka do lednice dostala, musí se postavit, není se čeho chytit, hrozí riziko pádu

Ergonomie jídelního stolu: s mechanickým vozíkem se klientka pod stůl nedostane, na židli se necítí stabilně, hrozí riziko pádu, jídelní stůl z tohoto důvodu nevyužívá

Ložnice:

Umístění/konstrukce postele: velká manželská postel je umístěna uprostřed místnosti, po stranách není dostatečný prostor pro mechanický vozík, klientka se na postel nepřesune, spí v obývacím pokoji na pohovce

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

Klientka subjektivně vnímá jako největší bariéru v bytě koupelnu. Konkrétně to, že se sama nedostane do vany. Při celotělové hygieně využívá sedačku na vanu a dopomoc 2 ošetřovatelek, ale i přesto se necítí komfortně a obává se pádu. Z tohoto důvodu byla pozornost zaměřena zejména na řešení této nevyhovující situace. Vana má atypický tvar a vybrat sedačku, která by zde seděla a zároveň klientce vyhovovala, je značně problematické. S klientkou byla zároveň obtížnější spolupráce. Na jedné straně by si přála vyřešit bariérové oblasti, na straně druhé je zvyklá na určitý stereotyp, který je pro ni v jistých ohledech komfortní a nechce jej měnit. Jednalo se například o odmítnutí nácviku možných přesunů do vany. Přesto se nám podařilo vyzkoušet otočnou sedačku na vanu, o které jsme se domnívaly, že by pro klientku mohla být přijatelnější. Sedačka klientce nevyhovovala a rozhodla se zůstat u stávající situace. Kvůli úzkým dveřím se klientka na mechanickém vozíku do koupelny nedostane. Nyní zvládne s oporou o horní

končetiny, kdy využívá zejména přísavná madla, udělat pár kroků a do koupelny se tímto způsobem dostat. Zdravotní stav klientky je však nejistý a nevíme, zda bude i nadále tohoto přesunu schopna. V koupelně je rovněž malý manipulační prostor pro mechanický vozík. Klientka často měnila svůj postoj a přání. Někdy měla reálný náhled na svou situaci a nejistou budoucnost a mluvila o rekonstrukci koupelny a výměně vany za bezbariérový sprchový kout. Jindy tvrdila, že ji to takhle vyhovuje, že se její stav brzy zlepší. O možnosti rekonstrukce jsme spolu však mluvily. Klientce jsme vysvětlily, co by to případně obnášelo a že se v případě zájmu může obrátit na ergoterapeutky z Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově. Stejná situace jako u koupelny je také v případě WC. Další věcí, na kterou jsme narazily, byla přísavná madla. Klientka je využívá a jsou značným facilitujícím prvkem, ale nejsou zcela vyhovující. Pořádně nedrží, často se odlepí a upadnou. Klientka poté kontaktuje otce, aby je opět připevnil. Klientce byla nabídnuta možnost kontaktovat firmu pro instalaci individuálně řešených madel. Snažily jsme se zabezpečit také situace, při kterých hrozí zvýšené riziko pádu. A to umístění domácího telefonu do nižších míst, možnost výměny poštovní schránky se sousedkou (mají spolu dobrý vztah) o úroveň níž a pořízení násadce na WC pro lepší vstávání. Klientku jsme se rovněž pokoušely motivovat ke změnám, které by vedly k úpravě jejího denního režimu. Doporučeno bylo vyměnit jídelní stůl, aby bylo možné pod něj vjet s mechanickým vozíkem a využívat ho při stravování. A k výměně postele za jednolůžko, aby klientka nemusela nadále spát na pohovce v obývacím pokoji. S klientkou byla vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu, zejména problémech v krátkodobé a dlouhodobé paměti, a nízkému zapojení rodiny obtížnější spolupráce. Větším zásahům a úpravám domácího prostředí také brání tíživá finanční situace klientky. Veškeré návrhy úprav domácího prostředí byly s klientkou řádně probrány a byly rovněž předány v písemné podobě, aby se na změnách mohla případně podílet také rodina.

Přehled faktorů prostředí

Postup při práci s MKF byl prozatím stejný jako u klienta 1. Autorka si sepsala veškeré možné facilitující faktory a bariéry domácího prostředí klientky a následně k nim přiřazovala vhodné kódy. Přehled zobrazuje tabulka č. 4.

Facilitující faktory: ošetrovatelský personál, sousedka, bývalý přítel, sestra, otec, králík, donášková služba – nákupy, mechanický vozík, sedačka na vanu, přísavná madla, ochranná helma, léky, kalendář, mobilní telefon, ID 3. stupně, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení

Bariéry: vstup do obydlí – schody, nájezdová rampa, prahy, těžké vstupní dveře, vstup do domácnosti – dveře, práh, koupelna a WC – nedostatečná šířka dveří, jídelní stůl, postel

Produkty a technologie
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky (+)
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>ochranná helma</i> , (+) <i>kalendář</i> , (-) <i>jídelní stůl</i> , (-) <i>postel</i> e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>sedačka na vanu</i> , (+) <i>přísavná madla</i>
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>mechanický vozík</i>
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - (+) <i>mobilní telefon</i>
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití - (-) <i>vstup do obydlí – schody, nájezdová rampa, práh, dveře</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - (-) <i>vstup do domácnosti – dveře, práh; (-) koupelna a WC – šířka dveří</i>
Podpora a vztahy
e 310 Nejbližší rodina - (+) <i>sestra</i> , (+) <i>otec</i>
e 320 Přátelé (+)
e 325 Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství (+)
e 350 Domácí zvířata (+)
e 355 Zdravotničtí pracovníci (+)
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny (-)
Služby, systémy a principy řízení
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení e 5700 Služby sociálního zabezpečení - (+) <i>ID 3. stupně</i> , (+) <i>příspěvek na péči</i> , (+) <i>příspěvek na mobilitu</i> , (+) <i>příspěvek na bydlení</i>
e 575 Služby, systémy a principy řízení obecně sociální podpory

e 5750 Služby obecné sociální podpory - (+) donášková služba – nákupy
e 580 Zdravotnické systémy a principy řízení e 5800 Zdravotnické služby (+)

Tabulka č. 4 – MKF Faktory prostředí, klient 2

Závěr

Popisná část formuláře hodnocení domácího prostředí byla rozšířena o položky zájmy, režim dne a sociální kontakty. U druhého klienta si autorka potvrdila, že již nadále nechce při sběru dat postupovat po jednotlivých místnostech a detailně hodnotit všechny položky. V praxi se ukázalo, že záleží, za jakým účelem je domácí návštěva provedena. Jaký je funkční stav klienta a zda žije sám nebo sdílí domácnost s někým dalším. Ne vždy, je tedy nutné hodnotit všechny místnosti a položky. Inspirací hodnocením SEMAFOR home autorka získala představu, na co všechno je možné zaměřovat pozornost. Dále se však chtěla ubírat jiným směrem. Při práci s klientem v jeho domácím prostředí je důležité si hned na začátku zjistit jeho funkční schopnosti v tomto prostředí. S každým jedincem bylo tedy vždy při vstupním vyšetření provedeno hodnocení FIM. V rámci tohoto hodnocení a potřeby si nechat určité činnosti předvést, jsme se dostali do jednotlivých místností. Autorce tedy přišlo praktické tato dvě hodnocení nějakým způsobem propojit. Tedy nepostupovat při hodnocení domácího prostředí podle jednotlivých místností, ale začít funkčním hodnocením a v rámci něho si také zjišťovat bariéry a facilitátory prostředí. Autorka také chtěla více pracovat s MKF, proto směrem k dalšímu klientovi zvažovala, jak do formuláře zařadit také tuto klasifikaci.

2.3.3 Případová studie 3

Charakteristika klienta

V pořadí třetí klientkou byla žena, věk 44 let, s diagnózou recidivující tumor mozku. V roce 2005 podstoupila operaci frontálně uloženého astrocytomu. Došlo k resekci tumoru, dekompresní kraniektomii a výrazné devastaci mozkové tkáně. Nyní obraz centrální hemiparézy až hemiplegie s akcentací na LHK. Od roku 2007 je v domácím prostředí. Klientka již několikrát absolvovala denní stacionář Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově a navštěvovala také Ergoaktiv. Výsledek hodnocení FIM 88/126 b. (69,84 %) s celkovým průměrem 4,89 značí pásmo mírné

asistence. V motorické oblasti dosáhla klientka na 61/91 b. (67,03 % = mírná asistence) a průměrnou hodnotu 4,69. V oblasti hodnocení kognitivních položek získala 27/35 b. (77,14 % = minimální slovní dopomoc) s průměrnou hodnotou 5,40. Klientka využívá dopomoc matky, zejména při koupání, které probíhá v sedě na sedačce ve sprchovém koutě. Dopomoc je nutná také s přesunem do sprchového koutu, kdy klientka nezávládne samostatně překonat malý schůdek. S oporou o vysoké chodítko a v doprovodu další osoby zvládne ujít přibližně 20 m. Pro lokomoci v interiéru však běžně využívá mechanický vozík, kdy se odráží PDK. V exteriéru se na krátké vzdálenosti pohybuje na mechanické vozíku, kdy je vezena, nebo elektrickém vozíku za doprovodu další osoby. Mezi další využívané kompenzační pomůcky můžeme zařadit polohovací postel, madla na WC a ve sprchovém koutě, protiskluzovou podložku, houbu na prodloužené rukojeti, podavač, dlahu na LDK, kuchyňské fixační prkénko a schodišťovou plošinu. Klientka je orientovaná osobou, místem i časem. Pro orientaci v čase využívá kalendář, do kterého si pravidelně zaznamenává potřebné informace. Je komunikující a spolupracující. V rámci vstupního vyšetření byla pozorovatelná zhoršená koncentrace pozornosti. Klientka subjektivně uvádí také problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí a výbavností slov. V MoCA testu získala 25/30 b., kdy se potvrdily obtíže v oblasti paměti. Žije s rodiči v bytě dispozice 2+1, v činžovním domě ve zvýšeném přízemí. Aby se klientka dostala do bytu, musí překonat 12 schodů, kdy má k dispozici již zmíněnou plošinu. Byt prošel částečnou rekonstrukcí, došlo k renovaci a spojení koupenny s WC. Byt je celkově malý a velmi stísněný. Klientka je na tuto situaci zvyklá, je schopna se dostat do všech místnosti, přesto prostředí prostorově vnímá jako bariérové. Za významný facilitující prvek označuje madlo u WC, díky kterému je v této oblasti plně soběstačná. Klientka je zvyklá trávit volný čas aktivně. Vyhledává různorodé aktivity nabízené sdruženími a spolky. Jako je tvůrčí psaní, dramatický kroužek, kurzy kreslení, keramiky apod. Pro transport využívá osobní automobil, který řídí otec nebo bratr. Někdy využívá služeb handicap taxi, nutný doprovod druhé osoby, většinou se jedná o matku. Ve výjimečných případech jezdí nízkopodlažní MHD, opět za doprovodu další osoby. Pravidelně se schází s dcerami, které jsou v péči otce. Klientka má rovněž zájem trávit čas se svým přítelem, rodiče ji však v tomto nepodporují.

Proces hodnocení domácího prostředí

Autorka nejprve klientku pravidelně spolu s Bc. Silvií Ptakovou navštěvovala, a to v období od srpna do listopadu 2017. Kdy byla pozornost zaměřena převážně na terapii v domácím prostředí. Autorka se spolupodílela na jednotlivých intervencích, během kterých probíhal převážně nácvik oblékání sportovní podprsenky a obouvání levé boty s využitím kompenzačních pomůcek a nejrůznějších strategií. Během těchto návštěv autorka získala rovněž data pro účely své diplomové práce. Jednalo se o informace odpovídající popisné části hodnocení. Pozorně si všímala také domácího prostředí a pořizovala fotografie. Nová verze hodnotícího nástroje začala vznikat až koncem roku 2017. V tuto dobu již měla autorka větší představu o tom, jakým směrem se při vytváření formuláře ubírat. Jak již bylo nastíněno, snažila se soustředit na funkční hodnocení. Přemýšlela, jakým způsobem by bylo možné propojit funkční hodnocení dle FIM a samotné hodnocení domácího prostředí. Do kterého již také chtěla nějakým způsobem zakomponovat MKF. Vznikla další pracovní verze hodnotícího formuláře, která obsahovala hodnocení dle FIM a zachytila myšlenku, jak do formuláře zakomponovat také MKF. Tato pracovní verze se týkala pouze jedné místnosti, a to koupelny. Hodnotící položky pro tuto místnost prozatím zůstaly všechny ponechány. Tato verze formuláře je opět k nahlédnutí v přílohové části práce (viz příloha č. 5). Autorka se ke klientce samostatně vypravila ještě jednou a to na konci roku 2017, aby si ověřila své myšlenky v praxi. U klientky bylo opětovně provedeno funkční hodnocení v daném prostředí. Autorka chtěla získat lepší představu o tom, jak co nejefektivněji propojit zvažované položky (funkční hodnocení dle FIM) s konkrétními místnostmi.

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

Klientka žije s rodiči v bytě 2+1, ve zvýšeném přízemí činžovního domu. V domácím prostředí je již od roku 2007. Byt prošel částečnou rekonstrukcí, kdy došlo ke spojení koupelny s WC. Do koupelny byl zaveden bezbariérový sprchový kout, k WC bylo umístěno madlo. V domě byla také instalována schodišťová plošina. Domácí prostředí bylo postupně celkově uzpůsobeno funkčnímu stavu a potřebám klientky. Klientka je rovněž vybavena množstvím kompenzačních pomůcek. Popisuje, že otec je velmi vynalézavý a hodně pomůcek nebo úprav domácího prostředí zvládne vymyslet a realizovat sám. Klientka je také stále v péči Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově. Byt je celkově malý a velmi stísněný. Klientka je na tuto situaci zvyklá, je

schopna se dostat do všech místností, přesto ji vnímá jako značně diskomfortní. Při hodnocení domácího prostředí nebyly detekovány žádné bariéry. Byt je plně přizpůsoben aktuálnímu funkčnímu stavu klientky. Klientka je v rámci prostředí soběstačná v maximálně možné míře. Přesto jsme se při opakovaných návštěvách a rozhovorech s klientkou dostaly k poměrně zásadním tématům, se kterými se dennodenně potýká a které nemusejí být na první pohled viditelné a zachytitelné (viz níže).

