Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008 Natálie Lupienská

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika rehabilitačního lékařství

Význam zapojení rodiny do terapie pacienta

Zmapování současné situace z pohledu ergoterapeutů v ČR

The importance of family involvement in patient therapy

Mapping of the actual situation in the Czech Republic from the occupational therapists´ point of view

Bakalářská práce

Autor: Natálie Lupienská

Vedoucí práce: Bc. Monika Kohoutová

Praha 2008

Jméno a příjmení autora: Natálie Lupienská

Název bakalářské práce: Význam zapojení rodiny do terapie pacienta

Podtitul: Zmapování současné situace z pohledu ergoterapeutů v ČR

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Monika Kohoutová

Rok obhajoby bakalářské práce: 2008

Abstrakt:

Cílem této studie bylo zmapovat současnou situaci v otázce zapojování rodin do terapie pacientů z pohledu ergoterapeutů v České republice. Mapující kvantitativní výzkum probíhal v období březen – duben 2008 u vybraných 51 ergoterapeutů vykonávajících v současné době profesi ergoterapeuta na území ČR. Nástrojem studie byl speciálně vytvořený standardizovaný Anonymní dotazník pro ergoterapeuty rozeslaný e-mailem. Tři základní výzkumné otázky zjišťovaly, zdali se ergoterapeuté denně setkávají s rodinami svých pacientů, zdali s rodinou cíleně pracují a zdali považují zapojení rodiny do terapie svých pacientů za významné. Vedlejší výzkumné otázky pak zjišťovaly vykonávání domácích návštěv terapeuty, postoj k významu domácích návštěv pro terapie s jejich pacienty a také případný zájem o zavedení VZP kódů pro zdravotnické výkony „domácí návštěva“ a „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“. Hlavní výsledky studie přinesly zjištění, že denně se s rodinami pacientů setkává menší polovina oslovených ergoterapeutů, více než polovina terapeutů s rodinami cíleně pracuje a téměř všichni oslovení ergoterapeuté považují zapojení rodiny pro terapie s jejich pacienty za významné.

Klíčová slova:

ergoterapie, zapojení rodiny, mapující studie, postoj ergoterapeutů

Author´s first name and surname: Natálie Lupienská

Title of the bachelor thesis: The importace of family involvement in patient therapy

Sub-title of the bachelor thesis: Mapping of the actual situation in the Czech republic from the occupational therapists´ point of view

Department: Department of Rehabilitation Medicine

Supervisor: Bc. Monika Kohoutová

The year of presentation: 2008

Abstract:

The aim of this study was to map out the current situation of family involvement in patient therapy in the Czech Republic from occupational therapists´ perspective. This quantitative research was carried out in March and April 2008, and 51 occupational therapists (OT) currently working as OTs in the Czech Republic were interviewed. A standardized „Anonymous questionnaire for occupational therapists“, developed for the purpose of this study was used as a research tool. The questionnaires were sent by e-mails and three main questions were asked: Do the OTs meet patients´ families on a daily basis? Do they work goal-directedly with the families? Do they consider family involvement an important aspect of patient therapy? Supplementary questions asked whether OTs perform home visits, whether they consider home visits important in patient therapy and whether they would embrace changes in health care policy, namely the introduction of a new insurance code for “home visits” and “instructing and training of a patient and his/her family.” The main results of this study led to the finding that less than a half of OTs meet patients´ families on a daily basis, more than half of OTs work goal-directedly with the families and almost all OTs consider family involvement an important aspect of patient therapy.

Keywords:

occupational therapy, family involvement, mapping study, attitudes of occupational therapists

Poděkování autora:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Bc. Monice Kohoutové a Šárce Povolné za velmi cenné připomínky a kritické poznámky.

Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Bc. Moniky Kohoutové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Souhlasím s případným zapůjčením své práce pro studijní účely.

V Praze dne 27.6.2008

……...

OBSAH:

1 ÚVOD 10
1. 1 Cíle a výzkumné otázky 11
1. 2 Terminologie 11
1. 2. 1 Pojem terapie a ergoterapie 11
1. 2. 2 Pojem rodina 11
1. 2. 3 Pojem pacient 12
2 TEORETICKÁ ČÁST 13
2. 1 Rodina 13
2. 2 Význam rodiny 13
2. 2. 1 Význam rodiny pro zdraví jedince 14
2. 2. 2 Význam rodiny pro jedince s disabilitou 14
2. 3 Důležitost zapojení rodiny do terapie dle současné literatury 15
2. 4 Přístup zaměřený na rodinu (family - centered approach) 17
2. 5 Postavení rodiny v oblasti pediatrie 18
2. 6 Výzkumy prováděné v oblasti zapojení rodiny do terapie 18
2. 6. 1 Úrovně spolupráce ergoterapeuta s rodinou 18
2. 6. 2 Četnost kontaktu ergoterapeutů s rodinami svých pacientů, konkrétní náplň spolupráce 20
2. 6. 3 Význam zapojení rodiny z pohledu ergoterapeutů 20
2. 6. 4 Několik dalších výzkumů zahrnujících aspekt zapojení rodiny do terapie 21
2. 7 Bariéry zapojení rodiny do terapie 22
2. 8 Vyhláška č. 493/2005 Sb. 23
2. 9 Domácí návštěvy 24
2. 10 Možnosti pro intenzivnější zapojení rodiny do terapie 24
2. 10. 1 Edukace terapeutů 25
2. 11 Rizika spjatá se zapojením rodiny do terapie 25
3 PRAKTICKÁ ČÁST 27
3. 1 Metodika 27
3. 1. 1 Výzkumné otázky 27
3. 1. 1. 1 Hlavní výzkumné otázky 27
3. 1. 1. 2 Vedlejší výzkumné otázky 27
3. 1. 2 Soubor 28

3. 1. 3 Výzkumný nástroj 28
3. 1. 4 Sběr dat 28
3. 1. 5 Způsob analýzy dat a interpretace 29
3. 2 Výsledky 30
3. 2. 1 Charakter souboru 30
3. 2. 2. Výzkumné otázky 33
3. 2. 2. 1 Hlavní výzkumné otázky 33
3. 2. 2. 2 Vedlejší výzkumné otázky 36
4 DISKUSE 40
4. 1 Výsledky a jejich zhodnocení 40
4. 2 Limitace studie 44
4. 3 Návrhy na další uplatnění a využití studie 45
5 ZÁVĚR 46
6 REFERENČNÍ SEZNAM 48
7 PŘÍLOHY 51
Příloha 1: Anonymní dotazník pro ergoterapeuty 51
Příloha 2: Vlastní zkušenosti ze zahraniční stáže na Savonia University of Applied Science ve finském Kuopiu 54

1 ÚVOD

V dnešní době, kdy je neustále zmiňován (a to zejména v souvislosti se západní kulturou) fenomén dehumanizace medicíny, se také stále častěji začínají objevovat volání po návratu k lidskosti a k individuálnímu přístupu ke každému jedinci. Jedním z těchto volání je také snaha vyzdvihnout rodinu jako významný aspekt jedincova života obecně či ve vztahu k terapii, potažmo k ergoterapii. V průběhu studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a následně při mých studijních praxích jsem se mnohokrát setkala s názorem, že je zapotřebí do terapie jedince zapojit také jeho rodinu. Ze zkušeností zemí, které mají v ergoterapii delší tradici vyplývá, že zapojení rodiny do terapie může zásadně pozitivně ovlivnit její průběh a výsledky (usuzuji tak například z přednášek paní Alexandry Graber, ergoterapeutky s dlouholetou praxí v USA a ze svých zahraničních studijních pobytů ve Velké Británii a ve Finsku). Čím dál více se setkávám s názorem, že v ergoterapii v České republice se nyní stále častěji objevuje tzv. přístup zaměřený na klienta (client - centered approach), ve světě pak nabývá na významu tzv. přístup zaměřený na rodinu (family - centered approach). Na základě svých osobních zkušeností jak v roli pacienta, pacientova příbuzného či terapeuta soudím, že rodina je v rehabilitaci v ČR zatím jaksi v pozadí (je-li na rodinu a širší okolí pacienta vůbec brán zřetel). Ani dostupná česky psaná literatura se o zapojení rodiny do terapie příliš nezmiňuje a v případě ergoterapie pak téměř vůbec. Z mého osobního pohledu vnímám zapojení rodiny do terapie jako možnost pro přispění k efektivnější, rychlejší, přirozenější a snad i ekonomicky méně náročné ergoterapii, a proto bych ráda svou prací přispěla k popularizaci tohoto fenoménu. Mou motivací pro výběr tématu bylo neustálé všeobecné zdůrazňování této problematiky, osobní přesvědčení o přínosu aspektu rodiny (nejen) pro ergoterapii a zároveň nedostatek česky psané literatury a publikací na toto téma.

V teoretické části mé práce se zaměřuji na přehled poznatků o zapojení rodiny ve vztahu k ergoterapii, v praktické části pak popisuji svůj kvantitativní výzkum mezi ergoterapeuty v ČR, který jsem realizovala prostřednictvím dotazníkového šetření.

1. 1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem této práce je zdůraznění významu zapojení rodiny do terapie a dále zmapování současné situace v ergoterapeutické praxi z pohledu ergoterapeutů. Vzhledem k tomu, že tato kvantitativní studie je mapující, nikoli ověřující, nebyly pro výzkum sestaveny hypotézy, nýbrž výzkumné otázky.

Mezi hlavní výzkumné otázky, kterými se studie zabývá, patří:

1) Setkávají se ergoterapeuté denně s rodinami/rodinnými příslušníky svých pacientů?

2) Pokud se ergoterapeuté setkávají s rodinami svých pacientů, pracují s nimi cíleně?

3) Domnívají se ergoterapeuté, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s jejich pacienty významné?

Vedlejší výzkumné otázky pak zjišťují provádění domácích návštěv, názor na význam domácích návštěv pro terapii a dále zájem ergoterapeutů o případné zavedení VZP kódů pro výkony „domácí návštěva“ a „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“.