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

V rámci několika rozhovorů se nám klientka otevřela a mluvila také o svých přáních a vizích do budoucna. Skrze dotazník WHODAS 2.0 jsme se dotkly tématu sexuální aktivity. Klientka se rozprávěla o tom, že má již delší dobu přítele. Netráví spolu však tolik času, kolik by chtěli a prakticky nemají možnost být spolu o samotě. Pouze ve výjimečných případech se spolu dostanou mimo domov klientky (kavárna, kino, divadlo apod.). Rodiče ji v tomto směru nepodporují. Klientka rovněž mluvila o tom, že by s partnerem ráda praktikovala sexuální aktivity, ale dle jejich slov to však „maminka nedovolí“. Také z tohoto důvodu by měla klientka zájem o osamostatnění se od rodičů. Již dříve byla dle klientky zvažována alternativa asistovaného bydlení. Tuto situaci jsme konzultovaly s ergoterapeutkou Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově a také jsme měly šanci nahlédnout do lékařské dokumentace klientky. Závěry psychologického vyšetření ukázaly, že tato možnost nebyla doporučena. Vzhledem k těmto okolnostem, které ještě komplikoval negativní postoj rodičů v celé záležitosti, jsme od myšlenky samostatného bydlení upustily. Řešení této záležitosti by rovněž přesahovalo možnosti diplomové práce. Výše popsaná situace však opět naznačuje, že bariérou nemusí být vždy jen fyzické prostředí. Ale také jednotlivé postoje lidí a mnohdy zdravotní stav, který je v rozporu s přáním a touhou klienta.

Přehled faktorů prostředí

Autorka se rozhodla v případě přehledu faktorů prostředí postupovat u všech klientů stejně. Vždy si sepsat facilitující faktory a bariéry domácího prostředí, přiřadit k nim dané kódy a pro názornost zobrazit přehled v tabulce (viz tabulka č. 5).

Facilitující faktory: matka, otec, bratr, dcery, přítel, fyzioterapeut, pes, rehabilitace, vysoké chodítko, mechanický vozík, elektrický vozík, schodišťová plošina, automobil,

bezbariérové úpravy bytu – spojení koupelny a WC (bezbariérový sprchový kout), odstranění prahů; polohovací postel, madlo na WC, protiskluzová podložka, houba na prodloužené rukojeti, podavač, dlaha na LDK, kuchyňské fixační prkénko, kalendář, PC (internet), léky, ID 3. stupně, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení

Bariéry: schody, malé/stísněné prostory bytu, postoje rodičů ohledně vztahu klientky

Produkty a technologie
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky (+)
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>kalendář</i> e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>bezbariérový sprchový kout, (+) polohovací postel, (+) madlo na WC, (+) protiskluzová podložka, (+) houba na prodloužené rukojeti, (+) podavač, (+) dlaha na LDK, (+) kuchyňské fixační prkénko</i>
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1200 Obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>automobil</i> e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>vysoké chodítko, (+) mechanický vozík, (+) elektrický vozík, (+) schodišťová plošina</i>
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - (+) <i>PC (internet)</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - (+) <i>bezbariérové úpravy bytu, (+) odstranění prahů, (-) schody</i> e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé použití - (-) <i>malé/stísněné prostory bytu</i>
Podpora a vztahy
e 310 Nejbližší rodina - (+) <i>matka, (+) otec, (+) bratr, (+) dcery</i>
e 320 Přátelé (+)
e 350 Domácí zvířata (+)
e 355 Zdravotničtí pracovníci (+)
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny (-)
Služby, systémy a principy řízení
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení e 5700 Služby sociálního zabezpečení

- (+) ID 3. stupně, (+) příspěvek na péči, (+) příspěvek na mobilitu, (+) příspěvek na bydlení
e 580 Zdravotnické systémy a principy řízení e 5800 Zdravotnické služby - (+) rehabilitace

Tabulka č. 5 – MKF Faktory prostředí, klient 3

Závěr

Autorka se nyní soustředila na propojení funkčního hodnocení se samotným hodnocením domácího prostředí. Získala představu o tom, jakým způsobem by bylo možné logicky spojit funkční hodnocení s konkrétními místnostmi domácnosti. Myšlenku zakomponovat do formuláře konkrétně hodnocení dle FIM autorka opustila. A to zejména z toho důvodu, že využívání tohoto hodnocení je podmíněno nákupem licence. Ponechala si však představu, že bude v rámci formuláře pracovat s pADL a iADL aktivitami. A to v logické návaznosti na jednotlivé místnosti domácnosti. Do formuláře byla také zanesena myšlenka, jakým způsobem se ubírat v případě MKF. S touto klasifikací prozatím nebylo v rámci formuláře více pracováno. Veškeré výše uvedené úvahy a poznámky byly dále rozvíjeny směrem k následujícímu klientovi.

2.3.4 Případová studie 4

Charakteristika klienta

Čtvrtou klientkou byla žena, věk 77 let. V lednu 2018 přijata na akutní lůžka včasné rehabilitace pro diagnózu ischemická cévní mozková příhoda v povodí a. cerebri media vpravo na podkladě okluze a. carotis communis vpravo, etiologicky embolizačního charakteru. Lehká spastická paréza na nedominantní LHK, pohyb prstů v pomalém tempu, prsty mírně inkoordinované, zhoršená jemná motorika, zvládne všechny typy úchopů – zhoršené držení (předměty občas z ruky vyklouznou, snížená svalová síla prstů), omezené dynamické pluridigitální úchopy. V hodnocení FIM klientka získala 117/126 b. (92,86 %) s celkovým průměrem 6,50, což značí pásmo modifikované nezávislosti. V motorické oblasti dosáhla na výsledek 82/91 b. (90,1 % = modifikovaná nezávislost) a průměrnou hodnotu 6,31. V oblasti hodnocení kognitivních položek získala klientka plný počet bodů, vyjádřeno v číslech 35/35 b. (100 % = úplná nezávislost). V personálních všedních denních činnostech je klientka částečně soběstačná. Potřebuje

dopomoc při mytí hlavy a úpravě vlasů. Celotělová hygiena probíhá v sedě na sedačce na vanu. Pro sebesycení používá příbor, krájení a mazání probíhá v pomalém tempu. Větší časovou dotaci potřebuje rovněž při oblékání, kdy je problematické zapínání a rozepínání knoflíků a zavazování tkaniček. Chůze o jedné vycházkové holi, v terénu mírně nestabilní, při chůzi do schodů využívá oporu o zábradlí. Dalšími využívanými kompenzačními pomůckami jsou protiskluzové podložky v koupelně, dlouhá lžice, speciální spirálové tkaničky do bot a dávkovač na léky. V instrumentálních všedních denních činnostech také částečně soběstačná. Obědy klientce pravidelně dováží pečovatelská služba, která má klíče od vchodových dveří. Přes víkendy klientka občas uvaří, zvláště když ji přijde navštívit vnuk nebo když má dle jejich slov chuť na něco dobrého. Malý nákup si obstará samostatně, kdy navštěvuje (jednu zastávku tramvají vzdálený) supermarket. Větší nákupy zajišťuje dcera. Praní, žehlení a drobný úklid klientka zvládá také samostatně. V případě potřeby může dopomoc dcera a vnuk (nákup, pochůzky, doprovod k lékaři). Pro komunikaci využívá mobilní telefon, také ráda pracuje na PC. Klientka je orientovaná osobou, místem i časem. V MoCA testu získala plný počet bodů – 30/30 b. Je velmi motivovaná a aktivní. Žije sama v bytě 3+1, ve 4. patře bez výtahu. Byt má v osobním vlastnictví. Problematické je, že v domě není výtah. Klientka tedy musí překonávat celkem 112 schodů, nyní zvládá samostatně bez větších obtíží. V bytě jsou poměrně vysoké prahy, vana v koupelně opatřena sedačkou. Klientka v bytě subjektivně žádné bariéry nevnímá. Má dobré rodinné zázemí, pravidelně ji navštěvuje dcera a vnuk, který k ní chodí každý všední den po škole a tráví u ní většinu odpoledne.

Proces hodnocení domácího prostředí

Spolupráce s klientkou č. 4 byla odlišná. Klientka byla navštívena pouze dvakrát, v tomto případě se to jevílo jako dostačující. Autorka se více než na intervenci v domácím prostředí soustředila na vývoj formuláře. Poprvé domácnost klientky navštívila spolu s ergoterapeutkou, která působila na akutních lůžkách včasné rehabilitace. Bylo to v době, kdy byla klientka ještě hospitalizovaná a v rámci hospitalizace byla provedena krátká domácí návštěva. Domácí prostředí nebylo hodnoceno komplexně, pozornost byla zaměřena na odstranění dříve detekované bariéry, kterou byla vana. Klientka měla možnost si v domácím prostředí vyzkoušet doporučenou sedačku na vanu. Tato intervence byla efektivní, jak pro samotnou klientku, která měla možnost praktického nácviku v přirozeném prostředí. Tak pro ergoterapeutku, ve smyslu okamžité reakce na dané

prostředí. Podruhé se autorka ke klientce vypravila samostatně. Bylo to v době, kdy byla klientka již propuštěna z nemocnice. Došlo ke sběru anamnestických dat odpovídajících popisné části formuláře. Proběhlo funkční hodnocení v jednotlivých místnostech, kdy byla pozornost zaměřena na pADL a rovněž iADL aktivity. Poznatky z této návštěvy autorka dále zapracovala do další vznikající verze formuláře. V této fázi vývoje formuláře si autorka postupně sepsala veškeré zvažované položky. Inspirací ji bylo hodnocení FIM, test instrumentálních všedních denních činností, šablona pro domácí návštěvy ergoterapeutek z Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově, „Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process“ (iADL aktivity) od Americké asociace ergoterapeutů (AOTA, 2017) a hodnocení SEMAFOR home. Funkční aktivity propojila s jednotlivými místnostmi a redukovala hodnotící položky pro danou místnost, tak aby ve formuláři zůstaly pouze podstatné body. Kromě údajů týkajících se MKF, autorka ve formuláři vyhradila také prostor pro zaznamenání rizika pádu. Jedná se o součást mnoha hodnocení týkajících se zejména seniorské populace. V rámci další vznikající verze formuláře autorka provedla změny také v případě popisné části hodnocení. Jednalo se zejména o úpravy grafické. V přílohové části je pro znázornění uvedena také tato, v pořadí třetí verze hodnotícího formuláře. Zobrazena je jedna hodnotící místnost (viz příloha č. 6).

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

Klientka žije sama v bytě 3+1, ve 4. patře. Problematické je, že v domě není výtah. Klientka musí překonávat celkem 112 schodů. Chůze o jedné vycházkové holi, při chůzi do schodů využívá oporu o zábradlí, nyní zvládá samostatně bez větších obtíží. V případě zhoršení zdravotního stavu klientky, by se situace mohla zkomplikovat. A absence výtahu by se stala značnou bariérou. V koupelně se nachází vana s vysokým okrajem, která je však opatřena sedačkou. V bytě jsou také poměrně vysoké prahy, kdy hrozí zvýšené riziko pádu. Žádné další bariéry nebyly detekovány, klientka je v domácím prostředí plně soběstačná. V případě potřeby se může obrátit na dceru, často ji navštěvuje také vnuk. Klientce byly v rámci hodnocení domácího prostředí doporučeny drobné úpravy a některé další kompenzační pomůcky (viz níže).

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

Při komplexním hodnocení domácího prostředí byly stanoveny problematické oblasti domácnosti. Jednalo se zejména o zaznamenání zvýšeného rizika pádu, díky poměrně vysokým prahům v celém bytě a malým koberečkům v některých místnostech. Klientce bylo doporučeno pro zvýšení bezpečnosti prahy i koberečky odstranit. Vzhledem k tomu, že klientka bydlí samostatně a již v minulosti se jí stalo, že doma upadla a neměla v dosahové vzdálenosti mobilní telefon, aby si přivolala pomoc. Byla s klientkou probrána také možnost pořídit si SOS náramek/hodinky. V rámci soběstačnosti v kuchyni jsme se také dostaly k doporučení fixačního prkénka. Klientka byla velice motivovaná, o veškerá doporučení se aktivně zajímala.

Přehled faktorů prostředí

U klientky č. 4 byly rovněž stanoveny facilitující faktory a bariéry domácího prostředí. Přehled níže vypsanych faktorů prostředí zobrazuje tabulka č. 6.

Facilitující faktory: dcera, vnuk, pečovatelská služba – obědy, sedačka na vanu, vycházková hůl, protiskluzové podložky v koupelně, dlouhá lžice, speciální spirálové tkaničky do bot, dávkovač na léky, mobilní telefon, PC (internet), léky

Bariéry: schody, prahy, vana

Produkty a technologie
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky (+)
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>dlouhá lžice</i> , (+) <i>dávkovač na léky</i> , (-) <i>vana</i> e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>sedačka na vanu</i> , (+) <i>protiskluzové podložky v koupelně</i> , (+) <i>speciální spirálové tkaničky do bot</i>
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>vycházková hůl</i>
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - (+) <i>mobilní telefon</i> , (+) <i>PC (internet)</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití

- (-) schody, (-) prahy
Podpora a vztahy
e 310 Nejbližší rodina
- (+) dcera, (+) vnuk
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny (+)
Služby, systémy a principy řízení
e 575 Služby, systémy a principy řízení obecně sociální podpory
e 5750 Služby obecné sociální podpory
- (+) pečovatelská služba – obědy

Tabulka č. 6 – MKF Faktory prostředí, klient 4

Závěr

Ke každé místnosti byly přiděleny funkční aktivity, které jsou zde většinou prováděny. K technickým prostorám (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory) byly přiřazeny, jako funkční aktivita, domácí práce. Tato položka byla následně rozepsána na jednotlivé úkony. U klientky č. 4 se totiž ukázalo, že je při hodnocení opravdu důležité se na vše konkrétně a detailně doptat. Při tomto postupu bylo například zjištěno, že klientka chodí všet prádlo na půdu a musí tedy překonat další dvě patra a přitom ještě nést plný prádelní koš. V některých případech se můžeme dozvědět zásadní informace, které klienta samostatně nenapadne zmínit. V rámci jednotlivých místností došlo k redukci hodnotících položek tak, aby zůstaly pouze podstatné body. Ve formuláři byl vyhrazen také prostor pro zaznamenání rizika pádu. Vše bylo seřazeno v logickém sledu. Autorka se rovněž snažila o praktickou podobu celého hodnotícího formuláře. Tato verze byla následně testována při spolupráci s dalším klientem, jehož případová studie bude následovat.