1. 2 Terminologie

1. 2. 1 Pojem terapie a ergoterapie

Přestože zaměření mé práce je ergoterapeutické, často (a zejména v názvu) zmiňuji nadřazený a obecný pojem “terapie“. Vnímám, že pojem „ergoterapie“ je v obecném pojmu „terapie“ zahrnut a že mezi spojeními „zapojení rodiny do terapie“ a „zapojení rodiny do ergoterapie“ není žádný markantní rozdíl. V případech, kdy se objevují určitá specifika, je pojem ergoterapie zdůrazněn.

1. 2. 2 Pojem rodina

Jak bude uvedeno v teoretické části, definice rodiny má mnoho variant. V této práci řadím pod pojem rodina nejen společenství lidí spojené pokrevně či právně, ale zejména také emočně. Stejně jako anglická literatura často řadí pod pojem „family“ také pojem „significant other“ čili osobu blízkou, také já v této práci zahrnuji pod pojem rodina všechny, kteří jsou s osobou v určitém vztahu (přítel/přítelkyně, kamarád/kamarádka, partner/partnerka). Pro zjednodušení však používám jednotný pojem „rodina“.

1. 2. 3 Pojem pacient

Vzhledem k velmi širokému záběru ergoterapie se objevují problémy s terminologií pro označení jednotlivých účastníků terapie. Nejčastěji jsou používány termíny pacient (zejména pro zdravotnickou oblast působení), klient (více pro sociální oblast působení) a také rehabilitant (objevuje se zejména v dokumentech současné legislativy). Studuji na lékařské fakultě, a proto jsem pro svou práci nakonec zvolila termín „pacient“. Neznamená to však, že bych se zde chtěla zaměřit pouze na zdravotnickou oblast. Naopak, ráda bych tuto práci pojala obecně, přestože v tak širokém spektru působení, které ergoterapie zahrnuje, je velmi nelehké cokoli generalizovat či paušalizovat.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2. 1 Rodina

Rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních i psychologických funkcí (Vágnerová, 2004). Dle Vymětala (2003) je rodina systém a zároveň instituce. Tento systém popisuje Vymětal (2003) jako dynamický, usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa. Mezi prvky tohoto systému pak řadí jedince, kteří jsou navzájem spojeni manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adopcí. Mosey (1996) však zdůrazňuje, že jednotliví členové rodiny nemusí být nezbytně spojeni pokrevně nebo manželstvím, ale stačí, když mezi sebou mají intimní vztah, který sami chápou jako rodinný. Zde Mosey (1996) uvádí jako příklad soužití partnerů bez sňatku, homosexuální partnery, rozvedené jedince, kteří si najdou nového partnera s dětmi či bez nich a mnoho dalších situací.

„Rodina je v každé vývojové fázi skupinou jejíž jednotliví členové mají určité sociální role, které nějakým způsobem plní, a jsou ve vzájemných vztazích, jež se v průběhu času mění“ (Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) ještě dále uvádí rozdělení rodin na nukleární, orientační a prokreační, Vymětal (2003) pak do svého rozdělení zařazuje rodiny uzavřené, koaliční, chaotické a jako poslední rodiny vyrovnané a stabilní. Jiné rozdělení můžeme nalézt u Mosey (1996), která zmiňuje rodiny nukleární (nuclear), rozvinuté (extended) a rozšířené (expanded). U Vágnerové (2004) ještě můžeme nalézt termín dysfunkční rodiny a u Vymětala (2003) v neposlední řadě rozdělení na rodinu úplnou a neúplnou.

2. 2 Význam rodiny

Matoušek (2003) na úvod své práce udává, že význam rodiny jako zázemí u nás obecně stoupl. Rodina poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde (Vágnerová, 2004). Vymětal (2003) tento popis zjednodušuje na tvrzení, že rodina poskytuje svým členům domov. Vágnerová (2004) vyzdvihuje, že rodina přispívá i v dospělosti k uspokojení mnoha fyzických potřeb (např. potřeba citové jistoty a bezpečí či seberealizace). Vymětal (2003) pak zdůrazňuje, že rodina velmi výrazně, dlouhodobě až trvale formuje a ovlivňuje lidského jedince a vlastně se stává jeho osudem. Uvádí pak 4 základní

funkce rodin: reprodukční, ekonomicko - zabezpečovací, socializačně – výchovnou a citově – intimní.

2. 2. 1 Význam rodiny pro zdraví jedince

Humphry, González a Taylor (1993) ve své studii citují Dohertyho (1985) a zároveň Ella a Northena (1990), podle nichž rodiny hrají ústřední roli v podpoře zdraví, nezávislosti, psychické pohody a v prevenci nemoci pro každého jejího člena. Vlivem rodiny na zdraví jedince se také hojně zabývá Vymětal (2003): „Kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů v oblasti prevence, etiopatogeneze, léčby a rehabilitace“. Vyzdvihuje pak také, že rodina dokáže pacientovi poskytnout nejlépe nejpřirozenější podporu, jejímž cílem je měnit a učinit subjektivně snesitelným určitý nepříznivý stav či životní období. Matoušek (2003) také zdůrazňuje, že rodina umožňuje svým členům zpracovávat všechny druhy traumat, která je potkávají. A dále dodává, že duševní a tělesné zdraví jednotlivce souvisí s jeho vazbami na rodinu.

2. 2. 2 Význam rodiny pro jedince s disabilitou

Humphry, González a Taylor (1993) se shodují na tom, že rodiny jsou základní složkou rehabilitačního procesu v životě osob s postižením. Následně specifikují, že rodina hraje důležitou roli v životě lidí s fyzickým, vývojovým nebo psychickým postižením. Matoušek (2003) uvádí, že v případě vzniku vážných poruch tělesného nebo duševního zdraví je rodina schopna mobilizovat značné rezervy, poskytnout svému členovi velkou podporu a všemi dostupným prostředky usilovat o návrat do původního stavu. Také Mattingly a Lawlor (2003) zdůrazňují, že způsob, jakým jedinec vnímá svoji disabilitu a z ní vyplývající schopnost začlenit se do běžného života, často silně závisí na jeho vztahu s ostatními členy rodiny a dále zdůrazňují, že rodina je velmi významná pro ovlivnění smyslu a důležitosti terapie, čímž napomáhá terapeutovi měnit terapeutickou intervenci tak, aby byla ještě účinnější. Vymětal (2003) pak upozorňuje, že každá vnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy. Následně ale dodává, že vážné a život ohrožující zdravotní obtíže rodinu sjednocují. Nakonec i Brown, Humphry a Taylor (1997) uzavírají svoji studii tvrzením, že rodina hraje důležitou roli v rehabilitaci osob s disabilitou a v podpoře jejich zapojení do společnosti.

2. 3 Důležitost zapojení rodiny do terapie dle současné literatury

Vymětal (2003) hned na první stránce kapitoly „Rodina a její význam pro jedince“ radí, že do diagnostického, léčebného a případně rehabilitačního procesu musíme zahrnout také pacientovu rodinu. Zdůrazňuje také, že pojetí moderního bioekopsychosociálního přístupu zahrnuje ve své sociální složce jedince zejména jeho rodinu. V souhrnu celé Vymětalovy kapitoly o rodině (2005) také můžeme nalézt radu: „Chceme-li, aby s námi nemocný kvalitně spolupracoval, je žádoucí získat ke spolupráci celou rodinu“. Lippertová – Grünerová (2005) také zdůrazňuje, že ergoterapie obsahuje také poradenskou činnost, orientovanou zvláště na pacienta, ale i na jeho rodinné příslušníky. „V moderních klasifikačních schématech posuzování všech nemocí se prosazuje trend, aby u všech nemocí byla brána v úvahu komponenta osobnostní (psychická) i rodinná.“ (Matoušek, 2003). Také Matějček (1992) zahrnuje do dokonalého systému člověka jeho psychofyzický organismus i s jeho rodinou.

„Zdravotnická zařízení by měla být organizována tak a zdravotníci by měli být vycvičeni tak, aby vyhověli modernímu trendu: dostat maximum péče do rodiny, a je-li nutné nemocného hospitalizovat, podporovat i v této době jeho kontakty s rodinou. Zdravotníci by v ideálním případě měli v členech pacientovy rodiny vidět své spojence. Je nutné, aby se zdravotničtí profesionálové dokázali bránit opačně působícímu trendu moderních civilizací: zdravotní péči co nejvíce specializovat a nemocného léčit v ústavech co nejlépe technologicky vybavených, ve kterých rodina překáží.“ (Matoušek, 2003)

Mattingly a Lawlor (2003) uvádějí, že výzvou pro všechny ergoterapeuty by měla být spolupráce s pacientem, jeho rodinou a dalšími členy týmu pro vytvoření programu založeného na silných stránkách rodiny, který bude zaměřen na jejich potřeby.

Humphry, González a Taylor (1993) také zdůrazňují, že rodiny by měly být na takové pozici v rehabilitačním týmu, aby pomáhaly určovat priority pacienta a celé rodiny s ohledem na efektivní využití času a energie. Brown, Humphry a Taylor (1997) ve své studii citují Baumovou (1994): „Filosofický posun od tradičního medicínského modelu k individuálnímu přístupu k jedinci s disabilitou vyzdvihuje rodinu jako ústřední součást celého tohoto procesu.“ Dále Baumová (1994) dodává, že rodina musí být chápána jako primární člen týmu ve všech krocích terapie v průběhu celého procesu. Brown, Humphry a Taylor (1997) dále citují Whita a Woolletta (1992), že oddělením

terapeutické intervence klienta od jeho rodinného kontextu ignoruje terapeut jednu z potenciálních složek efektivní terapie. Matoušek (2003) tvrdí: „Ukazuje se, že léčba závažných tělesných nemocí může být vedena, a to velmi úspěšně, přes významného člena rodiny“. Dále dodává, že se jedná zejména o situace, kdy je pro zdraví jedince nutné zásadním způsobem změnit pacientův životní styl.

Otázku zapojení rodiny do rehabilitace řeší také současná česká legislativa. Jak vyplývá z analýzy současného stavu rehabilitace osob se zdravotním postižením v ČR v Návrhu zákona o rehabilitaci, který vytvořila meziresortní skupina, “ve většině případů se neklade důraz na aktivní účast rehabilitanta a jeho rodiny“. V Doporučení č. R (92) 6 Výboru ministrů Rady Evropy o ucelené politice pro osoby se zdravotním postižením pak můžeme v kapitole 3.10.3. - Konkrétní činnosti členských států - nalézt toto doporučení: „zajistit, aby se osoby se zdravotním postižením, jejich rodiny a reprezentativní organizace účastnily plánování holistických rehabilitačních programů, jakož i jejich provádění a vyhodnocování.“

Brown, Humphry a Taylor (1997) ve své práci citují standardy praxe Americké asociace ergoterapeutů z roku 1992, které propagují zahrnutí rodiny do ergoterapeutického procesu: „Zapojení rodiny by mělo spočívat v hodnocení jejích potřeb, spolupráci při plánování terapie, využití pomoci ze strany rodiny v terapeutické fázi a zohlednění cílů rodiny v období ukončení terapie.“ Novější standardy z roku 2005 pak zmiňují nutnost spolupráce mezi terapeutem, klientem, jeho rodinou, osobou blízkou, multidisciplinárním týmem a širší společností (Standards of practice for Occupational Therapy, American Occupational Therapy Association, 1992 a 2005).

Vymětal (2003) zdůrazňuje nutnost komunikace nejen s pacientem, ale i s jeho nejbližšími pro získání důvěry celé rodiny, která je podmínkou vzájemné spolupráce všech. V opačném případě podle Vymětala (2003) může dojít k blokování pacienta, neboť pacient důvěřuje léčbě, jen pokud jí důvěřují i nejbližší příbuzní.

Literatura tedy zmiňuje mnoho obecných doporučení pro zapojení rodiny do terapie. Její význam je jaksi znám, ale méně dostupné jsou informace o konkrétních možnostech zapojení, konkrétní návrhy či pravidla. Hojně můžeme nalézt literaturu vztahující se k terapii rodin - čili k nápravě funkčních problémů v rámci rodiny (nejčastěji problémů komunikace). Tato problematika je však již mimo rámec této práce.

2. 4 Přístup zaměřený na rodinu (family - centered approach)

Anglické zdroje uvádějí mnoho názvů pro specifický způsob práce s jedincem a jeho rodinou. Můžeme zde nalézt označení family - centered care, family – centered practice, family - centered approach, family - centered therapy a family - centered occupational therapy. Čili na rodinu zaměřená péče, praxe, přístup, terapie a ergoterapie, přičemž všechny tyto pojmy jsou spojovány nejvíce s oblastí pediatrie a jsou často mezi sebou zaměňovány jako synonyma. Pro přehlednost je zde tedy uveden stejný překlad pro všechny citace a to „přístup zaměřený na rodinu“.

Humphry, González a Taylor (1993) uvádějí, že přestože zapojení rodiny nemusí být potřebné ve všech oblastech ergoterapeutického působení, jen těžko si lze představit podmínky, kde by přispění rodiny terapii neobohatilo. Důraz tohoto přístupu je kladen na umožnění rodiny zapojit se do procesu maximalizace funkce a sociální integrace jejich závislého člena rodiny. Ve své studii Humphry, González a Taylor (1993) také citují autory Baumovou (1991) a Hanfta (1989), že poskytování přístupu zaměřeného na rodinu je zakotveno zejména v oblastech pediatrie a geriatrie. Také Vymětal (2003) zdůrazňuje, že v pediatrii se stalo samozřejmostí zahrnovat rodiče (zpravidla matky) do celého diagnosticko - léčebného a rehabilitačního procesu. Mattingly a Lawlor, (2003) pak citují Edelmana, Greenlanda a Millse (1993), kteří tvrdí, že přístup zaměřený na rodinu je postaven na úsilí spolupráce mezi rodinou a terapeuty a je nejčastěji zajišťován multidisciplinárním a interdisciplinárním týmem. Dále citují ještě Mattingly a Lawlor (2003) Lawlora a Cada (1993), kteří definují přístup zaměřený na rodinu jako praxi, která nastává v případě, že terapeuti efektivně a se soucitem naslouchají nejrůznějším znepokojením, věnují se potřebám a posilují naděje osob a jejich rodin. Dle Brown, Humphry a Taylor (1997) pak přístup zaměřený na rodinu poskytuje rodině možnost určit, jak moc chce být do terapie začleněna, přičemž terapeut musí být schopen spolupracovat s rodinou na maximálním stupni zapojení, který rodina vyžaduje.

Jak zmiňují Mattingly a Lawlor (2003), dostupná literatura uvádí v otázce přístupu zaměřeného na rodinu důraz na kontakt terapeuta se všemi členy rodiny, avšak dle jejich zjištění, v primárním kontaktu terapeuta s rodinou hraje roli většinou jen jedna osoba (zejména matka nebo manžel/manželka). Dále Mattingly a Lawlor (2003) zdůrazňují, že přístup zaměřený na rodinu je nejlépe uplatnitelný na základě dobré koordinace a efektivní komunikace interdisciplinárního úsilí. Dle Humphry, González a

Taylor (1993) může přístup zaměřený na rodinu terapeutovi pomoci vytvořit realističtější a pragmatičtější cíle, shodné s potřebami rodiny jako celku.

Pojem „přístup zaměřený na rodinu“ lze však chápat i jako nástroj pro terapii rodin, tedy pro řešení problémů v komunikaci, identifikací rolí v rodině, apod., tak jak jej uvádí např. Mosey (1996).

2. 5 Postavení rodiny v oblasti pediatrie

Vzhledem k rozsahovým limitům práce je zde uvedeno pouze několik obecných literárních zmínek o zapojení rodiny v oblasti pediatrie. Celá tato specifická problematika by vydala na další bakalářskou práci.

Jak uvádí Matoušek (2003), je potřeba oddělit úvahy o rodině s nemocným dospělým od úvah o rodině s nemocným dítětem. Humphry, González a Taylor (1993) zmiňují, že význam rodiny a její působení na dítě je probádán mnohem lépe než v oblasti dospělých a tudíž zapojení rodiny do terapie dětských pacientů je častěji považováno za přirozené.

2. 6 Výzkumy prováděné v oblasti zapojení rodiny do terapie

2. 6. 1 Úrovně spolupráce ergoterapeuta s rodinou

Přestože tedy mnoho dostupné literatury vyzdvihuje zapojení rodiny jako významné a zároveň neuvádí konkrétnější příklady, lze nalézt také zahraniční příspěvky, které problematiku zpracovávají v hlubším významu. Sharon M. Brown, Ruth Humphry a Eve Taylor uskutečnily v roce 1997 v Severní Karolíně výzkum mezi ergoterapeuty, kteří přicházejí pravidelně do kontaktu s rodinami svých pacientů. Prostřednictvím dotazníků zjišťovaly postoj terapeutů k zapojení rodiny do terapie pacientů a na základě výsledků pak sestavily 7 úrovní zapojení rodiny do terapie:

úroveň 1: žádné zapojení rodiny
úroveň 2: rodina jako informátor
úroveň 3: rodina jako terapeutův asistent
úroveň 4: rodina jako „spolupacient“
úroveň 5: rodina jako konzultant
úroveň 6: rodina jako spolupracovník týmu
úroveň 7: rodina jako rozhodující článek ve výběru služeb

ad) úroveň 1: žádné zapojení rodiny

Kontakt mezi terapeutem a rodinou je zde náhodný. Rodina je terapeutem chápána spíše jako rušivý a rozptylující aspekt.

ad) úroveň 2: rodina jako informátor

Zapojení rodiny do terapie probíhá formou rozhovoru s cílem získat informace o minulosti a současném stavu pacienta.

ad) úroveň 3: rodina jako terapeutův asistent

V tomto případě terapeut informuje rodinu o disabilitě a instruuje rodinu jak provádět intervenci pro umožnění pokračování s terapií v domácím prostředí. Rodina je zde chápána jako článek terapie podporující pacientovo dosažení cílů.

ad) úroveň 4: rodina jako „spolupacient“

Terapeut se zde zaměřuje na rodinu jako na případnou oblast problémů. Zohledňuje schopnosti rodiny zvládat a přizpůsobovat se situaci. Podle toho pak může měnit terapeutický plán tak, aby přispěl k odstranění problému a ke stabilizaci rodiny.

ad) úroveň 5: rodina jako konzultant

V této úrovni je vyžadován názor rodiny na průběh intervence a na vytyčené cíle terapie. Konečné rozhodnutí však záleží na terapeutovi a na rehabilitačním týmu. Rodina zde působí jako rádce, jehož připomínky mohou a nemusí vést ke změně terapie.

ad) úroveň 6: rodina jako spolupracovník týmu

Na této úrovni zahrnuje terapeut rodinu do procesu hodnocení, stanovení cílů a plánování terapie. Terapeut zde věří, že rodina nejlépe zhodnotí, které aspekty a která rozhodnutí budou pro jedince a pro rodinu jako celek nejprospěšnější.

ad) úroveň 7: rodina jako rozhodující článek ve výběru služeb

Nejvyšší úroveň z celé hierarchie pojímá rodinu jako vedoucí článek a koordinátora terapeutického procesu. Rodina zde rozhoduje o zvolených službách a přístupech pro jejího člena, terapeut zde působí jako facilitátor a jako zdroj informací o dostupných možnostech. Rodina je pak na základě těchto informací schopna vybrat a určit služby, které nejlépe vyhovují požadavkům jejího člena a rodiny jako celku.