2.3.5 Případová studie 5

Charakteristika klienta

Pátým klientem byl muž, věk 43 let, s diagnózou st.p. ischemické cévní mozkové příhody v povodí a. carotis interna vpravo, s tříštivým krvácením do bazálních ganglií, následně byla provedena kraniektomie. Pro organický psychosyndrom klient v roce 2017 podstoupil psychiatrickou 4-měsíční hospitalizaci. Nyní obraz levostranné hemiparézy až

hemiplegie s akcentací na LHK. Výsledek hodnocení FIM 76/126 b. (60,32 %) s celkovým průměrem 4,22 značí pásmo mírné asistence. V oblasti hodnocení motorických položek dosáhl klient na 51/91 b. (56,04 % = mírná asistence – potřebuje větší fyzickou asistenci) a průměrnou hodnotu 3,92. V kognitivní oblasti získal 25/35 b. (71,42 % = mírná slovní dopomoc) s průměrnou hodnotou 5,0. Klient využívá dopomoc přítelkyně zejména v oblastech osobní hygieny, koupání, oblékání a při některých přesunech. V rámci osobní hygieny přítelkyně klientovi pomáhá s nanesením pasty, nutné je také slovní vedení. Celotělová hygiena probíhá rovněž za asistence přítelkyně, a to na sedačce na vanu. Nutná dopomoc také při přesunu do vany. Klient je schopný samostatně použít nádobu na moč, pro vyprázdnění stolice využívá toaletní křeslo, je schopen se samostatně očistit a upravit si oděv. Nádobu na moč i toaletní křeslo poté vyprazdňuje přítelkyně. S asistencí přítelkyně trénují také přesun na toaletu. V koupelně je málo prostoru, klient se s mechanickým vozíkem nedostane k toaletě do takové blízkosti, aby tuto činnost zvládl samostatně. Při oblékání horní i dolní poloviny těla je klient převážně pasivní a obléká ho přítelkyně. Avšak potenciál pro zvládnutí této činnosti má. Za dozoru a případné asistence terapeuta klient zvládne ujít cca 7 m. Chůzi se snaží pravidelně trénovat, využívá k tomu čtyřbodovou hůl, kolenní a hlezenní ortéru a peroneální pásku. Běžně se však pohybuje na mechanickém vozíku. V rámci interiéru mechanický vozík ovládá PHK a odráží se PDK, v exteriéru je pasivně vezen. K dalším využívaným kompenzačním pomůckám patří skluzná deska (přesun do automobilu), madlo v koupelně, podpažní váleček a krátká PANat dlaha pro akrum HK. V rámci instrumentálních všedních denních činností je plně odkázán na dopomoc přítelkyně. Pro komunikaci využívá mobilní telefon, tablet i notebook. Klient nemá náhled na vlastní situaci. Nedokáže uvažovat v souvislostech, především pak plánovat reálné cíle do budoucna. V projevu reaguje občas neadekvátně – je hlasitý, používá vulgarismy, skáče do řeči, nebo nepustí člověka ke slovu. Výsledek MoCA testu 27/30 b. značí pásmo normálu. Žije s přítelkyní v bytě pronajímaném jako nebytový prostor – ateliér, dispozičně řešeném jako 2+kk (34 m²). Byt je situován ve 4. patře v budově hotelu. V domě se nachází výtah, je však velmi úzký a jízda v něm je pro klienta značně nekomfortní. Po nynějším onemocnění proběhly v bytě úpravy – výměna podlahových krytin v kuchyňském koutě a koupelně, instalace nájezdové rampy před domem. V bytě je koupelna spojená s toaletou. Klient subjektivně jako největší bariéru vnímá to, že se do této místnosti z důvodu nedostatečné šířky dveří samostatně nedostane. Přes týden tráví většinu svého času sledováním TV, hraním her na tabletu nebo brouzdáním po internetu.

Přítelkyně se ho snaží zapojovat do přípravy jídla a dalších činností v domácnosti. V pondělky, kdy je přítelkyně dlouho v práci, dělá klientovi společnost matka. Pravidelně, 2x týdně, k němu dochází fyzioterapeut. Klient byl před nynějším onemocněním společensky aktivní, má hodně přátel, kteří jej také někdy navštěvují. Víkendy se spolu s přítelkyní snaží trávit aktivně a mimo byt – na chatě, u přátel na zahradě apod.

Proces hodnocení domácího prostředí

Klient byl pravidelně navštěvován v období od března do června 2018. Autorka se účastnila pouze pár začátečních setkání. Poté se soustředila na úpravy formuláře a spolužačka Bc. Silvie Ptaková s klientem pokračovala v započatých intervencích v domácím prostředí. Hned v úvodu došlo k odběru anamnestických údajů, které jsou prezentována výše v charakteristice klienta. Rozhovoru se účastnila rovněž partnerka klienta, a byla jeho hlavní aktérkou, klient se na ni často odkazoval. Při hodnocení funkčních aktivit v daných místnostech si autorka ověřila logickou návaznost jednotlivých položek formuláře. Soustředila se také na jeho grafickou podobu a praktické provedení. Zaznamenávala si poznámky, jednak ohledně hodnocení domácího prostředí, ale také ohledně samotné podoby formuláře. Následné úpravy formuláře zahrnovaly drobné grafické a estetické změny a převážně práci s MKF. K jednotlivým položkám v hodnotících místnostech byly přiřazovány kódy odkazující na tuto klasifikaci.

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

Klient žije s přítelkyní v bytě pronajímaném jako nebytový prostor – ateliér, dispozičně řešeném jako 2+kk (34 m²). Byt je situován ve 4. patře v budově hotelu, v centru Prahy. Před domem byla instalována nájezdová rampa, v domě se nachází výtah. Ten je však velmi úzký – 56 cm, a jízda v něm je pro klienta značně nekomfortní. Ložnici klient nevyužívá. Postel (se zvýšenou matrací) má nyní v obývacím pokoji, který je spojený s kuchyňským koutem. V blízkosti postele, je umístěno také toaletní křeslo. Kuchyňský kout klient nevyužívá, ale v případě potřeby si podá nádoby nachystané na lince. Zvládne si ohřát předem připravené jídlo v mikrovlnné troubě a dostane se také do lednice. V bytě je koupelna spojená s WC. Dveře do této místnosti jsou velmi úzké – 56 cm, a pro klient je značně komplikované se zde samostatně dostat. Po nynějším onemocnění proběhly v bytě úpravy. Došlo k výměně podlahových krytin v kuchyňském koutě a koupelně. Celkově je pro klienta mobilita v bytě pro jeho dispozici a uspořádání

obtížná. Okolí domu je také značně bariérové. Jedná se o centrum Prahy, jsou zde úzké uličky, vysoké obrubníky a nerovné povrchy. Klient má průkaz ZTP, parkovací místa však nejsou v dostatečné blízkosti bydliště. Z tohoto důvodu je komplikovaný také přesun klienta do automobilu. Klient spolu s přítelkyní usiluje o bezbariérové bydlení. Již podali žádost na patřičné úřady. Celou situaci však komplikuje nevyhovující finanční situace, klient je v exekuci.

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

Intervence v domácím prostředí byly zaměřeny na několik oblastí. S klientem bylo nacvičováno oblékání horní i dolní poloviny těla. Tato činnost probíhala v sedě, v případě dolní poloviny těla vleže, na posteli. Při tréninku byly využity různé strategie a kompenzační pomůcky. Nutné bylo slovní vedení a klienta bylo třeba hodně motivovat. V rámci soběstačnosti v koupelně a na WC byly řešeny přesuny. Klient není schopen samostatného přesunu do vany. Při přesunu na sedačku do vany mu pomáhá přítelkyně. Je potřeba klienta jistit, navádět při trajektorii pohybu a korigovat usedání na sedačku. Pro přítelkyni je tato činnost poměrně fyzicky náročná. Při opakovaném nácviku byly přítelkyni doporučeny drobné změny v provedení přesunu, aby ji celou situaci alespoň částečně ulehčily. Rovněž byla poučena o zásadách ergonomie. Klientovi bylo doporučeno si do vany pořídit protiskluzovou podložku. V malém prostoru koupelny je problematický také přesun na WC. Klient si mechanickým vozíkem, z důvodu limitujícího prostoru, nenajede k toaletě tak, aby byl schopen samostatného přesunu. V této otázce byl klientovi zapůjčen násadec na WC s postranními madly. Přesun byl následně trénován s touto kompenzační pomůckou. Klient měl také zakoupená madla, aby mohl v bytě pravidelně nacvičovat chůzi. Společně jsme diskutovali, na jaká místa by bylo madla vhodné umístit. Následně došlo k jejich instalaci.

Přehled faktorů prostředí

Přehled veškerých facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí klienta shrnuje a zobrazuje tabulka č. 7

Facilitující faktory: partnerka, matka, přátelé, fyzioterapeut, mechanický vozík, čtyřbodová hůl, nájezdová rampa, automobil, úpravy bytu – výměna podlahových krytin v kuchyňském koutě a koupelně, sedačka na vanu, nádoba na moč, toaletní křeslo, kolenní

a hlezenní ortéra, peroneální páska, skluzná deska (přesun do automobilu), madlo v koupelně, podpažní váleček, krátká PANat dlaha (pro akrum HK), mobilní telefon, tablet, notebook, léky, ID 3. stupně, příspěvek na péči

Bariéry: výtah, dispozice a uspořádání bytu, okolí domu, koupelna a WC – nedostatečná šířka dveří

Produkty a technologie
<p>e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky (+)</p>
<p>e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>kalendář</i> e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - (+) <i>sedáčka na vanu, (+) nádoba na moč, (+) toaletní křeslo, (+) kolenní a hlezenní ortéza, (+) peroneální páska, (+) skluzná deska, (+) madlo v koupelně, (+) podpažní váleček, (+) krátká PANat dlaha</i></p>
<p>e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1200 Obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>automobil</i> e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - (+) <i>mechanický vozík, (+) čtyřbodová hůl</i></p>
<p>e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - (+) <i>mobilní telefon, (+) notebook (internet)</i></p>
<p>e 140 Produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport e 1400 Obecné produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport - (+) <i>tablet, (+) notebook</i></p>
<p>e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití - (+) <i>nájezdová rampa, (-) okolí domu</i> e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití - (-) <i>výtah</i></p>
<p>e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - (-) <i>koupelna a WC – nedostatečná šířka dveří</i> e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé použití - (+) <i>úpravy bytu – výměna podlahových krytin v kuchyňském koutě a koupelně, (-) dispozice a uspořádání bytu</i></p>
Podpora a vztahy

e 310 Nejbližší rodina - (+) partnerka, (+) matka
e 320 Přátelé (+)
e 355 Zdravotničtí pracovníci (+)
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny (+)
Služby, systémy a principy řízení
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení e 5700 Služby sociálního zabezpečení - (+) ID 3. stupně, (+) příspěvek na péči

Tabulka č. 7 – MKF Faktory prostředí, klient 5

Závěr

V této fázi vývoje formuláře byla pozornost zaměřena převážně na práci s MKF. Ke každé položce v hodnotících místnostech byl přiřazen kód odkazující na tuto klasifikaci. Kódy se opakovaly, ve výsledku jich bylo použito pouze 6. Položky byly následně v rámci jednotlivých místností seřazeny tak, aby byly pod sebou vždy body se stejnými kódy. Došlo také ke sloučení dvou hodnotících místností a jejich položek, zejména pro velké shody a opakující se informace. Jednalo se o vstup do obydlí a vstup do domácnosti. Autorka se soustředila rovněž na grafickou podobu formuláře, kdy byly provedeny drobné estetické změny. V praxi si ověřila samotnou formu hodnocení. Formulář je vyhotoven v programu Microsoft Office Word, stránky jsou orientovány na šířku. Zejména z toho důvodu, aby se redukoval počet stran a ve formuláři byl dostatek místa na zaznamenávání poznámek. Z hlediska praktičnosti bylo důležité číslování jednotlivých stran a sepnutí stran sešivací sponou. Při odběru anamnestických dat a samotných intervencích v domácím prostředí se ukázalo, jak je mnohdy velice důležitá spolupráce s rodinnými příslušníky/partnery klientů. Tyto osoby jsou nedílnou součástí interprofesního týmu. Rehabilitačním pracovníkům mohou poskytnout velmi cenné informace, neměli bychom však zapomínat na to, že sami potřebují zvýšenou péči a podporu.

2.3.6 Případová studie 6

Charakteristika klienta

Poslední klientkou byla žena, věk 65 let, s diagnózou st.p. intracerebrální hemoragii vlevo (červen 2015). Klientka byla operována pro karcinom duodena, poté došlo k spontánnímu krvácení do mozku. Nyní obraz pravostranné hemiparézy s akcentací na HK. Od podzimu 2016 je v domácím prostředí. Než došlo ke stabilizaci stavu, využívala klientka služeb Home Care. Výsledky hodnocení FIM 109/126 b. (86,51 %) s celkovým průměrem 6,06 značí pásmo modifikované nezávislosti. V oblasti hodnocení fyzických položek získala 78/91 b. (85,71 % = modifikovaná nezávislost) s průměrnou hodnotou 6,00. V kognitivní oblasti dosáhla na výsledek 31/35 b. (88,57 % = modifikovaná nezávislost/minimální slovní dopomoc). V personálních všedních denních činnostech je klientka plně soběstačná. Využívá však řadu kompenzačních pomůcek a pro vykonávání činností potřebuje větší časovou dotaci. Má problém s otevíráním pasty a dalších produktů, které mají šroubovací uzávěr. V interiéru se pohybuje bez kompenzační pomůcky, v případě potřeby se přidrží nábytku. V exteriéru využívá 1 francouzskou berli. Chůzi pravidelně trénuje, je schopná ujít cca 2 km. V doprovodu další osoby zkouší také vycházkovou hůl, sama si však není jistá. Chůze do/ze schodů možná s oporou o zábradlí. Mezi další využívané kompenzační pomůcky můžeme zařadit peroneální pásku, podpažní váleček, madla v koupelně, protiskluzovou podložku ve vaně, kuchyňské fixační prkénko a protiskluzovou podložku na kuchyňském stole. V instrumentálních všedních denních činnostech je klientka částečně soběstačná. Nákup potravin řeší prostřednictvím on-line objednávek a dovozu. Je schopna si uvařit jednoduché pokrmy, někdy si kupuje již hotová jídla. Běžné domácí práce zvládá samostatně, při větším úklidu (například mytí oken) a při výměně ložního prádla potřebuje dopomoc rodiny. Pro komunikaci využívá mobilní telefon, hodně pracuje také na PC. Klientka je orientovaná, spolupracující a reaguje adekvátně. V rámci komunikace je patrný problém ve výbavnosti slov a fluence řeči. V MoCA testu získala 26/30 b., což značí mírné obtíže v kognitivní oblasti. Subjektivně klientka uvádí největší potíže s výbavností slov, pochopením přečteného textu a zapamatováním si obsahu mluveného projevu. V rámci MoCA testu ztratila body při kresbě hodin, nebyla schopna opakovat řadu čísel v opačném pořadí, zopakovat větu a vzpomenout si na jedno slovo. Žije sama v bytě 2+kk, který je psán na dceru. Byt je situován ve 4. patře panelového domu

s výtahem. V koupelně se nachází vana, která je opatřena madly a protiskluzovou podložkou. Klientka v bytě subjektivně žádné bariéry nevnímá. Po nynějším onemocnění si pořídila postel s polohovacím roštem, kterou spolu s kuchyňským fixačním prkénkem označuje za značný facilitující faktor v domácnosti. Klientka si ráda a pravidelně píše deník a také čte. Obě aktivity považuje také za terapeutickou činnost. Má dobré rodinné zázemí. V Praze žijí také její dvě dcery s rodinami, se kterými se pravidelně stýká a v případě potřeby se na ně může s čímkoli obrátit. V okolí má také několik přátel.