2. 6. 2 Četnost kontaktu ergoterapeutů s rodinami svých pacientů, konkrétní náplň spolupráce

Humphry, González a Taylor v roce 1993 ve svém výzkumu zjišťovaly u ergoterapeutů pracujících s pacienty s fyzickým, vývojovým či psychickým postižením četnost kontaktu s jejich rodinami a konkrétní náplň jejich spolupráce. Výsledky ukázaly, že terapeuti přišli průměrně do kontaktu s 63% rodin svých pacientů v případě fyzického a vývojového postižení, naopak v případě psychického postižení se terapeuti setkávali v průměru jen s 21% rodin svých pacientů. Dále na základě své studie sestavily 5 základních možností, jak konkrétněji může probíhat kontakt terapeuta s rodinou:

- běžný, formální kontakt s rodinou
- poskytování informací rodině
- získávání informací od rodiny
- instruktáž rodiny
- společné vytváření terapeutického plánu

Zpracování výsledků pak přineslo zjištění, že spolupráce s rodinami pacientů s fyzickým postižením probíhá nejčastěji na bázi instruktáže (31% veškerého času stráveného s rodinou), v případě vývojového postižení poskytováním informací rodině (shodně 31%) a konečně u rodin pacientů s psychickým postižením nejvíce ve formě běžného, formálního kontaktu s rodinou (40%). Humphry, González a Taylor (1993) ve své studii také prokázaly, že postoje k významu zapojení rodiny do terapie jsou u ergoterapeutů, kteří se setkávají s 80% či s více rodinami svých pacientů, výrazně pozitivnější, než postoje ergoterapeutů, kteří se s rodinami svých pacientů setkávají méně.

2. 6. 3 Význam zapojení rodiny z pohledu ergoterapeutů

Brown, Humphry a Taylor (1997) zveřejnily ve své kvalitativní studii provedené v USA některé konkrétní odpovědi ergoterapeutů na otevřenou otázku: *Co považujete za nejdůležitější přínos Vašeho kontaktu s rodinou pacienta?*

Zde jsou nejčastěji udávané odpovědi:

- možnost vytvoření si obrázku o životě pacienta mimo zařízení
- zjištění pacientova premorbidního funkčního stavu
- umožnění pokračovat v rehabilitačním procesu také v domácím prostředí

- umožnění pokračovat v plnění ergoterapeutických cílů
- instruování rodiny do budoucna pro případnou domácí terapii
- podpoření jednoduššího návratu pacienta domů po hospitalizaci
- zjištění očekávání a potřeb rodiny
- možnost zahnat obavy a úzkosti, které se pojí s disabilitou jejich příbuzného
- získání další možnosti pro vyřešení problémů a uspokojení potřeb pacienta
- společné sdílení informací a vyšší šance pro dosažení daných cílů
- možnost pomoci rodině převzít zodpovědnost za jejich rodinného příslušníka

2. 6. 4 Několik dalších výzkumů zahrnujících aspekt zapojení rodiny do terapie

Cílem kvalitativního výzkumu Edwardse et al. (2003) bylo určit faktory, které podporují nebo naopak brání použití přístupu zaměřeného na rodinu (family - centered approach) v ergoterapeutickém procesu. Přestože z výzkumu vyplynulo několik shodných kategorií ze strany rodin i ze strany ergoterapeutů, výsledkem studie bylo potvrzení, že zásadním aspektem celého konceptu je individualita rodiny a že je tedy nezbytný pohled na rodinu jako na jedinečnou entitu.

Japonský tým vědců pod vedením Maeshima (2003) pozoroval vliv samostatného tréninku se zapojením rodiny na terapii pacientů po CMP. Jejich výzkum ukázal, že svalová síla a mobilita neparetické dolní končetiny pacientů se v případě zapojení rodiny zlepšily více než v kontrolní skupině. Uzavírají tedy svoji studii tvrzením, že zapojení rodiny je důležitým článkem v rehabilitaci osob po CMP.

Výzkumy v oblasti zapojení rodiny do terapie probíhají také na území ČR. V nedávné době se uskutečnil v Občanském sdružení Green Doors projekt JPD 3 „Podpora integrace mladých lidí s duševním onemocněním na trh práce a do vzdělávacího systému formou case managementu, zapojením rodiny a práce s komunitou". Projekt obnášel oslovení klientů O. s. Green Doors a také jejich rodin a blízkých, kdy se Machová, Nondek a Pokorná – Vrablecová (2008) pokusili formou písemného dotazníkového šetření zmapovat potřeby a představy o vzájemné spolupráci mezi klienty, jejich rodinami a terapeuty. Výsledky mimo jiné ukázaly, že 76% oslovených klientů a 92% oslovených rodin a blízkých má zájem vzájemně spolupracovat na cílech a průběhu rehabilitace. Toto a další zjištění pak vedla k vytvoření koncepce práce s rodinou v sociální rehabilitaci O. s. Green Doors a k vytvoření podrobné metodiky „Práce s tématem rodiny a spolupráce s rodinou a

blízkými klienta v sociální rehabilitaci O. s. Green Doors“ přizpůsobené podmínkám prostředí a charakteru služeb sdružení.

2. 7 Bariéry zapojení rodiny do terapie

Bariéry pro zapojení rodiny do terapie lze rozdělit do tří základní oblastí – bariéry ze strany rodiny a pacienta, bariéry ze strany terapeuta a bariéry ze strany prostředí. Některé aspekty patří výhradně do jedné skupiny, jiné se prolínají všemi třemi zároveň. Pro zjednodušení je vše uvedeno nerozdělené.

Dle výzkumu Humphry, González a Taylor (1993) je největším problémem zapojení rodiny do terapie pacienta čas, přesněji dohodnutí se na společném čase ze strany rodiny a terapeuta. Důvody pro neschopnost nalezení společného času se pak na obou stranách mohou lišit. „Pro všechny terapeuty znamená vytváření času pro zapojení rodiny do terapie snižování priorit ostatních aktivit.“ (Humphry, González a Taylor, 1993).

Brown, Humphry a Taylor (1997) považují za bariéru zapojení rodiny chybějící pozitivní postoj k tomuto přístupu ze strany terapeuta a nedůvěru ve schopnosti rodiny obecně. Původ tohoto negativního postoje pak Humphry, González a Taylor (1993) vidí v terapeutově nedostatečné zkušenosti s efektivní rodinnou interakcí.

‚Adaptace na nemoc je určována rodinným stylem reagování na stres – tím, jak je rodina zvyklá řešit konflikty, jak zachází s emocemi, jak jednoznačně je schopna vyjadřovat postoje. Pokud je tento způsob nedostačující, zabraňuje zapojení rodiny a může vést i k jejímu rozpadu.“ (Matoušek, 2003)

Mattingly a Lawlor (2003) pak mezi hlavní problémy, které vedou k systematickému opomíjení rodin v procesu terapie, řadí zejména edukaci profesionálů, strukturu instituce, způsob úhrady výkonů terapeuta a mzdový systém.

Humphry, González a Taylor (1993) pak shrnuly na základě své studie tyto možné bariéry pro zapojení rodiny do terapie:

- nedostatek času, neschopnost dohodnout se na společném setkání
- automaticky předpokládaná role rodiny jako „cizince“ či návštěvníka, který není považován za článek procesu rehabilitace
- různé potřeby rodiny na základě rozdílných socioekonomických a kulturně - etnických aspektů
- tendence rodinných příslušníků vzdalovat se od negativních následků plynoucích z disability jejich příbuzného (Terapie je většinou zaměřena na

nápravu ztracených funkcí a rodina se snaží hledat pozitivnější aspekty života jejich příbuzného.)

- geografická vzdálenost a další rodinné povinnosti (např. péče o vlastní malé děti komplikuje možnost starat se o své starší rodiče, apod.)
- neschopnost rodiny prosadit v terapii potřebu zapojit se
- tlak na terapeuty vyhovět limitům produktivity stanovené vedením
- způsob proplácení terapie, která zahrnuje práci s rodinou
- zdravotně - sociální politika, která nepodporuje zapojení rodin do ergoterapie
- postoj ostatních spolupracovníků (členové multidisciplinárního týmu nepovažují za důležité, aby ergoterapeut pracoval s rodinami svých pacientů)

Mattingly a Lawlor (2003) zmiňují ve své práci tzv. kulturu západní biomedicíny („culture of Western biomedicine“), která podle nich přispívá k bariérám pro zapojení rodiny do terapie. K obrazu této kultury pak řadí zejména tyto tři fenomény: terapeut je expert, klient je pasivní příjemce péče a disabilita s sebou nese pouze negativní dopady. Na druhou stranu nalezneme u stejných autorů také pozitivní zprávu: „V současné době vnímáme posun od chápání rodinných příslušníků jako osob, které budou plnit příkazy od lékařů a zdravotníků, k chápání rodinných příslušníků jako osob, které znají klienta nejlépe a které se budou podílet na procesu rozhodování.“

Přestože se tedy tyto postoje pomalu mění, stále ještě přispívají k postavení rodiny v terapii jejich příbuzného na okrajové místo. Také Haškovcová (2002) zdůrazňuje, že medicinalizace postihla všechny rozvinuté země, ale u nás našla mimořádně živnou půdu. Jako příklad uvádí spoléhání na institucionální péči i tehdy, kdy je možné ji uskutečnit v rodině.

2. 8 Vyhláška č. 493/2005 Sb.

Výše zmínění Mattingly a Lawlor (2003) uvádějí mezi možné bariéry pro zapojení rodiny do terapie mimo jiné způsob úhrady terapeutických výkonů zaměstnavatelem. Přestože ergoterapeuté v ČR nepůsobí jen ve zdravotnické sféře, je zde uveden přehled ergoterapeutických zdravotnických výkonů, které jsou v současné době v ČR zdravotnickým zařízením pojišťovnou propláceny.

Vyhláška č. 493/2005 Sb. udává v kapitole 917 – ergoterapeut těchto 7 výkonů:

- 21611 Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie
- 21613 Vyšetření ergotrapeutem kontrolní
- 21621 Individuální ergoterapie základní
- 21623 Individuální ergoterapie s využitím dílen
- 21625 Nácvik všedních denních činností – ADL
- 21627 Ergoterapie skupinová základní
- 21629 Ergoterapie skupinová s využitím dílen

Přestože toto je rozšířený seznam zdravotnických výkonů, stále zde chybí další důležité kódy. Obor fyzioterapie má v současné době možnost vykazovat 19 zdravotnických výkonů včetně kódu 21215 LTV – instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků, který však v ergoterapii chybí.

2. 9 Domácí návštěvy

Tato kapitola je zde uvedena vzhledem k úzké souvislosti domácích návštěv se zapojením rodiny do terapie.

„Návštěva v rodině přináší zcela novou třídu údajů o tom, jak rodina žije. Návštěvník může pozorovat členy rodiny přímo v akci, není odkázán jen na slovní popisy toho, co se v rodině děje. Vidí byt a jeho zařízení a jako profesionál zde ztrácí oporu titulu „bílého pláště“, svého stolu, své instituce a je mnohem čitelnější jako civilní osoba. Zejména děti se v domácím prostředí chovají uvolněně, kontakt s nimi je snadnější než v prostředí instituce, kterou neznají.“ (Matoušek, 2003)

Zahraniční zdroje zmiňují domácí návštěvy zejména v souvislosti s pacienty staršího věku. „Domácí návštěvy prováděné ergoterapeutem mohou vést ke změně chování, která umožní starším jedincům žít bezpečněji v domácím i cizím prostředí“ (Cumming et al., 1999). Dále Welch a Lowes (2005) uvádějí, že domácí návštěvy prováděné ergoterapeutem jsou ceněny celým multidisciplinárním týmem zejména pro možnost hodnocení pacientových funkčních schopností a rizik prostředí, což umožňuje bezpečnější návrat pacientů do domácího prostředí po hospitalizaci.

2. 10 Možnosti pro intenzivnější zapojení rodiny do terapie

Základní otázkou je, zdali rodina chce být do terapie zapojena. Humphry, González a Taylor (1993) zdůrazňují, že zejména systematickým požadováním zpětné

vazby od rodin (a to nejen od těch, které terapeut potká ve své praxi) se může ergoterapeut nejlépe dozvědět zdali vůbec a případně jak chtějí být rodiny do terapie zapojeny.

2. 10. 1 Edukace terapeutů

Humphry, González a Taylor (1993) ve výsledcích své studie uvádějí, že pozitivní postoj terapeutů k zapojení rodiny souvisí s mírou četností kontaktu s rodinami svých pacientů při terapii. Jako jednu z možností maximalizace zapojení rodiny tedy vidí ve změně postojů jednotlivých terapeutů, čemuž by mělo pomoci celoživotní vzdělávání v této oblasti. Zde by měly přijít na řadu zejména nejrůznější workshopy, kurzy, příspěvky na konferencích a také zahrnutí této problematiky do vzdělávacích osnov přípravy na povolání ergoterapeuta.

Brown, Humphry a Taylor (1997) také vidí edukaci studentů jako klíčový element. Doporučují, aby byla problematika rodin začleněna do výuky všech budoucích ergoterapeutů a to zejména komplexně do celého studia spíše než jako samostatný kurz či předmět. Dále doporučují zapojit do výuky diskuse nad modelovými příklady a kazuistikami, kontakt a diskuse s rodinami v rámci výuky a zejména v rámci své odborné praxe. Svou studii pak uzavírají přáním, aby byl každý student po ukončení studia schopen samostatně přispívat k zapojování rodin do terapie pacienta.

2. 11 Rizika spjatá se zapojením rodiny do terapie

Vágnerová (2004) zdůrazňuje, že rodina se také může stát zdrojem zátěže a příčinou vzniku psychických poruch event. závažnějšího narušení osobnosti svých členů. Mattingly a Lawlor (2003) ve své práci upozorňují, že zapojení rodiny do terapie může z důvodu zátěže velkou zodpovědností vyvolat tlak na rodinu a narušit její dynamiku v negativním smyslu.

„Terapeuti významně ovlivňují systém rodiny, ať už si to uvědomují nebo ne. Terapeut nevědomý své schopnosti může silně působit na dynamiku rodiny, což se může projevit např. v nevědoměm a nepřiměřeném tlaku na rodinu k přebírání zodpovědnosti za dosažení terapeutických cílů. Jeden z kritických bodů spolupráce terapeuta s rodinou může nastat v situaci, kdy obě strany podvědomě začnou spatřovat primární roli rodiny v péči o jejich příbuzného. Je tedy velmi důležité si uvědomit, že pro rodinu je

primárním cílem plnit role rodinných příslušníků a teprve v druhé řádě plnit roli člena terapeutického týmu.“ (Mattingly a Lawlor, 2003)

Mattingly a Lawlor (2003) dále vyzdvihují, že jedním z největších úkolů terapeuta je porozumění, jak jejich vlastní životní zkušenosti ovlivňují jejich interakce s rodinnými příslušníky svých pacientů. Do své praxe vnášejí terapeuti své osobní a kulturní aspekty pojetí rodiny, své předpoklady, přesvědčení a hodnoty. Proto je dle Mattingly a Lawlora (2003) důležitá supervize a konzultace s ostatními členy týmu. Ty mohou pomoci terapeutům pojímat rodinu způsobem, který je neinvazivní, citlivý, neodsuzující a respektující soukromí.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1 Metodika

Za metodu práce byl zvolen kvantitativní výzkum, jehož data byla získávána prostřednictvím anonymního dotazníku, který vyplňovali oslovení ergoterapeuté z České republiky.

3. 1. 1 Výzkumné otázky

Přehled literatury ukazuje, že je obecně kladen důraz na zapojení rodiny do terapie. Předmětem zájmu této studie bylo tedy zjistit, zdali ergoterapeuté v ČR přicházejí denně do kontaktu s rodinami svých pacientů, zdali s nimi cíleně pracují a zdali považují zapojení rodiny do terapie pro svou praxi za významné. Dalšími doplňujícími cíli bylo zjistit, zdali ergoterapeuté provádějí ve své praxi domácí návštěvy, zdali považují domácí návštěvy za přínosné pro svou praxi a zdali by uvítali ve své profesi zavedení VZP kódu pro zdravotnické výkony „domácí návštěva“ a „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“.

Vzhledem k tomu, že tato kvantitativní studie je mapující, nikoli ověřující, nabyly pro výzkum sestaveny hypotézy, ale výzkumné otázky.

3. 1. 1. 1 Hlavní výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: *Setkávají se ergoterapeuté denně s rodinami/rodinnými příslušníky svých pacientů?*

Výzkumná otázka č. 2: *Pokud se ergoterapeuté setkávají s rodinami svých pacientů, pracují s nimi cíleně?*

Výzkumná otázka č. 3: *Domnívají se ergoterapeuté, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s jejich pacienty významné?*

3. 1. 1. 2 Vedlejší výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 4: *Provádějí ergoterapeuté v rámci své profese domácí návštěvy?*

Výzkumná otázka č. 5: *Domnívají se ergoterapeuté, že domácí návštěvy mohou být/jsou pro terapie s jejich pacienty významné?*

Výzkumná otázka č. 6: *Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“?*

Výzkumná otázka č. 7: *Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“?*

3. 1. 2 Soubor

Souborem výzkumu byli ergoterapeuté provozující v současné době ergoterapeutickou praxi na území České republiky. Celkový počet navrácených dotazníků použitých ke zpracování činil 51.

3. 1. 3 Výzkumný nástroj

Pro sběr dat byl sestaven standardizovaný Anonymní dotazník pro ergoterapeuty (celé znění viz příloha č. 1) obsahující 11 uzavřených otázek (2 alternativní a 9 výběrových). Filtrační otázka č. 1 byla zařazena pro vyloučení všech dotazníků, které vyplnily osoby neodpovídající kritériím vzorku (podmínka současného vykonávání ergoterapeutické profese na území ČR). Otázky č. 2, 3 a 4 byly začleněny pro zjištění nominálních dat (typ zařízení, oblast působení a členové multidisciplinárního týmu, se kterými ergoterapeuté běžně spolupracují) a tudíž pro zjištění charakteru souboru. Další 3 klíčové otázky (č. 5, 6 a 7) byly zařazeny pro zjištění, zdali se ergoterapeuté setkávají denně s rodinami svých pacientů, zdali s nimi cíleně pracují a zdali se domnívají, že zapojení rodiny je pro terapie s jejich pacienty významné. Cílená práce s rodinou zde byla popsána několika příklady: *poradenství ohledně pomůcek či úpravy bytu, empatický rozhovor, účast při cvičení, instruktáž pro domácí úkoly apod*. Z posledních 4 otázek se 3 (č. 8, 9 a 10) týkaly domácích návštěv a poslední z nich (č. 11) se dotazovala na zájem ergoterapeutů o případné zavedení zdravotnického výkonu „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“. Instrukce pro vyplnění obsahovaly žádost o vyznačení vždy pouze jedné odpovědi (mimo otázek 3 a 4).

3. 1. 4 Sběr dat

Sběr dat probíhal pomocí e-mailové pošty v období 15.3. – 15.4.2008. Vzhledem k nedostupnosti databáze všech ergoterapeutů ČR byl k výzkumu použit se svolením Kliniky rehabilitačního lékařství 1LF UK místní seznam frekventovaných pracovišť pro ergoterapeutické praxe studentů. Tento seznam byl zvolen pro reprezentativnost vzorku všech ergoterapeutů v ČR zejména vzhledem k tomu, že obsahoval kontakty na ergoterapeuty z různých oblastí působení a různého geografického rozmístění.

Dotazníky pak byly rozeslány dne 15.3.2008 e-mailem na 38 adres získaných ze zmíněného seznamu. Vzhledem k obecně známému faktu velmi nízké návratnosti dotazníků byla ke každému dotazníku přiložena také prosba o rozeslání dotazníku dalším svým kolegům ergoterapeutům v ČR. Dále byl dotazník pro maximalizaci vzorku rozeslán na společný e-mail kolegů z 1. lékařské fakulty, kteří absolvovali studium ergoterapie v loňském a předloňském roce, a to opět s prosbou o rozeslání dotazníku mezi své kolegy. Poslední formou sběru dat pro výzkum bylo vyvěšení prosby a dotazníku na webových stránkách České asociace ergoterapeutů od data 25.3.2008. Pro zvýšení návratnosti byl 1.4.2008 na všechny adresy rozeslán dotazník znovu. V den uzávěrky pro vyplnění, čili 15.4.2008, bylo sesbíráno 55 vyplněných dotazníků, z čehož byly 4 dotazníky vyřazeny pro zápornou odpověď v otázce č. 1. („*Vykonáváte v současné době profesi ergoterapeuta v ČR?*“). Takto vznikl konečný počet 51 dotazníků připravených ke zpracování. Z původně oslovených 38 adres, byl dotazník navrácen z 18 z nich (47%), dalších 37 dotazníků bylo tedy získáno z ostatních zdrojů.