Proces hodnocení domácího prostředí

Před započítím hodnocení domácího prostředí klientky č. 6 byly provedeny drobné změny v popisné části formuláře. Cílem bylo, aby byla i tato část hodnocení, co nejvíce praktická. Jednotlivé položky byly uspořádány tak, aby došlo k redukci stran pouze na jednu A4. V rámci opětovného procházení této části, byly upraveny také některé z položek. K hodnotícímu formuláři byl sepsán úvod – základní představení formuláře, popis principu hodnocení dle MKF. V této fázi vývoje formuláře byly rovněž osloveny tři ergoterapeutky, které mají zkušenost s prací v domácím prostředí. A to s žádostí o vyzkoušení formuláře v praxi a sepsání zpětné vazby. Tuto upravenou verzi formuláře autorka také sama testovala u poslední klientky. Hodnocení domácího prostředí bylo provedeno v rámci jedné návštěvy a trvalo přibližně 60 minut. Autorka poté klientu ještě opětovně spolu s Bc. Silvií Ptakovou navštívila. Pozornost již byla zaměřena spíše na intervenci v domácím prostředí.

Souhrnná zpráva z hodnocení domácího prostředí

Klientka žije sama, v bytě 2+kk, který je situován ve 4. patře panelového domu s výtahem. V bytě se nachází ložnice, obývací pokoj s kuchyňským koutem, koupelna a WC. Po nynějším onemocnění byly v bytě provedeny úpravy – byly odstraněny koberce, nyní je zde plovoucí podlaha, klientka si pořídila postel s polohovacím roštem a odstranila nadbytečný nábytek v obývacím pokoji a chodbě. V koupelně se nachází vana, která je opatřena madly a protiskluzovou podložkou. V bytě nefunguje domácí telefon a nelze tímto způsobem otevírat vstupní dveře. Klientka se tedy musí vždy vypravit dolů. Trpí klaustrofobií a preferuje chůzi po schodech. Chůze s 1 francouzskou holí s oporou o zábradlí. V bytě jsou poměrně vysoké prahy. Žádné další bariéry domácího prostředí nebyly detekovány. Klientka je v domácím prostředí plně soběstačná.

V případě potřeby se může obrátit na dcery, které ji také pravidelně navštěvují. Dům je situován uprostřed velkého sídliště, v okolí domu se nachází mírně kopcovitý a nerovný terén. Dostupnost MHD je pro klientku náročnější. Před domem je zastávka autobusu, který však jezdí okružní jízdou a ve velkých časových intervalech. Metro, které klientka dříve běžně využívala, je vzdáleno cca 10 – 15 minut rychlou chůzí.

Ergoterapeutická intervence se zaměřením na odstranění bariér, návrh facilitátorů

V rámci intervence zaměřené na odstranění bariér a návrh facilitátorů bylo klientce doporučeno odstranění prahů, z důvodu zvýšeného rizika pádů. Pro zvýšení soběstačnosti klientka vyzkoušela a následně si také pořídila otvírač lahví a sklenic. Probíraly jsme rovněž existenci SOS náramků/hodinek. Další spolupráce spočívala v nácviku jízdy MHD. Kdy bylo klientčiny cílem dostat se samostatně za dcerou. A v celkovém zvýšení mobility v exteriéru – trénink chůze s vycházkovou holí. Autorka se účastnila pouze několika intervencí, poté svou pozornost zaměřila na konečné úpravy formuláře.

Přehled faktorů prostředí

V rámci postupu při vývoji formuláře a směřování k jeho finální podobě, byla u klientky zvolena odlišná forma prezentace faktorů prostředí. Facilitující faktory a bariéry domácího prostředí byly nejprve sepsány a poté také číselně ohodnoceny. Přehled zobrazuje tabulka č. 8.

Facilitující faktory: dcery, rodina, přátelé, donášková služba – nákupy, 1 francouzská berle, vycházková hůl, peroneální páska, podpažní váleček, madla v koupelně, protiskluzová podložka ve vaně, kuchyňské fixační prkénko, protiskluzová podložka na kuchyňském stole, otvírač lahví a sklenic, postel s polohovacím roštem, mobilní telefon, PC (internet), léky

Bariéry: vana, domácí telefon, prahy

FAKTORY PROSTŘEDÍ	Kvalifikátor bariéra nebo facilitátor
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání	
e 1101 Léky	+2
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě (vana)	2
e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě (peroneální páska, podpažní váleček, madla v koupelně, protiskluzová podložka ve vaně, kuchyňské fixační prkénko, protiskluzová podložka na kuchyňském stole, otvírač lahví a sklenic, postel s polohovacím roštem)	+2
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov (1 francouzská berle, vycházková hůl)	+2
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci	
e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci (mobilní telefon, PC – internet)	+3
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití	
e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití (prahy)	1
e 1551 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání přístupů a facilitačních pomůcek v budovách pro soukromé použití (domácí telefon)	1
e 310 Nejbližší rodina (dcery, další členové rodiny)	+2
e 320 Přátelé	+1
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	+3
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e 5700 Služby sociálního zabezpečení (donášková služba – nákupy)	+3

Tabulka č. 8 – MKF Faktory prostředí, klient 6

Závěr

Po provedení posledního hodnocení domácího prostředí u klienty č. 6 proběhly na formuláři finální změny a úpravy. Autorka se snažila pracovat s poznámkami a zpětnou vazbou od ergoterapeutek, které formulář vyzkoušely v praxi. Popisná část zůstala již beze změny. V rámci samotného hodnocení domácího prostředí přibyla možnost kódovat rovněž další z komponent MKF – aktivity a participace. Autorka tedy přiřazovala kódy také k jednotlivým funkčním aktivitám prováděným v daných místnostech. V případě

faktorů prostředí došlo ke sloučení položek obsahujících stejný kód. Do formuláře byl přidán další sloupec, ve kterém se rozhoduje o výsledné hodnotě kvalifikátoru pro tyto sloučené položky. Z důvodu rozšíření formuláře byl také přepracován samotný úvod hodnocení. Který obsahuje základní představení a popis principu hodnocení dle MKF. Autorka také chtěla, aby mělo hodnocení domácího prostředí nějaký výstup ve vztahu k MKF. Pro zaznamenání výstupu z hodnocení dle této klasifikace vznikly dvě tabulky. Jedna se týká komponenty aktivity a participace, druhá obsahuje domény a kategorie, které zahrnují nejčastější facilitující faktory a bariéry domácího prostředí výše prezentovaných klientů.

2.4 Hodnotící formulář

Postup práce při vývoji formuláře byl prezentován prostřednictvím jednotlivých kazuistik. Je zachycen časový sled událostí, kdy se hodnocení domácího prostředí a práce na formuláři, prolínalo s intervencemi v domácím prostředí klientů. Tato kapitola diplomové práce obsahuje obecné představení hodnotícího formuláře, shrnutí celého procesu jeho vytváření a prezentaci nejčastějších facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí klientů se získaným poškozením mozku. Finální verze hodnotícího formuláře je k nahlédnutí v přílohové části diplomové práce (viz příloha č. 7)

Součástí formuláře jsou úvodní popis, hodnotící část a výstup z hodnocení domácího prostředí dle MKF. Úvod hodnocení obsahuje základní seznámení s formulářem a nastínění principu hodnocení dle MKF. Formulář je dále rozdělen na část popisnou a samotné hodnocení domácího prostředí. Popisná část slouží ke sběru anamnestických dat týkajících se zejména klientova zdravotního stavu a způsobu bydlení. Část hodnocení domácího prostředí je navržena tak, aby bylo prostředí posuzováno ve vztahu k pADL a iADL aktivitám. Ke každé místnosti je přiřazena funkční aktivita, která je v dané místnosti většinou prováděna. Nejprve je hodnocena tato funkční aktivita, ale rovnou v souvislosti s prostředím. Formulář je navržen dle MKF, jednotlivé položky obsahují kódy odkazující na tuto klasifikaci. V rámci formuláře je možné hodnotit dvě komponenty MKF – aktivity a participace a faktory prostředí. Pro zaznamenání výstupu z hodnocení dle MKF je možné využít předem připravené tabulky na konci hodnocení. První tabulka se vztahuje ke komponentě aktivity a participace. Obsahuje veškeré

domény, které jsou uvedeny v hodnotícím formuláři, spolu s některými kategoriemi vztahujícími se k funkčnímu hodnocení. Druhá tabulka je věnována výstupům komponenty faktory prostředí. Jsou zde uvedeny domény a kategorie, které byly stanoveny na základě nejčastějších facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí navštěvovaných klientů.

Hodnotící formulář byl vytvářen postupně. V průběhu spolupráce s jednotlivými klienty vznikly celkem čtyři verze, pátá je verzí finální. Počátečním podnětem, co se samotných hodnotících položek týče, se stal nástroj SEMAFOR home. Jako zásadní se ukázala idea propojení funkčního hodnocení s jednotlivými místnostmi. Nepostupovat při hodnocení domácího prostředí dle jednotlivých místností, ale zaměřit se na funkční aktivity a ty posuzovat vzhledem k prostředí. Od myšlenky zakomponovat do formuláře také hodnocení dle FIM bylo upuštěno, zejména z toho důvodu, že využívání tohoto hodnocení je podmíněno nákupem licence. Autorka však dále pracovala s představou do formuláře zakomponovat pADL a iADL aktivity. Důležité bylo rovněž sepsat si veškeré zvažované položky. Inspirací se stalo hodnocení FIM, test instrumentálních všedních denních činností, šablona pro domácí návštěvy ergoterapeutek z Kliniky rehabilitačního lékařství na Albertově, *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (iADL aktivity) od Americké asociace ergoterapeutů (AOTA, 2017) a hodnocení SEMAFOR home. Při studiu literatury se autorka rovněž seznámila s několika zahraničními nástroji, kdy se zajímala o grafické provedení a princip hodnocení. Stěžejním bodem bylo absolvování kurzu MKF. Díky pochopení filozofie MKF a získání základních praktických dovedností, mohla do formuláře zakomponovat také tuto klasifikaci. Nejprve bylo pracováno pouze z komponentou faktory prostředí. Na základě zpětné vazby ergoterapeutek, které vyzkoušely hodnotící formulář v praxi, přibyla možnost kódovat rovněž další z komponent MKF – aktivity a participace. A k formuláři byl přidán výstup z hodnocení dle MKF v podobě dvou tabulek, každá pro jednu komponentu.

Dílčím cílem diplomové práce bylo u klientů se získaným poškozením mozku stanovit nejčastější facilitující faktory a bariéry domácího prostředí. Faktory prostředí byly stanoveny u každého z klientů a prezentovány již v samotných případových studiích. Tyto informace byly následně také využity při vytváření výstupu z hodnocení dle MKF.

Ucelený přehled nejčastějších facilitujících faktorů a bariér, ve vztahu k MKF, je vyobrazen v následujících tabulkách č. 9 a č. 10.

Produkty a technologie
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání e 1101 Léky
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - <i>ochranná helma, kalendář, jídelní stůl, postel, dlouhá lžice, dávkovač na léky</i> e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě - <i>polohovací postel, stolek k lůžku, francouzský podavač, skluzná deska, bezbariérový sprchový kout, sedačka na vanu, madla, protiskluzová podložka, podavač, houba na prodloužené rukojeti, dlaha na DK, kuchyňské fixační prkénko, speciální spirálovité tkaničky do bot, nádoba na moč, toaletní křeslo, kolenní ortéza, hlezenní ortéza, peroneální páska, podpažní váleček, PANat dlaha, otvírač lahví a sklenic</i>
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku e 1200 Obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - <i>automobil</i> e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov - <i>mechanický vozík, elektrický vozík, zvedák, chodítko, vycházková hůl, francouzské berle, čtyřbodová hůl, schodišťová plošina</i>
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci - <i>mobilní telefon, PC, notebook, tablet (internet)</i>
e 140 Produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport e 1400 Obecné produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport - <i>Nintendo Wii, tablet, notebook</i>
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití - <i>nájezdová rampa</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - <i>bezbariérové úpravy bytu – posuvné dveře, odstranění prahů</i> e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé použití - <i>výměna podlahových krytin</i>
Podpora a vztahy
e 310 Nejbližší rodina - <i>matka, otec, sestra, bratr, dcera, babička, vnuk, partner</i>
e 320 Přátelé - <i>bývalý partner</i>
e 325 Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství

- <i>sousedka</i>
e 350 Domácí zvířata - <i>pes, králík</i>
e 355 Zdravotničtí pracovníci - <i>fyzioterapeut, ošetrovatelský personál</i>
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny
e 420 Jednotlivé postoje přátel
Služby, systémy a principy řízení
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení e 5700 Služby sociálního zabezpečení - <i>ID, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení</i>
e 575 Služby, systémy a principy řízení obecně sociální podpory e 5750 Služby obecné sociální podpory - <i>donášková služba – nákupy, pečovatelská služba – obědy</i>
e 580 Zdravotnické systémy a principy řízení e 5800 Zdravotnické služby - <i>rehabilitace</i>

Tabulka č. 9 – Nejčastější facilitující faktory

Produkty a technologie
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě - <i>vana, jídelní stůl, postel</i>
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití - <i>okolí domu, vstup do obydlí – schody, nájezdová rampa, práh, dveře</i> e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití - <i>výtah</i>
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití - <i>prahy, nedostatečná šířka dveří, schody, dveře</i> e 1551 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání přístupů a facilitačních pomůcek v budovách pro soukromé použití - <i>domácí telefon</i> e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé použití - <i>dispozice a uspořádání bytu, malé/stísněné prostory bytu</i>
Postoje
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny
e 425 Jednotlivé postoje známých, vrstevníků, kolegů, sousedů a členů společenství

Tabulka č. 10 – Nejčastější bariéry

3 DISKUSE

Základní pole působnosti ergoterapie je možné popsat na vztahu osoba-činnost-prostředí. Samotný výkon všedních denních činností, pracovních a volnočasových aktivit závisí na úspěšné interakci mezi těmito oblastmi. Ergoterapeut se při svých intervencích zaměřuje na každou z nich. Přičemž kontext prostředí sehrává důležitou roli (Boyt Schell, Gillen a Scaffa, 2014). Domácí prostředí má pro mnohé z nás velký význam. Domov je spojování s rodinou, útočištěm nebo seberealizací. Přináší nám také nenahraditelný pocit bezpečí (Mallett, 2004). Z tohoto důvodu bývá často hlavním cílem pacientů rychlý návrat do domácího prostředí (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009). Pro osoby s disabilitou má charakter domácího prostředí zásadní význam, protože přímo ovlivňuje soběstačnost v rámci domácnosti (Macháčová a kol., 2014). Možnosti ergoterapie v domácím prostředí jsou široké. Od nácviku sebeobsluhy a soběstačnosti v běžných denních činnostech v přirozeném prostředí, přes trénink kognitivních funkcí a funkční trénink horní končetiny, až po samotné hodnocení domácího prostředí, bezbariérové nebo ergonomické úpravy a doporučení a nácvik používání kompenzačních pomůcek. Důležité je také zapojení rodiny nebo blízkého okolí. Přičemž odbornou způsobilost provádět hodnocení domácího prostředí a následné bezbariérové úpravy dokazuje také vyhláška č. 424/2004 Sb. Zde je uvedeno, že ergoterapeut je mimo jiné kompetentní provádět poradenství v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí (Jelínková a Krivošíková, 2007). Intervence v domácím prostředí s sebou nese také řadu výhod. Klient je ve známém prostředí, které pro něj není stresující a kde se cítí v bezpečí. Tato výchozí situace terapeutovi poskytuje možnost pro navázání vztahu. Kvalitní vztah, mimo jiné, v pozitivním slova smyslu ovlivňuje klientovu účast na terapii (D'cruz, Howie a Lentin, 2016). Domácí prostředí odkrývá rovněž větší prostor pro spolupráci s rodinou. Jednotliví členové rodiny mohou rehabilitačním pracovníkům poskytnout velmi cenné informace o pacientovi a tak významně přispět k výstupům rehabilitačního procesu. Nemělo by se však zapomínat, že tyto osoby často sami potřebují zvýšenou péči a podporu. Pro plnohodnotný výstup z hodnocení domácího prostředí je zásadní, aby ergoterapeut domácí prostředí klienta navštívil. Autoři Weeks, Lamb a Pickens (2010) popisují, že tzv. základní hodnocení zaměřené zejména na bezpečnost klienta, může být provedeno již během hospitalizace, přímo v daném zařízení v podobě rozhovoru a doporučení. Klienti si však často neuvědomují veškerá rizika, z tohoto důvodu není tato

forma zcela účinná. Ergoterapeut také indikuje pomůcky, které musí jednak vyhovovat klientovi, ale také danému prostředí. Při domácí návštěvě může ergoterapeut okamžitě reagovat na prostředí a celý proces se stává mnohem efektivnější. Terapeuti by měli mít rovněž možnost klienta v domácím prostředí navštívit opakovaně. Protože zejména klienti ve chronickém stádiu mohou mít tzv. „dobré a špatné dny“ a opakované návštěvy terapeutovi poskytují komplexnějším obraz o funkčních schopnostech a potřebách (Weeks, Lamb a Pickens, 2010).