3. 1. 5 Způsob analýzy dat a interpretace

Sběr dat byl uzavřen 15.4.2008 a následně byly do jednoduché tabulky zaznamenány odpovědi ze všech dotazníků. Vzhledem k velikosti vzorku (n = 51) byla pro zpracování dat zvolena popisná statistika (indukční statistika by si vyžadovala mnohem větší vzorek, a proto od ní bylo upuštěno). Ke většině dotazníkových otázek byla vytvořena jednoduchá tabulka četností odpovědí a byl vypočítán podíl z celkového počtu odpovědí v procentech. Na základě těchto tabulek byly pro názornost vytvořeny grafy.

3. 2 Výsledky

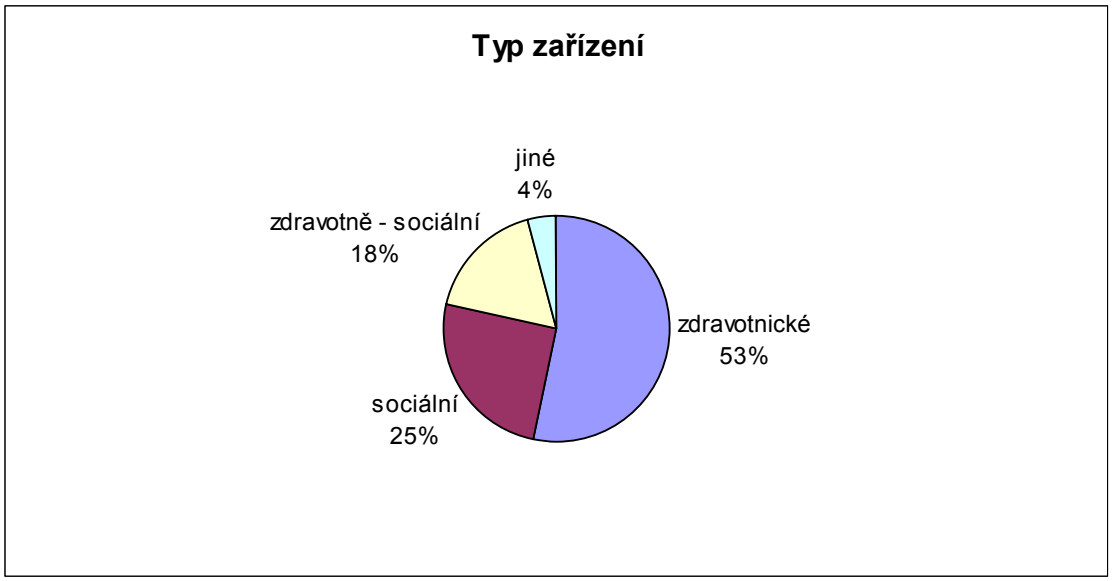
3. 2. 1 Charakter souboru

Zpracování otázek č. 2 a 3 bylo použito ke stanovení charakteru souboru. V typu zařízení jednoznačně převládal zdravotnický sektor (53 %), druhým nejčastějším byl sektor sociální (25%). Zdravotně-sociální sektor zaujímal 18% z celku a zbylá 4% tvořily 2 odpovědi zařazené do kolonky „jiné“ (školské zařízení a „příspěvková organizace“).

Tabulka 1. Typ zařízení

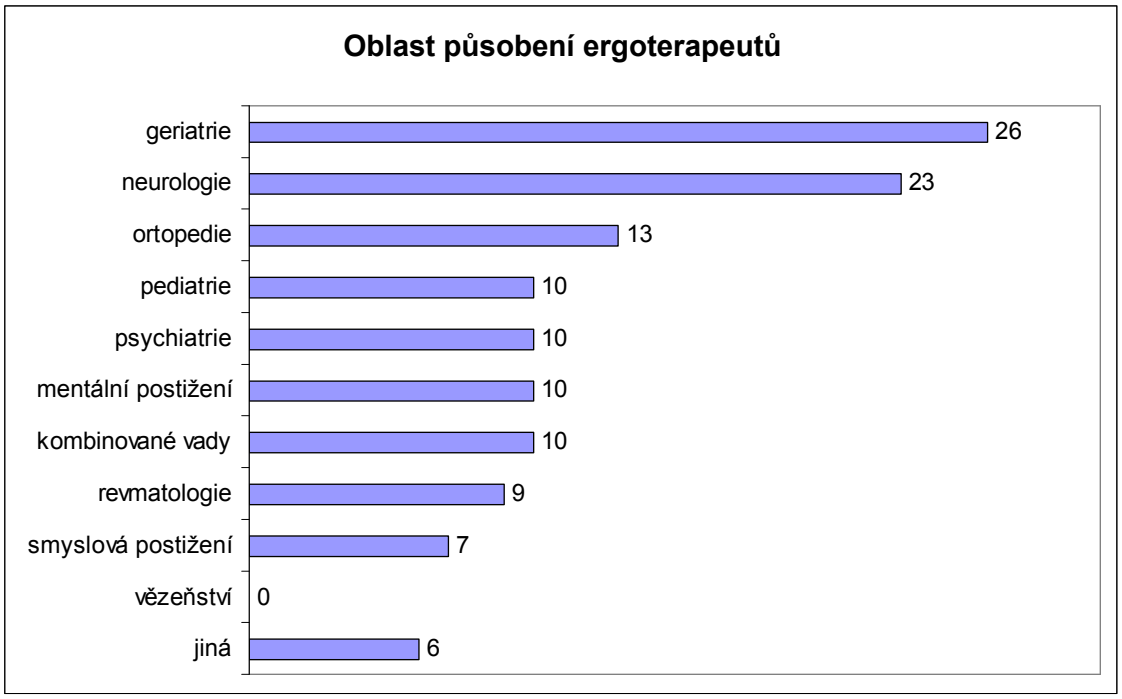
Typ zařízení	Počet osob	Podíl z celku
zdravotnické	27	53%
sociální	13	25%
zdravotně - sociální	9	18%
jiné	2	4%

Obrázek 1. Typ zařízení



Vzhledem k možnosti uvádět v dotazníkové otázce č. 3 (týkající se oblasti působení ergoterapeutů) více než jednu odpověď, nebyl pro výpočet hodnot zvolen procentuální podíl z celku a pro interpretaci dat byl zvolen graf pruhový. Nejčastěji zmiňovanou oblastí působení byla oblast geriatrie (26x), dále neurologie (23x) a následně téměř shodně oblasti ortopedie (13x), pediatrie (10x), psychiatrie (10x), mentální postižení (10x), kombinované vady (10x), revmatologie (9x) a smyslová postižení (7x). Oblast vězeňství nebyla udána ani jednou, v kolonce „jiná“ (6x) byly udávány tyto odpovědi: oddělení RHB 3x, chirurgie 2x a 1x „tělesná postižení – dospělí“. Lze tedy říci, že v oblasti působení ergoterapeutů a zároveň ve skladbě pacientů převládaly oblasti geriatrie a neurologie, ostatní oblasti byly relativně vyrovnané.

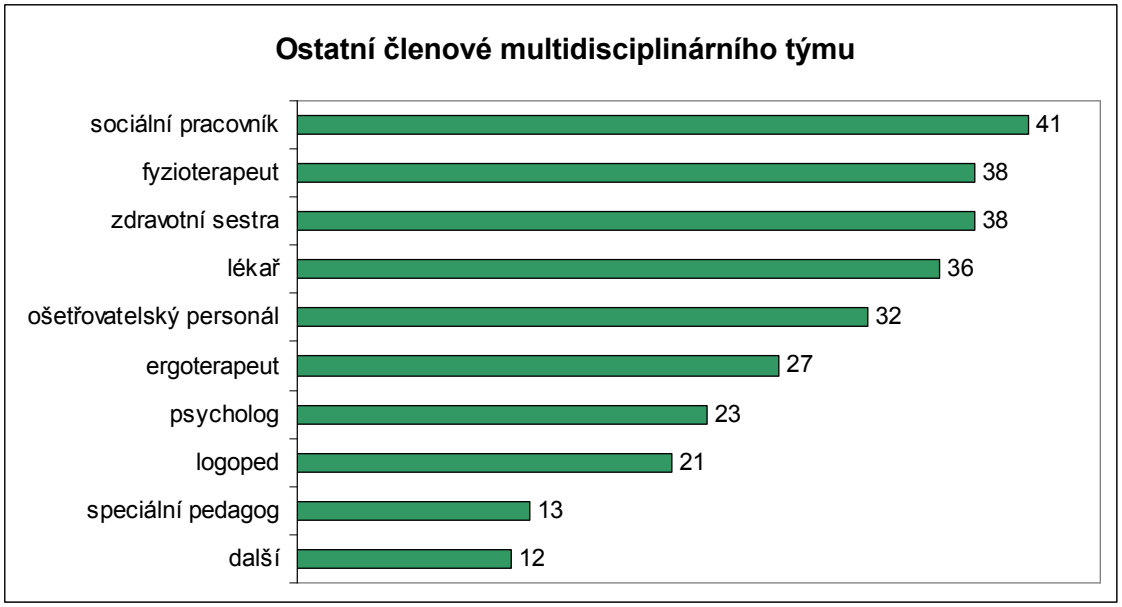
Obrázek 2. Oblast působení ergoterapeutů



Dotazníková otázka č. 4 byla zařazena pro zjištění jednotlivých profesí členů multidisciplinárního týmu, se kterými ergoterapeuté spolupracují.