Navzdory uvedeným faktům, je v České republice hodnocení domácího prostředí a následná intervence v domácím prostředí ergoterapeuty prováděna pouze zřídka. Důvody mohou být různé, například nemožnost pracovat v terénu kvůli způsobu financování a časové náročnosti této práce, postoj zaměstnavatele vztahující se k předchozím dvěma bodům, nedostatek zkušeností s hodnocením a následným řešením úprav domácího prostředí, neexistence doporučeného postupu nebo neznalost či nedostupnost vhodných hodnotících nástrojů. Problém s financováním domácích návštěv vyplývá ze skutečnosti, že komunitní ergoterapie doposud není zakotvena v českém legislativním systému ani úhradovém systému zdravotními pojišťovnami a že prakticky není vytvořen systém komunitní koordinované rehabilitace. Rohlenová (2018) se zamýšlí nad otázkou, že jedním z možných řešení by mohla být cesta přímé úhrady. Zvláště, když se může v některých případech jednat o jednorázovou intervenci. Do opozice však staví fakt, že osoby s disabilitou mají často už tak finanční potíže z důvodu pracovní neschopnosti a nedostačujících finančních sociálních dávek a přímá úhrada by pro ně mohla být příliš zatěžující. Pokud by se podařilo smluvně ošetřit úhradu ergoterapeutické intervence ve vlastním sociálním prostředí pacienta, vyvstávají další otázky ohledně proplácení dopravy a času stráveného na cestě (Rohlenová, 2018). Negativní postoj zaměstnavatele může vyplývat právě z časové a finanční náročnosti této služby, což dokládají rovněž zkušenosti ze zahraničí (Daniel et al., 2013; Hoy, 2008; Drummond et al., 2013 in Rohlenová, 2018). V České republice prozatím neexistuje žádný standard či doporučený postup, který by byl ergoterapeutům vodítkem při provádění hodnocení domácího prostředí. Tato problematika je v ČR obecně poměrně málo diskutována, s tímto souvisí rovněž nízké povědomí o hodnotících nástrojích. K tomuto zjištění došla autorka rovněž při studiu literatury. V českém jazyce v současné době neexistuje příliš mnoho aktuálních zdrojů, zejména odborných studií, zabývajících se obecně touto tematikou. A je možné se setkat pouze s jediným hodnotícím nástrojem. Dostupná

zahraniční literatura již nabízí poměrně velké množství nástrojů určených pro evaluaci domácího prostředí. Některé z těchto nástrojů jsou více popsány v teoretické části diplomové práce. Přesto nebylo, ani v zahraničních zdrojích, detekováno hodnocení domácího prostředí dle klasifikace MKF, kterým by se autorka mohla inspirovat. Některé studie popisují možnosti využití MKF v praxi (Tempest et al., 2012; Randtröm, Asplund a Svedlund, 2012; Putthinoi, Lersilp a Chakpitak, 2017), jedna z nich (Pimdee a Nualnetr, 2017) dokonce vývoj hodnotícího nástroje dle této klasifikace. Článek však již neobsahuje jeho konkrétnější podobu.

Hlavním cílem diplomové práce bylo navrhnout hodnocení domácího prostředí klienta se získaným poškozením mozku dle MKF. Samotná klasifikace je celosvětově využívaná a WHO doporučována ke zhodnocení zdravotního a funkčního stavu člověka v úzké souvislosti s faktory prostředí. MKF přináší možnost popisu faktorů prostředí, které by bylo vhodné využívat například v rámci působení interprofesního týmu na pracovišti (Tempest a McIntyre, 2006). Autorka se s touto formou týmové spolupráce setkala během studia na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Interprofesní či multidisciplinární spolupráce se však rozmáhá také na jiných pracovištích. Využíváním MKF, kdy každý člen týmu hodnotí komponenty a domény odpovídající jeho odbornosti, by mohla být zajištěna například efektivnější komunikace uvnitř týmu nebo účinnější způsob zpracování dat. V České republice je však prozatím možno se setkat s nízkým zapojením MKF do praxe a nedostatečným doceněním jejího přínosu. Podle Českého statistického úřadu bylo od roku 2010 v České republice povinné používání MKF. Každý ošetřující lékař měl povinnost tuto klasifikaci u každého svého pacienta s disabilitou využívat. Povinné používání však bylo v květnu roku 2013 na žádost Ministerstva zdravotnictví zrušeno (ČSÚ, 2013 in Svěcená, 2014). A tato situace trvá. V ČR je klasifikace považována prozatím spíše jako přítěž a nadbytečná byrokracie (Svěcená, 2014).

Při práci s MKF, v rámci praktické části diplomové práce, byla nejprve do hodnotícího formuláře zanesena možnost kódovat komponentu faktory prostředí. Ke každé položce v hodnotících místnostech byl přiřazen kód odkazující na tuto klasifikaci. Autorka používala dvoustupňovou klasifikaci MKF, která více specifikuje a upřesňuje vybrané domény. A rovněž uvádí dílčí definice, které přesně určují obsah jednotlivých domén a zároveň vylučují, co do nich nepatří (Zeman, 2010). Při rozhodování o zařazení

prvků prostředí k daným kódům, autorka využila také diplomovou práci Mgr. Kateřiny Rybářové (2017), která se zabývala vývojem hodnotícího nástroje pro evaluaci pracovního prostředí osob s fyzickou disabilitou, do kterého zanesla rovněž hodnocení dle MKF. V případě faktorů prostředí byly nakonec použity následující kódy: e 1150, e 1500, e 1501, e 1550, e 1551, e 1552. Autorka zvažovala zejména zařazení položky manipulační prostor v jednotlivých místnostech. Nakonec byl využit kód e 1552, pod který rovněž spadá povrch podlahové krytiny. Pod kód e 1500 „*Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití*“ (WHO, 2008, str. 189), autorka nejprve zahrнула položky týkající se vstupu do obydlí. A to zejména kvůli úvaze v případě panelového domu a společným prostorům pro jeho obyvatele. Pod tímto kódem by však měly být vedeny pouze veřejné prostory a budovy k veřejnému použití. A panelový dům není budovou veřejnou. Pod kódem e 1500 byla tedy ponechána pouze přístupová cesta a zbytek položek byl nakonec přerážen ke kódu e 1550 „*Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití*“ (WHO, 2008, str. 190). Jednotlivé kódy v rámci faktorů prostředí se často opakovaly, nakonec jich bylo využito pouze 6. Aby tedy byla zachována myšlenka hodnocení dle MKF, byla v průběhu vývoje formuláře přidána možnost hodnotit další z komponent MKF – aktivity a participace. A to v případě hodnocení funkčních aktivit v daných místnostech.

K bližšímu určení komponent aktivit a participace slouží dva kvalifikátory. Kvalifikátor pro výkon – participace, a kvalifikátor pro kapacitu – aktivita (WHO, 2008). Kvalifikátor výkonu popisuje aktuální výsledek efektů prostředí na funkční schopnosti člověka (Švestková, 2017). Souvisí tedy s faktory prostředí – všechny aspekty okolního světa fyzického, společenského a postoje společnosti, které jsou kódovány za použití komponent faktorů prostředí (WHO, 2008). Tuto provázanost je tedy možné sledovat také v rámci hodnotícího formuláře, tedy v případě kódování obou komponent. Kvalifikátor kapacity popisuje schopnosti člověka bez ovlivnění prostředí – bez facilitujících nebo bariérových prvků prostředí (Švestková, 2017). Při přiřazování kódů pro komponentu aktivity a participace byla jako problematická shledána oblast přesunů. Svěčená (2014) popisuje, že některé aktivity nejsou v MKF pojaty jako celek, v klasifikaci chybí a při kódování je nutné je poskládat z více domén. Při kódování v rámci oblasti přesunů záleží na způsobu přesunu, a proto je potřeba u některých pacientů/klientů otevřít následující kódy: „d 410 *Měnění základní pozice těla*“ a „d 420 *Přemisťování*“. Z tohoto důvodu

byly do hodnotícího formuláře, pro položky přesunů, zaneseny oba výše zmíněné kódy. Další potíž byla zaznamenána při hledání vhodného kódu pro pohyb po schodech. Tento kód v klasifikaci chybí. Doména Chůze (d 450) je v dalších podkódech rozdělena na chůzi na krátké a dlouhé vzdálenosti, chůzi po nerovném povrchu, chůzi okolo překážek, chůzi jinou a chůzi blíže neurčenou. Svěcená (2014) uvádí, že z tohoto výčtu je nejbližší doména, pod kterou by bylo možné chůzi po schodech zařadit, Chůze na různém povrchu (d 4502). Ta obsahuje mimo jiné aktivitu chůze po různých nerovnostech a po svahu. Pro tuto variantu se rozhodla také samotná autorka. Svěcená (2014) však popisuje, že problematiku aktivity chůze po schodech by bylo vhodné uvést jako samostatnou doménu. Další problematickou oblastí je oblékání. MKF rovněž i tuto aktivitu pojímá jako celek a to pod doménou Oblékání (d 540). Ta je následně členěna na Oblékání, Svlékání, Obouvání, Zouvání, Výběr vhodného oděvu, Oblékání – jiné, Oblékání blíže neurčené. Jak popisuje Svěcená (2014), z ergoterapeutického pohledu by však bylo vhodnější oblékání rozčlenit také na domény oblékání horní poloviny těla a oblékání dolní poloviny těla, jako tomu je například u hodnocení FIM. Autorka v hodnotícím formuláři uvádí základní kódy pro aktivity a participace. Výstupní tabulka obsahuje také podkódy pro jednotlivé domény, o kterých se autorka domnívá, že jsou pro zaznamenání výstupu hodnocení důležité a využitelné. Jsou zde například výše popsané podkódy pro problematiku chůze a oblékání.

V rámci hodnotícího formuláře je při kódování faktorů prostředí u relevantních položek zaznamenáváno, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor. Součástí úvodního představení formuláře je také popis hodnocení dle MKF. Kdy je předpokládáno, že má hodnotitel s klasifikací již nějaké zkušenosti. Jsou zde uvedeny pouze základní informace. Vyobrazeno je hodnocení tíže disability a tabulka představující hodnoty kvalifikátorů pro faktory prostředí spolu se slovní vyjádřením. Rybářová (2017) ve své diplomové práci představila škálu pro funkční hodnocení jednotlivých položek, podle které je možné ohodnotit stupeň nalezené bariéry či facilitátoru. Vytvořila škálu v rozmezí hodnot od „-4“ do „+4“ a specifikovala způsob odlišování jednotlivých stupňů mezi sebou, aby bylo zřejmé, v jakých situacích se pro jakou hodnotu kvalifikátoru lépe rozhodnout. Specifikace zahrnuje například způsob a míru dopomoci, výši využitých finančních prostředků nebo časové rozmezí. Autorka se domnívá, že škála může být pro hodnocení velice nápomocná a bylo by vhodné ji do budoucna vytvořit rovněž pro tento hodnotící formulář. Zvažovala využití výše popsané škály, avšak ta byla vytvořena pro potřeby hodnocení pracovního

prostředí a zejména, co se finančních položek týče, nemusí být dobře přenositelná pro hodnocení domácnosti.

Při vývoji hodnotícího formuláře byly osloveny 3 ergoterapeutky, aby jej vyzkoušely v praxi a poskytly autorce zpětnou vazbu. Nejednalo se o testování finální verze, autorka chtěla získat podněty již v průběhu jeho tvorby. Zajímalo ji zejména, jestli ergoterapeutky vidí instrukce k formuláři a popis hodnocení dle MKF jako dostačující, zda se jim zdá formulář přehledný, co si myslí o výběru hodnotících položek a zdali jim ve formuláři něco chybělo nebo se naopak ukázalo jako zbytečné apod. Také na základě této zpětné vazby, byla k hodnotícímu formuláři přidána možnost kódovat další z komponent MKF – aktivity a participace, a doplněn výstup z hodnocení. Samotný formulář je poměrně obsáhlý a rozložený na několik stran, což nemusí dělat dobrý první dojem. Autorka však chtěla, aby poskytoval dostatek prostoru pro případné poznámky a byl při hodnocení vodítkem a terapeut tak získal představu, na co vše je možné a žádoucí zaměřovat svou pozornost. U klienta se poté kódují pouze relevantní položky. Vzhledem k charakteru diplomové práce a hlavnímu cíli, je v praktické části zachycen spíše průběh tvorby hodnotícího formuláře než jeho následné praktické využití. Dalším krokem by tedy bylo v praxi vyzkoušet konečnou podobu hodnocení a získat komplexní zpětnou vazbu. Práce je zaměřena na dospělé klienty se získaným poškozením mozku v subakutní a chronické fázi onemocnění. Spolupráce byla navázána s klientky s rozličným funkčním stavem, potřebami a komplexními následky. Formulář pro hodnocení domácího prostředí je ve výsledku využitelný pro osoby s fyzickým postižením bez ohledu na stanovenou diagnózu.

Dílčím cílem diplomové práce bylo u klientů se získaným poškozením mozku identifikovat bariéry domácího prostředí, určit stávající facilitátory a eventuálně navrhnout další kompenzační pomůcky nebo úpravy v domácím prostředí k dosažení optimální soběstačnosti. Faktory prostředí byly stanoveny u každého z klientů a prezentovány v samotných případových studiích. Výsledkem je seznam nejčastějších facilitujících faktorů a bariér domácího prostředí osob se získaným poškozením mozku, který je prezentován v závěru praktické části diplomové práce v podobě dvou tabulek. Tyto informace byly následně využity rovněž k vytvoření výstupu z hodnocení domácího prostředí dle MKF.