Stejně jako v otázce č. 3 byla také v otázce č. 4 možnost uvádět více než jednu odpověď. Pro výpočet hodnot tedy opět nebyl zvolen procentuální podíl z celku, ale pouze přehled četností výskytu jednotlivých kategorií, který je taktéž znázorněn v pruhovém grafu. Oslovení ergoterapeuté zmiňovali nejčastěji sociálního pracovníka (41x), dále shodně fyzioterapeuta a zdravotní sestru (38x), dále lékaře (36x), ošetřovatelský personál (32x), na 6. místě pak ergoterapeuta (27x), dále psychologa (23x), logopeda (21x) a nejméně z nabídky uvedli speciálního pedagoga (13x). V kolonce „další“ (12x) se pak objevili: arteterapeut, muzikoterapeut, taneční terapeut, výchovný pracovník, aktivizační pracovník, lingvista, protetik, vychovatel, osobní asistent, staniční sestra, mistr v dílnách a také finanční manažer a metodik standardů praxe. Celkem bylo v 51 dotaznících uvedeno 288 členů multidisciplinárního týmu. Vzhledem k charakteru proměnné (intervalová proměnná), byl zvolen výpočet aritmetického průměru. Průměrně tedy oslovení ergoterapeuté spolupracují s 5 či 6 členy multidisciplinárního týmu (přesně 5,65).

Obrázek 3. Ostatní členové multidisciplinárního týmu



3. 2. 2. Výzkumné otázky

Zpracování odpovědí každé výzkumné otázky je vždy uvedeno v textu, tabulce a v kruhovém grafu. Pro přehlednost jsou na závěr vždy sloučeny kladné odpovědi („ano“ a „spíše ano“, resp. „významné“ a „spíše významné“) a analogicky záporné odpovědi („ne“ a „spíše ne“, resp. „nevýznamné“ a „spíše nevýznamné“) a je uveden jejich vzájemný poměr v procentech.

3. 2. 2. 1 Hlavní výzkumné otázky

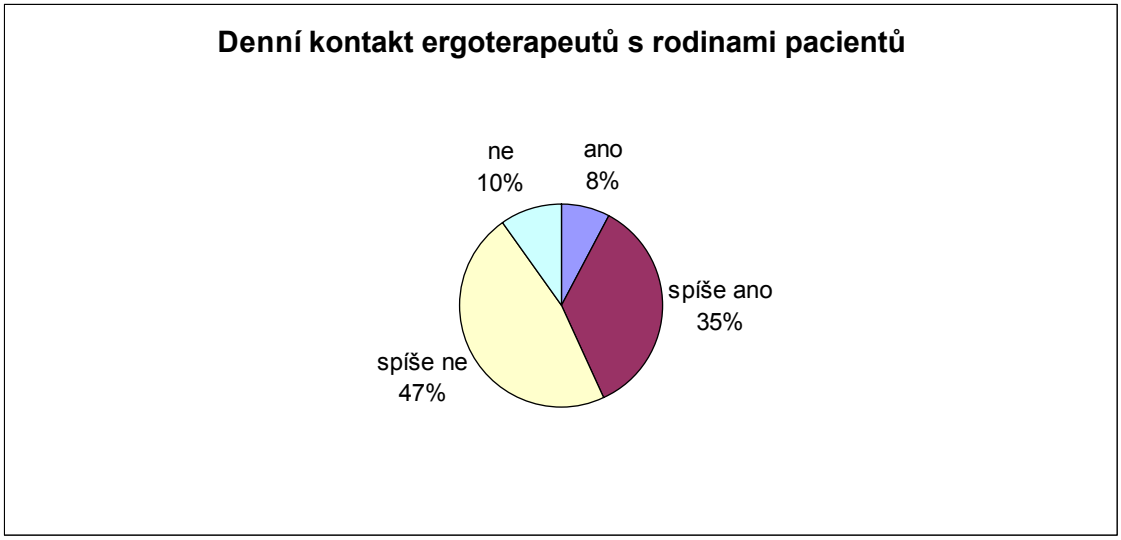
Výzkumná otázka č. 1: ***Setkávají se ergoterapeuté denně s rodinami/rodinnými příslušníky svých pacientů?***

Dotazníkové šetření ukázalo, že denně přichází do kontaktu s rodinou pacienta pouze 8% dotázaných ergoterapeutů, 35% spíše ano, 47 % však spíše ne a 10% do kontaktu denně s rodinami svých pacientů nepřichází.

Tabulka 2. Denní kontakt ergoterapeutů s rodinami pacientů

odpověď	počet	podíl z celku
ano	4	8%
spíše ano	18	35%
spíše ne	24	47%
ne	5	10%

Obrázek 4. Denní kontakt ergoterapeutů s rodinami pacientů



Celkem tedy 43% kladných a 57% záporných odpovědí.

Výzkumná otázka č. 2: ***Pokud se ergoterapeuté setkávají s rodinami svých pacientů, pracují s nimi cíleně?***

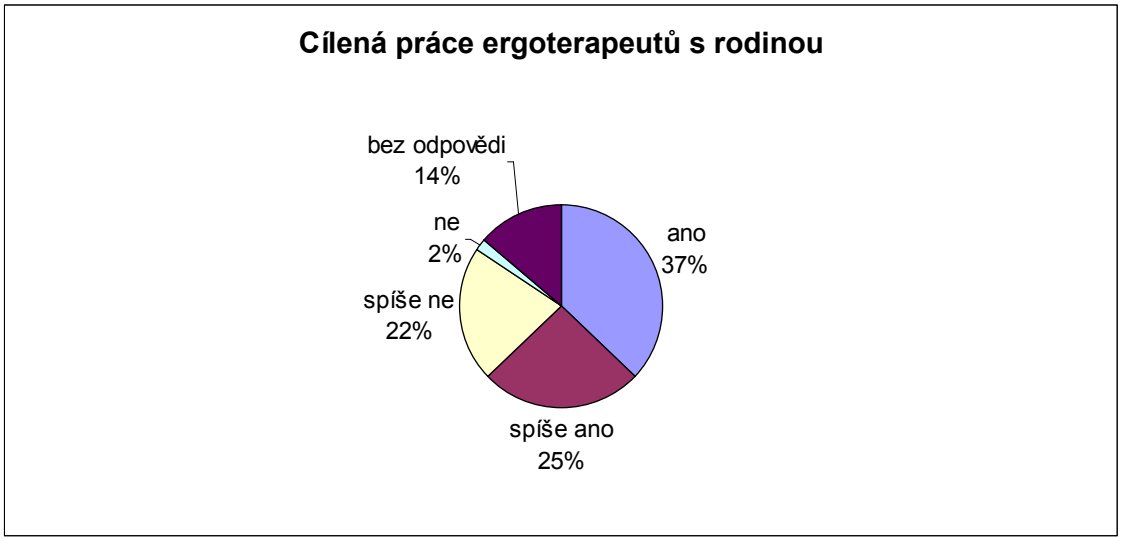
Cílená práce byla v zadání dotazníku charakterizována jako např. poradenství ohledně pomůcek či úpravy bytu, empatický rozhovor, účast při cvičení, instruktáž pro domácí úkoly, apod.

37% oslovených ergoterapeutů uvedlo odpověď ano, 25% spíše ano, 22% spíše ne a 2% čili 1 osoba uvedla odpověď ne. Zbylých 14% terapeutů v této otázce neodpovědělo. Těchto 14% lze vzhledem k předchozí otázce (výzkumná otázka č. 1) považovat za negativní odpověď, tudíž za odpověď „ne“ pak může být v této otázce považováno 16% odpovědí z celku.

Tabulka 3. Cílená práce ergoterapeutů s rodinou:

odpověď	počet	podíl z celku
ano	19	37%
spíše ano	13	25%
spíše ne	11	22%
ne	1	2%
bez odpovědi	7	14%

Obrázek 5. Cílená práce ergoterapeutů s rodinou



Celkem tedy 62% kladných a 38% záporných odpovědí.

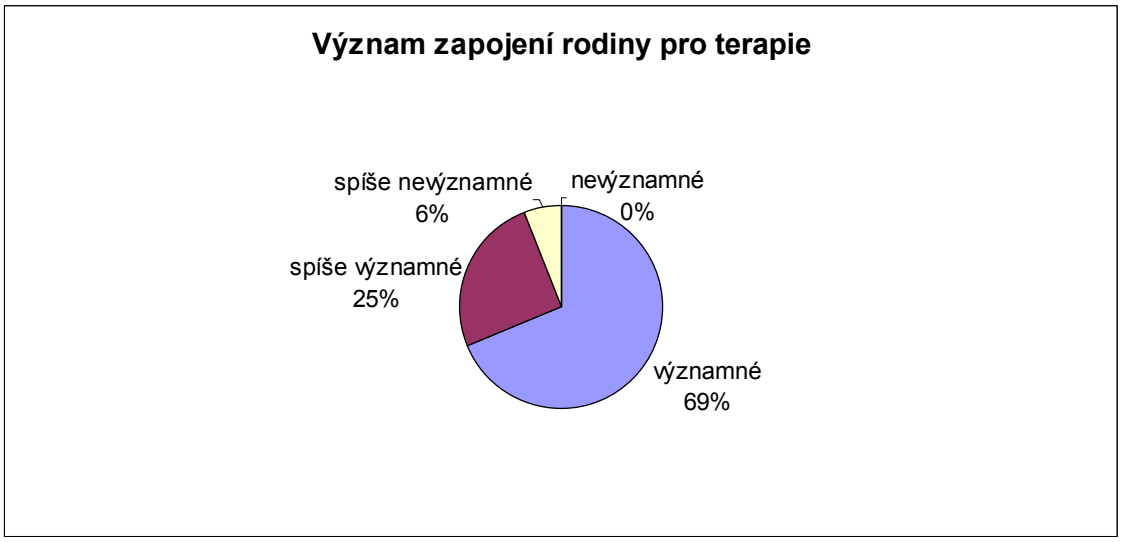
Výzkumná otázka č. 3: ***Domnívají se ergoterapeuté, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s jejich pacienty významné?***

Naprostá většina oslovených ergoterapeutů (94%) považuje zapojení rodiny do terapie pacienta za významné (69%) či spíše významné (25%), 6% oslovených pak považuje zapojení rodiny do terapie s jejich pacienty za spíše nevýznamné. Výzkumná otázka č. 3 jako jediná neobsahuje žádné odpovědi v kolonce „nevýznamné". Obecně lze tedy na základě šetření shrnout, že postoj ergoterapeutů k významu zapojení rodiny do terapie je kladný.