Autoři Marcheschi et al. (2017) ve své přehledové studii prezentují identifikované facilitátory a bariéry domácího prostředí pacientů po cévních mozkových příhodách. Člověk s disabilitou by měl být schopen samostatně vstoupit/opustit domácnost a měl by mít rovněž možnost samostatného pohybu v rámci domácího prostředí. Špatné uspořádání nábytku nebo situování jednotlivých místností může bránit v pohybu za použití kompenzační pomůcky. Kluzké povrchy mohou představovat potenciální riziko pádu. V těchto případech se jako facilitující faktory jeví například odstranění nadbytečného nábytku nebo jeho vhodnější uspořádání, situování potřebných místností v rámci jednoho podlaží, odstranění prahů či implementace protiskluzového povrchu. Při hodnocení domácího prostředí jednotlivých klientů autorka získala podobnou zkušenost. Například v rámci zaznamenání zvýšeného rizika pádů doporučovala odstranění prahů, malých koberečků nebo pořízení protiskluzové podložky. Za časté facilitující faktory jsou považovány kompenzační pomůcky jako mechanické vozíky, pomůcky pro mobilitu obecně, sedačky na vanu, násadce na WC nebo nájezdové rampy. U navštěvovaných klientů se jednotlivé facilitující faktory často opakovaly, a zahrnovaly všechny ze zvýše zmíněných kompenzačních pomůcek. Marcheschi et al. (2017) uvádí, že většina dohledaných článků se zabývala bariérami a facilitátory převážně z hlediska mobility. Důležitým prvkem, rovněž zmiňovaným ve studii v souvislosti s mobilitou, bylo zábradlí. Tento facilitátor se ukázal jako významný také v případě dvou klientek, které byly schopny s oporou o zábradlí samostatně a bezpečně chůze do schodů. V závěru studie je uvedeno, že facilitující faktory se musí slučovat s daným prostředím. I tuto situaci autorka v rámci diplomové práce řešila. A to v případě, kdy se šířka mechanického vozíku, který byl kompletně podporujícím facilitátorem, neslučovala s rozměry výtahu či dveří. V průběhu práce se ukázalo, že facilitátory a bariérami nemusí být pouze fyzické faktory prostředí, ale rovněž sociální či postojoyé aspekty.

Diplomová práce je atypická způsobem prezentování dat. Jako hlavní metoda analýzy dat byla zvolena analýza předem navrženou kostrou o případu. Na základě výzkumných otázek byla navržena kostra zprávy – formulář hodnocení domácího prostředí, která určovala sběr a analýzu dat. V rámci případových studií byla poté představena jednak spolupráce s klientem, ale rovněž postup při vývoji formuláře. Celý proces měl iterativní charakter. Aktuální zpráva byla postupně vylepšována až do její finální podoby.

4 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě studií a vlastní práce v domácím prostředí osob po poškození mozku navrhnout hodnocení domácího prostředí dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Dílčím cílem poté bylo identifikovat bariéry domácího prostředí, určit stávající facilitátory a eventuálně navrhnout další kompenzační pomůcky a úpravy v domácím prostředí k dosažení optimální soběstačnosti.

Oba cíle byly splněny. Teoretická část diplomové práce byla věnována získanému poškození mozku, Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), byla obecně představena problematika hodnocení domácího prostředí a popsány zejména zahraniční hodnotící nástroje. V rámci praktické části byl zachycen proces vytváření hodnotícího formuláře, ale také ergoterapeutická intervence v domácím prostředí klientů se získaným poškozením mozku. Samotným výstupem práce je formulář pro hodnocení domácího prostředí dle MKF, který lze využít u osob s fyzickou disability. Tento formulář by měl zefektivnit práci ergoterapeuta a poskytnout vodítko, jak při hodnocení domácího prostředí postupovat a na co všechno zaměřovat pozornost. Odpověď na výzkumnou otázku – jaké oblasti a položky hodnocení domácího prostředí jsou zásadní při ergoterapeutické evaluaci bytu, je zachycena v samotném hodnotícím formuláři. Během vytváření formuláře autorka došla k závěru, že při hodnocení domácího prostředí je nejefektivnější začít funkčním hodnocením a to následně posuzovat v přímé souvislosti s faktory prostředí. Nepostupovat při hodnocení dle jednotlivých místností, ale nechat si nejprve předvést funkční aktivitu a skrze tu se dostat do konkrétní místnosti. Při hodnocení záleží na funkčním stavu klienta a způsobu bydlení, ne vždy je nutné projít všechny položky. Ergoterapeut by měl volit ke každému klientovi individuální přístup a vše posuzovat v souvislostech. Do formuláře byla postupně zanesena také klasifikace MKF. V rámci hodnocení je možné kódovat dvě komponenty MKF: „e“ Faktory prostředí a „d“ Aktivity a participace. Klasifikace je celosvětově využívaná a Světovou zdravotnickou organizací (WHO) doporučována ke zhodnocení zdravotního a funkčního stavu člověka v úzké souvislosti s faktory prostředí. V České republice je však prozatím možno se setkat s jejím nízkým zapojením do praxe a nedostatečným doceněním jejího přínos. Přičemž možnosti využití jsou široké. V rámci působení interprofesního týmu na

pracovišti, kdy by každý člen hodnotil komponenty a domény odpovídající jeho odbornosti, by mohla být zajištěna například efektivnější komunikace uvnitř týmu nebo účinnější způsob zpracování dat.

U každého z navštěvovaných klientů byly stanoveny faktory prostředí. Ucelený přehled nejčastějších facilitujících faktorů a bariér, ve vztahu k MKF, klientů se získaným poškozením mozku je uveden na konci praktické části diplomové práce. Zjištěná data byla rovněž využita pro účely výstupu hodnotícího formuláře. Praktická část diplomové práce popisuje proces vzniku hodnotícího formuláře. Jeho finální verze (viz příloha č. 7) byla vytvořena až po ukončení spolupráce s posledním z klientů. Dalším krokem by tedy bylo testování jeho konečné podoby v praxi ve spolupráci s větším počtem hodnotitelů a s případnou následnou standardizací nástroje.

Domácí prostředí je odrazem individuálních hodnot a je spojováno s osobní identitou jedince. Proto by měl být terapeut při hodnocení a navrhování potřebných změn citlivý a klient by měl být do tohoto procesu plně zapojen.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AOTA. Environmental Modification Specialty Certification Occupational Therapist: Critical Reasoning Scenario Assessments– Criterion 6. In: *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. 2013 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://bit.ly/2NEJofm>

AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017, **68**, 1-48 [cit. 2018-11-17]. DOI: 10.50.2014.682006. Dostupné z: <https://bit.ly/2vJ3deN>

AOTA. Standards of Practice for Occupational Therapy. *American Occupational Therapy Association* [online]. 2010, **64**(4), 106-111 [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <https://bit.ly/2JVnZzD>

ASHER, Ina Elfant. *Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index*. Bethesda, MD: AOTA Press, 2007. ISBN 978-1569002360.

BARTOŠ, Aleš, a kol. Česká tréninková verze Montrealského kognitivního testu (MoCA-CZ1) k časně detekci Alzheimerovy nemoci. *Česká a slovenské neurologie a neurochirurgie*. [online]. 2014, **77/110**(5), 587-594 [cit. 2018-05-17]. Dostupné z: goo.gl/xQlxPn

BEZDÍČEK, Ondřej, a kol. Validita Montrealského kognitivního testu pro detekci mírné kognitivní poruchy u Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenské neurologie a neurochirurgie*. [online]. 2014, **77/110**(1), 47-53 [cit. 2018-05-17]. Dostupné z: goo.gl/BeVXYG

BOYT SCHELL, Barbara A., Glen GILLEN a Marjorie E. SCAFFA. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 978-1451110807.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. O modifikaci domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. In: *Pečujdoma.cz* [online]. Vydáno díky podpoře MZ ČR, 2004 [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://bit.ly/2L5QI1F>

Česká Asociace Ergoterapeutů [online]. © 2008. Poslední úprava: 8. 4. 2018 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <https://bit.ly/2yUKnSM>

Členové terminologické skupiny ČAE. Odsouhlasené definice terminologické skupiny ENOTHE. In: *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. © 2008. Poslední úprava: 15. 11. 2015 [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <https://bit.ly/2FbbjDp>

ČSÚ. Ukončení povinného používání MKF [online]. CSU 2013 [cit. 2018-27-11]. Dostupné z: <https://bit.ly/2Q19RbN>

DANIEL, H. et al. Evaluation of a novel photography-based home assessment protocol for identification of environmental risk factors for falls in elderly persons. *Swiss Medical Weekly* [online]. 2013, **143**, w13884 [cit. 2018-27-11]. DOI: 10.4414/smw.2013.13884. ISSN 1424-7860. Dostupné z: <https://bit.ly/2ArpSgk>

DANIELOVÁ, Barbora a kol. Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2015 [cit. 2018-07-09]. Výstup ze stejnojmenného projektu. Dostupné z: <https://bit.ly/2m3aeRz>

D'CRUZ, Kate, Linsey HOWIE a Primrose LENTIN. Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2016, **23**(1), 30-38 [cit. 2017-12-16]. DOI: 10.3109/11038128.2015.1057521. ISSN 1103-8128. Dostupné z: goo.gl/nK49jV

DENZIN, Norman K. a Yvonna S. LINCOLN. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 2000. ISBN 0761915125.

DRUMMOND, A. E. R. et al. Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2013, **27**(5), 387-397 [cit. 2018-27-11]. DOI: 10.1177/0269215512462145. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <https://bit.ly/2TRdRK2>

Extended Home Living Service: a lifeway mobility company [online]. © 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.ehls.com/>

- FISHER, Grace S., et al. Home Modification Outcomes in the Residences of Older People as a Result of Cougar Home Safety Assessment (Version 4.0) Recommendations. *Californian Journal of Health Promotion* [online]. 2008, **6**(1), 87-110 [cit. 2018-03-14]. ISSN 1545-8717. Dostupné z: goo.gl/jk9bdU
- GITLIN, L. N., et al. Evaluating home environments of persons with dementia: interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). *Disability and Rehabilitation* [online]. 2002, **24**(1-3), 59-71 [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.1080/09638280110066325. ISSN 0963-8288. Dostupné z: goo.gl/4vwsrF
- GRIVNA, Michal a Veronika BENEŠOVÁ. *Bezpečný domov pro seniory: rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života*. Praha : Centrum úrazové prevence, 2002. ISBN: 80-238-9459-5.
- HARDY, Peta. Powered wheelchair mobility: An occupational performance evaluation perspective. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2004, **51**(1), 34-42 [cit. 2018-05-20]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2004.00413.x. ISSN 1440-1630. Dostupné z: <https://bit.ly/2MyzVWv>
- HAVELKOVÁ, Markéta. *Hemoragické cévní mozkové příhody* [online]. 2014 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://bit.ly/2DIh0WZ>
- HELLE, Tina, et al. The Nordic Housing Enabler: Inter-rater reliability in cross-Nordic occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **21**(5), 71-79 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.3109/11038128.2014.952907. ISSN 1103-8128. Dostupné z: goo.gl/afdrs7
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003-2010. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2012 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://bit.ly/2PUcgF2>

HOY, Jane. Occupational Therapy Home Assessments: More than Just a Visit? An Audit of Occupational Therapy Practice in Oncology and Palliative Care. *The British journal of occupational therapy* [online]. 2008, **71**(2), 59 [cit. 2018-27-11]. DOI: 10.1177/030802260807100204. ISSN 03080226. Dostupné z: <http://goo.gl/pbt1hj>

HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738161.

CHANDLER, Julie, M., et al. Special Feature: The Home Assessment Profile – A Reliable and Valid Assessment Tool. *Topics in Geriatric Rehabilitation* [online]. 2001, **16**(3), 77-88 [cit. 2018-03-15]. ISSN 0882-7524. Dostupné z: goo.gl/fycKor

CHIATTI, Carlos a Susanne IWARSSON. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **21**(5), 323-333 [cit. 2018-04-20]. ISSN 11038128. Dostupné z: <https://bit.ly/2JNGzpO>

CHIU, Teresa, et al. *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation – Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER-HOME), Version 3 Instruction manual*. Toronto, ON: COTA Health, 2006.

IWARSSON, Susanne. The Housing Enabler: An Objective Tool for Assessing Accessibility. *British Journal of Occupational Therapy*. [online]. 1999, **62**(11), 491-497 [cit. 2018-11-02]. DOI: 10.1177/030802269906201104. Dostupné z: <https://bit.ly/2qsZ0bb>

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. Koncepce oboru ergoterapie. In: *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. © 2008. Poslední úprava: 15. 11. 2015 [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: <https://bit.ly/2Mvul76>

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675837.

KENNEDY, Ann Blair, et al. Process for massage therapy practice and essential assessment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [online]. 2016, **20**(3), 484-496 [cit. 2018-05-13]. DOI: 10.1016/j.jbmt.2016.01.007. ISSN 13608592. Dostupné z: <https://bit.ly/219JUFc>

KOPEČEK, Miloslav, et al. Montreal cognitive assessment (MoCA): Normative data for old and very old Czech adults. *Applied Neuropsychology: Adult*. [online]. 2017, **24**(1), 23-29 [cit. 2018-05-17]. Dostupné z: goo.gl/rCNFWQ

KRÁSA, Václav. Informace předsedy NRZP ČR. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. © 2010. Poslední úprava: 7. 2. 2018 [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <https://bit.ly/2OLm4Me>

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

LIEN, Laura L. et al. Assessment and analysis of housing accessibility: adapting the environmental component of the housing enabler to United States applications. *Journal of Housing and the Built Environment* [online]. 2016, **31**(3), 565-580 [cit. 2018-07-09]. DOI: 10.1007/s10901-015-9475-0. ISSN 1566-4910. Dostupné z: <https://bit.ly/2u8FK1A>

MACKENZIE, Lynette. Evaluation of the clinical utility of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST). *Disability and Rehabilitation* [online]. 2016, **39**(15), 1489-1501 [cit. 2018-03-18]. DOI: 10.1080/09638288.2016.1204015. ISSN 0963-8288. Dostupné z: goo.gl/SmT79f

MACKENZIE, Lynette, Julie BYLES a Nick HIGGINBOTHAM. Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the Items. *British Journal of Occupational Therapy*. [online]. 2000, **63**(6), 260-269 [cit. 2018-11-02]. DOI: 10.1177/030802260006300604. Dostupné z: <https://bit.ly/2qYbpgG>

MACHÁČOVÁ, Kateřina, a kol. *SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: ILA, s.r.o., 2014.

MALLETT, Shelley. Understanding home: a critical review of the literature. *The Sociological Review* [online]. 2004, **52**(1), 62-89 [cit. 2018-04-20]. ISSN 1467-954X. Dostupné z: <https://bit.ly/2JEhuBz>

MARCHESCHI, Elizabeth, et al. Home setting after stroke, facilitators and barriers: A systematic literature review. *Health & Social Care In The Community* [online]. 2017, **26**(4), 451-459 [cit. 2018-27-11]. DOI: 10.1111/hsc.12518. Dostupné z: <https://bit.ly/2FMTcnI>

MARŠÁLEK, Pavel, a kol. *Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku*. Praha: Cerebrum, 2011. ISBN 978-80-904357-5-9.

MPSV. Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR. [online]. 2012 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://bit.ly/2zr5tZo>

O bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2009 [cit. 2018-07-09]. Výstup z projektu Bydlení seniorů. Dostupné z: <https://bit.ly/2N3poln>

PETEROVÁ, Marie. *Etika klinického výzkumu. Informovaný souhlas v klinickém hodnocení* [online]. Praha, 2014 [cit. 2018-05-17]. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Školitel prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. Dostupné z: <https://bit.ly/2IroSvr>

PIMDEE, Atipong a Nomjit NUALNETR. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand. *Home Health Care Services Quarterly* [online]. 2017, **36**(2), 81-95 [cit. 2018-09-15]. DOI: 10.1080/01621424.2017.1326332. ISSN 0162-1424. Dostupné z: <https://bit.ly/2OoN74C>

POLÁČKOVÁ, Kateřina. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. ISBN 9788026087533.

POWELL, Trevor. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-667-4.

PUTTHINOI, Supawadee, Suchitporn LERSILP a Nopasit CHAKPITAK. Home Features and Assistive Technology for the Home-Bound Elderly in a Thai Suburban Community by Applying the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal of Aging Research* [online]. 2017, 1-9 [cit. 2018-10-03]. DOI: 10.1155/2017/2865960. ISSN 2090-2204. Dostupné z: <https://bit.ly/2L6HENh>

RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A. Trombly LATHAM, eds. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 7th ed. Baltimore: Wiley, 2014. International Edition. ISBN 978-1-4511-8921-6.

RANDRTRÖM, Kerstin Björkman, Kenneth ASPLUND a Marianne SVEDLUND. Impact of environmental factors in home rehabilitation - a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disability & Rehabilitation* [online]. 2012, **34**(9), 779-787 [cit. 2017-08-08]. DOI: 10.3109/09638288.2011.619621. ISSN 0963-8288. Dostupné z: goo.gl/wOCRvc

RIGBY, Patricia et al. Chapter 17: Measuring Environmental Factors. *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy*. 2nd ed. Thorofare, NJ: SLACK, 2005, s. 315. ISBN 1556426836.

ROBNETT, Regula et al. Validation of the Safe at Home Screening with Adults Who Have Acquired Brain Injury. *Occupational therapy in health care* [online]. 2016, **30**(1), 16-28 [cit. 2016-07-09]. DOI: 10.3109/07380577.2015.1044691. ISSN 07380577. Dostupné z: <https://bit.ly/2L2vdio>

ROHLENOVÁ, Eva. *Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie: Dotazníkové šetření mezi českými i zahraničními ergoterapeuty o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů/klientů*. [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-10-07]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Školitel Bc. Zuzana Rodová, M.Sc. Dostupné z: <https://bit.ly/2yb2xPI>

ROMLI, Muhammad Hibatullah et al. The Clinimetric Properties of Instruments Measuring Home Hazards for Older People at Risk of Falling: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions* [online]. 2016, **41**(1), 82-128 [cit. 2018-07-09]. DOI: 10.1177/0163278716684166. ISSN 0163-2787. Dostupné z: <https://bit.ly/2L3L8gt>

Royal College of Physicians and British Society of Rehabilitation Medicine. *Rehabilitation following acquired brain injury: national clinical guidelines*. London: Lavenham Press, 2003. ISBN 1-86016-194-4.

RYBÁŘOVÁ, Kateřina. *Ergoterapeutická evaluace pracovního prostředí osob s fyzickou disabilitou: Vytvoření nástroje „ERGOHoP-P.“* [online]. Praha, 2017 [cit. 2018-27-11]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Školitel Bc. Zuzana Rodová, M.Sc. Dostupné z: <https://bit.ly/2BDhhJn>

SCHELL, Barbara A. Boyt, Glen GILLEN a Marjorie E. SCAFFA. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. International edition. ISBN 978-145-1189-070.

STAMM, Tanja A., et al. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2006, **53**(1), 9-17 [cit. 2018-05-20]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2005.00513.x. ISSN 1440-1630. Dostupné z: <https://bit.ly/2HVZSvm>

STARK, Susan L., Emily K. SOMERVILLE a John C. MORRIS. In-Home Occupational Performance Evaluation (I-HOPE). *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, **64**(4), 580-589 [cit. 2018-03-18]. DOI: 10.5014/ajot.2010.08065. ISSN 1943-7676. Dostupné z: goo.gl/z8Tpho

SÜSSOVÁ, Jana. Vývoj neurorehabilitace v České republice v kontextu se světovou neurorehabilitací. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 125-127 [cit. 2017-04-03]. ISSN 1080-2711. Dostupné z: <https://bit.ly/2H93WJO>

SVĚCENÁ, Kateřina. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 133-135 [cit. 2017-04-03]. ISSN 1080-2711. Dostupné z: <https://bit.ly/2q0Q11g>

SVĚCENÁ, Kateřina. *Praktická aplikace ICF* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2018-04-03]. Disertační práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Školitel doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. Dostupné z: goo.gl/1UEy9U

ŠEBLOVÁ, Jana, Jiří KNOR a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠESTÁKOVÁ, Irena a Pavel LUPAČ. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3225-1.

ŠVESTKOVÁ, Olga, et al. *Metodický materiál k realizaci poradenských programů pro osoby se zdravotním postižením: Obecný výkladový slovník systému pracovní rehabilitace*. Rozvojové partnerství PENTACOM, 2008. Dostupné z: <https://bit.ly/2t6bE0T>

ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

ŠVESTKOVÁ, Olga. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 136-139 [cit. 2017-04-03]. ISSN 1080-271. Dostupné z: <https://bit.ly/2JhgtvN>

ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ a Petra SLÁDKOVÁ. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2009, **72/105**(6), 580-586 [cit. 2018-09-10]. Dostupné z: <https://goo.gl/2QMRQV>

TEMPEST, Stephanie a Anne MCINTYRE. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* [online]. 2006, **28**(10), 663-667 [cit. 2018-09-10]. DOI: 10.1080/09638280500276992. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://bit.ly/2C2DTUd>

TEMPEST, Stephanie, et al. To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability & Rehabilitation* [online]. 2012, **34**(20), 1686-1694 [cit. 2017-08-08]. DOI: 10.3109/09638288.2012.658489. ISSN 0963-8288. Dostupné z: goo.gl/cuSmgD

ÚZIS. Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 1210-8731.

WEEKS, Ashley Lynn, Beth Ahlquist LAMB a Noralyn Davel PICKENS. Home Modification Assessments: Clinical Utility and Treatment Context. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 2010, **28**(4), 396-409 [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.3109/02703180903528405. ISSN 0270-3181. Dostupné z: <https://bit.ly/2DZh5GZ>

WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

ZASLER, Nathan D., Douglas I. KATZ a Ross D. ZAFONTE. *Brain injury medicine: principles and practice*. New York, NY: Demos Medical Pub., 2013. ISBN 978-1936287277.

ZEMAN, M. Uživatelská příručka. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Návod k použití. ICF [formát PDF]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2010 [cit. 2018-27-11], 6 s. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/M>

SEZNAM ZKRATEK

a.	arteria
ADL	Activities of Daily Living
AOTA	American Occupational Therapy Association
apod.	a podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
b.	bodů
BSRM	British Society of Rehabilitation Medicine
CASPAR	Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents
cm	centimetr
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMP	cévní mozková příhoda
Cougar	Cougar Home Safety Assessment
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČSÚ	Český statistický úřad
FIM	Functional Independence Measure
HAP	Home Assessment Profile
HEAP	Home Environmental Assessment Protocol
HOME FAST	Home Falls and Accidents Screening Tool
iADL	instrumental Activities of Daily Living
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
I-HOPE	In-Home Occupational Performance Evaluation

JIP	jednotka intenzivní péče
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
m	metr
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MHD	městská hromadná doprava
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MOHO	Model of Human Occupation
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
NRZP	Národní rada osob se zdravotním postižením
OPM(A)	Occupational Performance Model (Australia)
pADL	personal Activities of Daily Living
PDK	pravá dolní končetina
PEO	Person-Environment-Occupation Model
PEOP	Person-Environment-Occupation-Performance model
PHK	pravá horní končetina
RCP	Royal College of Physicians
SAFER-HOME	Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement and Evaluation
SEMAFOR home	Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home
st.p.	status post
Sb.	sbírky
tzv.	takzvaně
tj.	to je, to jest

ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WHODAS	WHO Disability Assessment Schedule

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – MKF Biopsychosociální model

Obrázek č. 2 – MKF Hodnotící škála

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Nejčastější následky získaného poškození mozku

Tabulka č. 2 – Intervenční strategie hodnocení domácího prostředí s doporučenými hodnotícími nástroji

Tabulka č. 3 – MKF Faktory prostředí, klient 1

Tabulka č. 4 – MKF Faktory prostředí, klient 2

Tabulka č. 5 – MKF Faktory prostředí, klient 3

Tabulka č. 6 – MKF Faktory prostředí, klient 4

Tabulka č. 7 – MKF Faktory prostředí, klient 5

Tabulka č. 8 – MKF Faktory prostředí, klient 6

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas klienta

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pacienta pro účely projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Příloha č. 3 – První verze popisné části záznamového formuláře

Příloha č. 4 – Pracovní verze formuláře inspirovaná hodnocením SEMAFOR home, hodnotící položky koupelna

Příloha č. 5 – Pracovní verze formuláře zachycující funkční hodnocení dle FIM, hodnotící položky koupelna

Příloha č. 6 – Třetí pracovní verze formuláře, hodnotící položky koupelna

Příloha č. 7 – Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí, hodnotící formulář

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

Vážený/á pane/paní, jmenuji se Dorota Podzemná a jsem studentkou navazujícího magisterského studia ergoterapie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Píši diplomovou práci na téma: Facilitující faktory ovlivňující soběstačnost osob se získaným poškozením mozku v domácím prostředí. Objektem mého zájmu je komunitní rehabilitace osob se získaným poškozením mozku, s bližším zaměřením na hodnocení domácího prostředí a možností další ergoterapeutické intervence směřující k zlepšení soběstačnosti. Tímto Vás žádám o spolupráci na výzkumu a o souhlas s poskytnutím výzkumného materiálu. Výzkumným materiálem rozumíme: fotografie a videozáznamy z Vašeho domácího prostředí, informace a záznamy o Vašem zdravotním stavu.

Vyšetřovaná osoba

Jméno:

Příjmení:

Rok narození:

Souhlasím se spolupráci na uvedeném výzkumu. Byl/a jsem řádně poučen/a o podmínkách spolupráce. Moje účast je dobrovolná, svou účast mohu kdykoliv přerušit či z výzkumu odstoupit.

Souhlasím s tím, aby byly pořízeny fotografie či videozáznamy mé osoby a mého zdravotního stavu. Byl/a jsem informován/a, že:

1. Mé osobní údaje budou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.
2. Fotografie či videozáznamy jsou určeny výhradně pro odbornou dokumentaci mého aktuálního stavu a budou využity pro zpracování diplomové práce.
3. Správce je povinen shromažďovat osobní údaje odpovídající pouze stanovenému účelu
a v rozsahu nezbytném pro naplnění stanového účelu.

4. V diplomové práci nebude použito mé jméno, budou použity pouze mé iniciály. Rovněž pro další výzkumné a vědecké účely komunitní a koordinované rehabilitace, mohou být výsledky a data z tohoto výzkumu poskytnuty pouze v anonymizované formě nebo s mým výslovným souhlasem.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s účastí v uvedené diplomové práci a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V.....dne.....

Správce: Dorota Podzemná

Podpis správce:.....

Podpis klienta:.....

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pacienta pro účely projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Informace a informovaný souhlas pacienta s účastí na studii

Vážená paní, vážený pane,

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

Jedním z hlavních cílů prováděného výzkumu je zjistit kvalitu života pacientů po poškození mozku. K tomuto účelu potřebujeme zjistit, jaká je kvalita života pacientů po poškození mozku v předem stanovených časových intervalech od data poškození

(začátek, 3, 6 a 9 měsíců). Zjistit, zda má zapojení multidisciplinárního týmu vliv na kvalitu života.

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

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

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

Datum:

Jméno respondenta:

Podpis:

Souhlas k pořízení a k nakládání s fotografií a videozáznamem

Já, níže podepsaná/ý

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Souhlasím s tím, aby byly pořízeny fotografie či videozáznamy mého zdravotního stavu

v domácím prostředí.

Byl/a jsem informován/a, že

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

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

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

V _____ dne: _____

Podpis pacienta: _____

Podpis osoby, která pacienta s informacemi blíže seznámila: _____

Ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí

Datum:

Hodnotitel:

Popisná část

Klient

Iniciály:

Rok narození (věk):

Pohlaví:

Diagnóza:

Převažující motorické omezení:

Trvání motorického omezení (vrozené, získané):

Očekávaný progres motorického omezení (zhoršení, zlepšení, trvalý stav):

Lokomoce (bez pomůcky, chodítko, berle/hole, el. vozík, mech. vozík):

Kognitivní stav:

Další relevantní zdravotní komplikace:

Domácnost

Způsob bydlení (samostatně, s rodinou, s asistencí):

Charakter bydlení (vlastní, pronajaté, chráněné, zvláštní určení, jiné):

Typ bydlení (přízemní byt, byt v patře, mezonetový byt, přízemní RD, vícepodlažní RD):

Bezbariérové úpravy:

Ostatní

Bariéry, facilitátory (subjektivně):

Kompenzační pomůcky:

Zájmy:

Režim dne:

Příloha č. 4 – Pracovní verze formuláře inspirovaná hodnocením SEMAFOR home, hodnotící položky koupelna

Hodnocení domácího prostředí

<i>Bariéra</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	<i>Poznámky</i>	<i>Foto</i>
----------------	------------	-----------	-----------------	-------------

Koupelna

24. Manipulační prostor
v okolí dveří

25. Šířka/typ dveří

26. Výška prahu

27. Povrch podlahové krytiny

28. Manipulační prostor
v koupelně

29. Konstrukce/velikost vany

30. Konstrukce/velikost
sprchového koutu

31. Umístění doplňků
a hygienických potřeb ve
sprše/vaně

32. Umístění/konstrukce
baterie/zátky ve vaně/
sprchovém koutě

33. Umístění/konstrukce
držáku na sprchu

34. Sklon podlahy s vodovodním
odpadem/vjezdový sprchový
kout (odtok vody)

35. Umístění/konstrukce
umyvadla

36. Prostor pod umyvadlem

37. Umístění/konstrukce
baterie/zátky v umyvadle

Příloha č. 5 – Pracovní verze formuláře zachycující funkční hodnocení dle FIM testu, hodnotící položky koupelna

OSOBNÍ HYGIENA, KOUPÁNÍ

	<i>FIM</i>	<i>Poznámky</i>
Osobní hygiena		
Koupání		

KOUPELNA *Bariéra* *Facilitátor* *MKF* *Poznámky*

Šířka/typ dveří				
Výška prahu				
Povrch podlahové krytiny				
Manipulační prostor v koupelně				

.....

Příloha č. 6 – Třetí pracovní verze formuláře, hodnotící položky koupelna

Hodnocení domácího prostředí

KOUPELNA

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

Osobní hygiena:
Koupání:
Přesun vana/sprchový kout:

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilitátor	Riziko pádu	MKF	Poznámky
Prostor v okolí dveří					
Šířka dveří					
Výška prahu					
Povrch podlahové krytiny					

Prostor v koupelně					
Vana/sprchový kout					
Baterie/zátka ve vaně/sprch. koutě					
Držák na sprchu					
Umyvadlo					
Baterie/zátka v umyvadle					

Jiné:

ERGOTERAPEUTICKÉ HODNOCENÍ DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ

Hodnotící formulář

Tento formulář slouží k hodnocení domácího prostředí klienta s fyzickým postižením. Měl by ergoterapeutům poskytnout vodítko, jak při hodnocení postupovat a čemu věnovat pozornost. Jednotlivé položky jsou seřazeny takovým způsobem, aby bylo hodnocení co možná nejefektivnější. Formulář je rozdělen na část popisnou a samotné hodnocení domácího prostředí.

Popisná část je hodnocena formou rozhovoru s klientem, případně rodinnými příslušníky. Slouží ke sběru anamnestických údajů týkajících se zejména klientova zdravotního stavu a způsobu bydlení. *Hodnocení domácího prostředí* poté probíhá pomocí zúčastněného pozorování. Ergoterapeut spolu s klientem dle potřeby, vzhledem k jeho funkčnímu stavu, postupně prochází jednotlivé místnosti domácnosti. Ke každému klientovi by měl být zvolen individuální přístup a vše by mělo být posuzováno komplexně a v souvislostech. Formulář je navržen tak, aby bylo prostředí hodnoceno ve vztahu k pADL a iADL aktivitám. Ke každé místnosti je přiřazena funkční aktivita, která je v dané místnosti většinou prováděna. Ergoterapeut tedy nejprve hodnotí funkční aktivitu (kterou si od klienta nechá názorně předvést), ale rovnou v souvislosti s prostředím. Formulář je poměrně obsáhlý, ale u každého klienta se hodnotí pouze relevantní položky. U těchto položek je poté zaznamenáno, zda se jedná o bariéru, facilitátor a pro orientaci a zdůraznění, zda hrozí riziko pádu. Formulář je navržen dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - MKF (v originálu International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF), dále jen MKF⁵, každá položka tedy obsahuje kód odkazující na tuto klasifikaci. V rámci formuláře je možné hodnotit nejen faktory prostředí, ale také další z komponent MKF – aktivity a participace. Návod, jak postupovat při hodnocení MKF je prezentován na následujících stránkách. Pro zaznamenání výstupu z hodnocení dle MKF je možné využít předem připravené tabulky na konci hodnocení.

⁵ WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008.

Popis hodnocení dle MKF

Ke každé relevantní položce přiřaďte hodnotu **kvalifikátoru**. Kvalifikátory jsou stejné pro všechny komponenty a domény MKF. Určují stupeň zdraví nebo závažnost problému. Bez kvalifikátoru nemá kód smysl. Kóduje se jako jedno nebo více čísel za tečkou v každém kódu.⁶

Hodnocení tíže disability⁷

xxx.0 – žádný problém	(nepřítomen, zanedbatelný,...)	0-4 %
xxx.1 – mírný problém	(nepatrný, mírný,...)	5-24 %
xxx.2 – střední problém	(střední, snesitelný,...)	25-49 %
xxx.3 – těžký problém	(vysoký, extrémní,...)	50-95 %
xxx.4 – úplný problém	(totální,...)	96-100 %
xxx.8 – nespecifický problém		
xxx.9 – nelze aplikovat		

0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém.

1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25 % času, s intenzitou, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.

2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50 % času s intenzitou, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.

3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50 % času, s intenzitou, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.

4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95 % času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.

8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.

9 Neaplikovatelné znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód.

⁶ ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017.

⁷ WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008.

Aktivity a participace „d“

Komponenta aktivity a participace se značí písmenem „d“. Při kódování přiřadíte hodnotu dvou kvalifikátorů – výkon (participace) a kapacita (aktivita). Systém kvalifikátorů zobrazuje tabulka č. 1.

První kvalifikátor: Výkon (participace)	Druhý kvalifikátor: Kapacita (aktivita)
<ul style="list-style-type: none">• aktuální výsledek efektu prostředí na funkční schopnosti člověka• výkon osoby v aktuálním prostředí• závislost na prostředí	<ul style="list-style-type: none">• schopnosti člověka bez ovlivnění prostředí• kapacita osoby bez facilitujících nebo bariérových prvků prostředí• bez závislosti na prostředí

Tabulka č. 1 – Aktivity a participace: systém kvalifikátorů⁸

Faktory prostředí „e“

Komponenta faktory prostředí se značí písmenem „e“. Při kódování zaznamenáváme, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor (má před číslem znaménko +). V rámci formuláře u relevantních položek zaznamenejte, zda se jedná o bariéru nebo facilitátor a přiřadíte vhodný kvalifikátor. V případě sloučených položek poté navíc rozhodněte, v dalším sloupci, o výsledné hodnotě kvalifikátoru pro tyto položky.

Bariéra	Facilitátor
0 Není bariéra	0 Není facilitátor
1 Lehká bariéra	+1 Lehce podporující facilitátor
2 Středně těžká bariéra	+2 Středně podporující facilitátor
3 Těžká bariéra	+3 Podstatně podporující facilitátor
4 Kompletní bariéra	+4 Kompletně podporující facilitátor
8 Nespecifická bariéra	+8 Nespecifický facilitátor
9 Nelze použít	+9 Nelze použít

Tabulka č. 2 – Faktory prostředí: kvalifikátor

⁸ ŠVESTKOVÁ, Olga. Rehabilitace motoriky člověka úvod. In: *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2017.

Datum:

Hodnotitel:

Popisná část

Klient

Jméno, příjmení:	Rok narození/věk:
Základní diagnóza:	
Další relevantní zdravotní komplikace:	
Kognitivní stav:	

Domácnost

Způsob bydlení: <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> s asistencí <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte
Charakter bydlení: <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> pronajaté <input type="checkbox"/> podporované <input type="checkbox"/> chráněné <input type="checkbox"/> jiné – upřesněte
Typ bydlení: <input type="checkbox"/> přízemní byt <input type="checkbox"/> byt v patře <input type="checkbox"/> mezonet. byt <input type="checkbox"/> přízemní RD <input type="checkbox"/> vícepodlažní RD
Bezbariérové úpravy:

Ostatní

Bariéry (subjektivně):	Facilitátory (subjektivně):
Kompenzační pomůcky:	
Zájmy:	
Režim dne:	
Sociální kontakty:	

Hodnocení domácího prostředí

VSTUP DO OBYDLÍ/DOMÁCNOSTI

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Chůze/Jízda na vozíku: (Chůze/Pohyb za použití různých zařízení)	d 450		
Schody:	d 465		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Přístupová cesta (povrch, šířka, sklon, charakter,...)				e 1500		
Schody				e 1550		
Vstup do obydlí (šířka, výška prahu, způsob otvírání/zavírání – klika, zámek)						
Vstupní dveře do bytu (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika, zámek)						
Manipulační prostor – šířka chodby, povrchová úprava				e 1552		
Výtah				e 1501		

Poštovní schránka				e 1551		
Domácí telefon						

Jiné:

KOUPELNA

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Osobní hygiena: (Péče o části těla)	d 520		
Koupání: (Sám se umýt)	d 510		
Přesun vana/sprchový kout: (Měnění základní pozice těla, Přemístování)	d 410 d 420		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550		

Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552		
Vana/sprchový kout				e 1150		
Baterie/zátka ve vaně/sprch. koutě						
Držák na sprchu						
Umyvadlo						
Baterie/zátka v umyvadle						

Jiné:

WC

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Použití WC: (Používání toalety)			
Kontrola močení, vyprazdňování:	d 530		
Přesun WC: (Měnění základní pozice těla, Přemístování)	d 410 d 420		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550		
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552		
Toaleta				e 1150		
Splachovací zařízení						
Umístění toaletního papíru						

Jiné:

KUCHYNĚ, JÍDELNA (PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ)

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Příjem jídla: (Jídlo, Pití)	d 550		
	d 560		
Přesun židle: (Měnění základní pozice těla, Přemístování)	d 410		
	d 420		

Příprava jídla: (Příprava jídla)	d 630		
Nakupování: (Získávání nezbytných věcí)	d 620		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550		
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552		
Pracovní deska				e 1150		
Dřez						
Baterie/zátka dřezu						
Odpadkový koš						
Kuchyňské spotřebiče (lednice, varná deska, trouba, malé kuchyň. spotřebiče, pračka)						
Jídelní stůl						

Úložné prostory				e 1551		
-----------------	--	--	--	--------	--	--

Jiné:

LOŽNICE

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Oblékání: (Oblékání)	d 540		
Přesun postel: (Měnění základní pozice těla, Přemístování)	d 410 d 420		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550		
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552		

Postel				e 1150		
Nábytek						

Jiné:

OBÝVACÍ POKOJ

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Přesun sedací souprava/křeslo: (Měnění základní pozice těla, Přemístování)	d 410		
	d 420		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Dveře (šířka, výška prahu, způsob otevírání/zavírání – klika)				e 1550		
Manipulační prostor – šířka místnosti, povrchová úprava				e 1552		
Nábytek				e 1150		

Jiné:

PRACOVNÍ PROSTOR

Hodnocení funkčních aktivit v dané místnosti

MKF Kvalifik.

Funkční komunikace (mobilní telefon, PC): (Používání komunikačních pomůcek a technik)	d 360		
Vedení domácnosti/finance: (Ekonomická soběstačnost)	d 870		

Hodnocení místnosti

	Bariéra	Facilit.	Riziko pádu	MKF	Výsledný kvalifik.	Poznámky
Pracovní stůl				e 1150		
Židle						
Úložné prostory						

Jiné:

TECHNICKÉ PROSTORY

garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory

Hodnocení funkčních aktivit

MKF Kvalifik.

Domácí práce: (Vykonávání domácích prací) Vysávání: Úklid: Praní: Věšení prádla: Žehlení:	d 640		
--	-------	--	--

Poznámky:

VENKOVNÍ PROSTORY

zahrada, terasa, balkón

Poznámky:

OSTATNÍ

Hodnocení funkčních aktivit

MKF Kvalifik.

Léky: (Péče o své zdraví)	d 570		
Transport/Rízení: (Používání dopravy/Rízení)	d 470 d 475		
Péče o druhé: (Pomoc druhým)	d 660		
Péče o domácí zvířata: (Péče o předměty v domácnosti)	d 650		

Výstup z hodnocení domácího prostředí dle MKF

AKTIVITY A PARTICIPACE	Kvalifikátor výkonu	Kvalifikátor kapacity
d 360 Používání komunikačních pomůcek a technik		
d 3600 Používání telekomunikační pomůcky (telefon)		
d 3601 Používání psacích strojů (PC, notebook)		
d 410 Měnění základní pozice těla		
d 4100 Poloha vleže		
d 4103 Poloha vsedě		
d 4104 Stoj		
d 420 Přemísťování		
d 4200 Přesun vsedě		
d 4103 Přesun vleže		
d 450 Chůze		
d 4500 Chůze na krátké vzdálenosti (méně než 1 km)		
d 4501 Chůze na dlouhé vzdálenosti (více než 1 km)		
d 4502 Chůze na různém povrchu (schody)		
d 365 Pohyb za použití různých zařízení (vozik, chodítko)		
d 470 Používání dopravy (jako pasažér)		
d 4701 Používání soukromé motorové dopravy		
d 4702 Používání veřejné motorové dopravy		
d 475 Řízení		
d 4751 Řízení dopravního prostředku, poháněného motorem		
d 510 Sám se umýt		
d 5100 Mytí částí těla		
d 5101 Mytí celého těla (vykoupat se, osprchovat se)		
d 5100 Osušit se		
d 520 Péče o části těla		
d 5200 Péče o kůži		
d 5201 Péče o zuby		
d 5202 Péče o vlasy		
d 5203 Péče o nehty na ruce		
d 5204 Péče o nehty na noze		
d 530 Používání toalety		
d 5300 Úprava močení		
d 5301 Úprava defekace		
d 5302 Péče při menstruaci		
d 540 Oblékání		
d 5400 Oblékání		
d 5401 Svlékání		
d 5402 Obouvání		

d 5403 Zouvání		
d 550 Jídlo		
d 560 Pití		
d 570 Péče o své zdraví		
d 5702 Udržování si vlastního zdraví (léky)		
d 620 Získávání nezbytných věcí		
d 6200 Nakupování		
d 630 Příprava jídla		
d 6300 Příprava jednoduchých jídel		
d 6301 Příprava složitých jídel		
d 640 Vykonávání domácích prací		
d 6400 Praní a sušení prádla a oděvů		
d 6401 Úklid kuchyně a zařízení		
d 6402 Úklid obytných prostor		
d 6403 Používání domácích spotřebičů		
d 6405 Odstraňování odpadků		
d 650 Péče o předměty v domácnosti		
d 6506 Péče o zvířata		
d 660 Pomoc druhým		
d 6600 Pomoc druhým při sebeobsluze		
d 6601 Pomoc druhým při hybnosti		
d 6404 Pomoc druhým při stravování		
d 6405 Pomoc druhým při udržení zdraví		
d 870 Ekonomická soběstačnost		
d 8700 Osobní ekonomické zdroje (vedení domácnosti)		

FAKTORY PROSTŘEDÍ	Kvalifikátor bariéra nebo facilitátor
e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání	
e 1101 Léky	
e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 1150 Obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 1151 Technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e 1200 Obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov	
e 1201 Technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov	
e 125 Produkty a technologie pro komunikaci	
e 1250 Obecné produkty a technologie pro komunikaci	
e 140 Produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport	
e 1400 Obecné produkty a technologie pro kulturu, rekreaci a sport	
e 150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	

e 1500 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vchody a východy z budov k veřejnému použití	
e 1501 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání facilitačních prostředků v přístupu a uvnitř budov k veřejnému použití	
e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití	
e 1550 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro vnitřní a vnější vybavení budov pro soukromé použití	
e 1551 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro získání přístupů a facilitačních pomůcek v budovách pro soukromé použití	
e 1552 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro určení směru cesty, označování stopy a míst v budovách pro soukromé užití	
e 310 Nejbližší rodina	
e 320 Přátelé	
e 325 Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství	
e 350 Domácí zvířata	
e 355 Zdravotničtí pracovníci	
e 410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	
e 420 Jednotlivé postoje přátel	
e 425 Jednotlivé postoje známých, vrstevníků, kolegů, sousedů a členů společenství	
e 570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e 5700 Služby sociálního zabezpečení	
e 575 Služby, systémy a principy řízení obecně sociální podpory	
e 5750 Služby obecné sociální podpory	
e 580 Zdravotnické systémy a principy řízení	
e 5800 Zdravotnické služby	