Tabulka 4. Význam zapojení rodiny do terapie

odpověď	počet	podíl z celku
významné	35	69%
spíše významné	13	25%
spíše nevýznamné	3	6%
nevýznamné	0	0%

Obrázek 6. Význam zapojení rodiny do terapie



Celkem tedy 94% kladných a 6% záporných odpovědí.

3. 2. 2. 2 Vedlejší výzkumné otázky

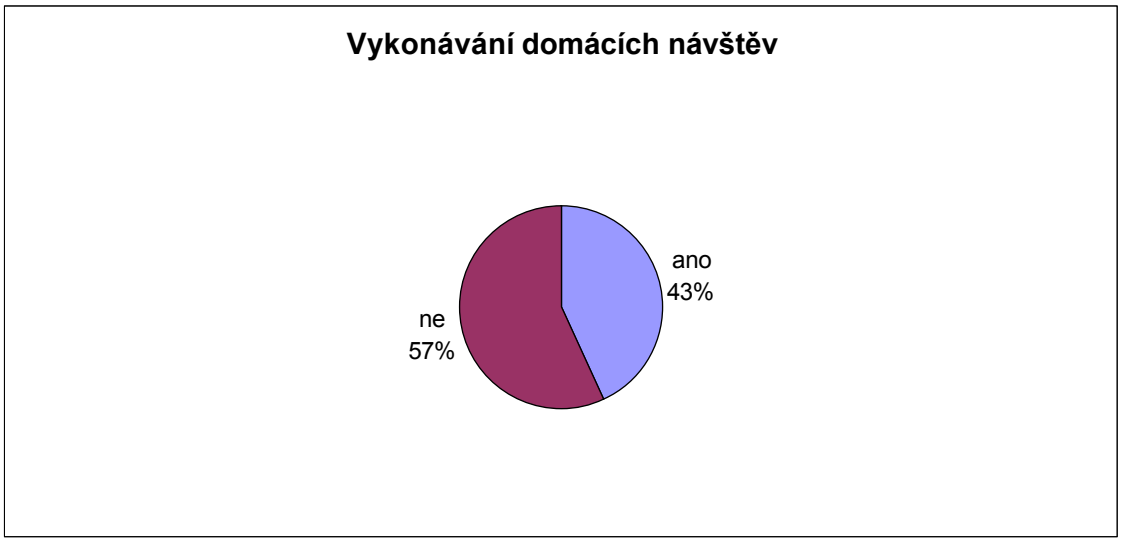
Výzkumná otázka č. 4: ***Provádějí ergoterapeuté v rámci své profese domácí návštěvy?***

Ve 22ti případech (43%) udávali ergoterapeuté odpověď ano, 29 ergoterapeutů (47%) uvedlo, že domácí návštěvy v rámci své profese neprovádí. Pro srovnání je zde uvedena rekapitulace charakteru souboru vzhledem k typu zařízení:
Zdravotnické 53%, sociální 25%, zdravotně-sociální 18% a jiné 4%.

Tabulka 5. Vykonávání domácích návštěv

odpověď	počet	podíl z celku
ano	22	43%
ne	29	57%

Obrázek 7. Vykonávání domácích návštěv



Celkem tedy 43% kladných a 57% záporných odpovědí.

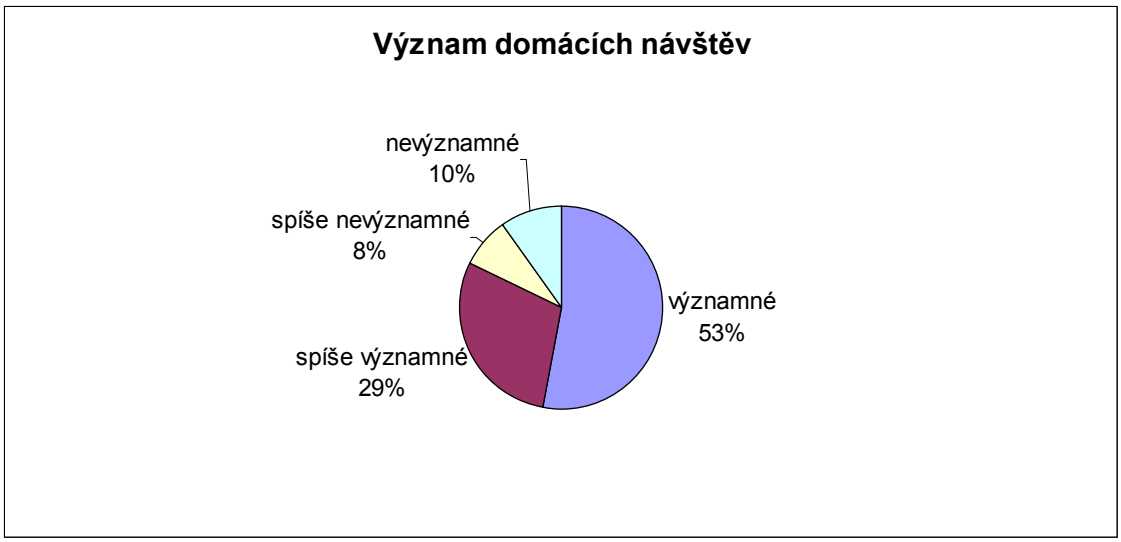
Výzkumná otázka č. 5: ***Domnívají se ergoterapeuté, že domácí návštěvy mohou být/jsou pro terapie s jejich pacienty významné?***

Přestože domácí návštěvy vykonává 43% oslovených ergoterapeutů, za významné je pro svoji profesi považuje 53%. Dalších 29% považuje domácí návštěvy za spíše významné, čili stejně jako ve výzkumné otázce č. 3 se naprostá většina oslovených staví k domácím návštěvám vzhledem ke své praxi kladně (dohromady 82%). Za spíše nevýznamné považuje domácí návštěvy pro svou praxi 8% ergoterapeutů a jako nevýznamné je uvedlo 10%.

Tabulka 6. Význam domácích návštěv pro terapii

odpověď	**počet**	**podíl z celku**
významné	27	53%
spíše významné	15	29%
spíše nevýznamné	4	8%
nevýznamné	5	10%

Obrázek 8. Význam domácích návštěv pro terapii



Celkem tedy 82% kladných a 18% záporných odpovědí.

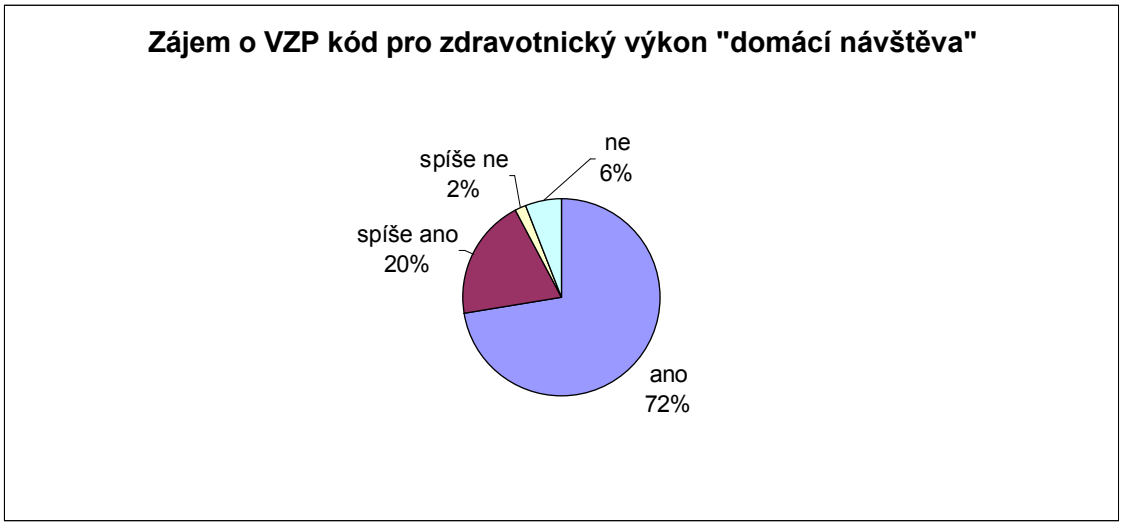
Výzkumná otázka č. 6: ***Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“?***

72% oslovených ergoterapeutů by tuto možnost jednoznačně uvítalo, dalších 20% uvedlo odpověď „spíše ano“. Přestože 8% ergoterapeutů považuje domácí návštěvy za spíše nevýznamné a 10% za nevýznamné pro svou profesi, jen 2% by zavedení kódu spíše neuvítalo a 6% neuvítalo.

Tabulka 7. Zájem o VZP kód pro zdravotnický výkon „domácí návštěva“

odpověď	počet	podíl z celku
ano	37	72%
spíše ano	10	20%
spíše ne	1	2%
ne	3	6%

Obrázek 9. Zájem o VZP kód pro zdravotnický výkon „domácí návštěva“



Celkem tedy 92% kladných a 8% záporných odpovědí.

Výzkumná otázka č. 7: ***Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“?***

Přestože ve zdravotnickém či zdravotně-sociálním zařízení pracuje celkem 71% dotazovaných, 80% z celku by zavedení tohoto VZP kódu uvítalo a dalších 14% spíše uvítalo. Pouze 2% dotazovaných by zavedení tohoto VZP kódu spíše neuvítalo a 4% neuvítalo.

Tabulka 8. Zájem o VZP kód pro zdravotnický výkon „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“

odpověď	počet	podíl z celku
ano	41	80%
spíše ano	7	14%
spíše ne	1	2%
ne	2	4%

Obrázek 10. Zájem o VZP kód pro zdravotnický výkon „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“

Celkem tedy 94% kladných a 6% záporných odpovědí.

4 DISKUSE

4. 1 Výsledky a jejich zhodnocení

Vzhledem k faktu, že tato studie je mapující, nikoli ověřující, nelze dosažené výsledky příliš srovnávat s literaturou.

Zpracování odpovědí v dotazníkové otázce číslo 2 *(V jakém zařízení pracujete?)* přineslo zjištění, že převažujícím typem zařízení, ve kterých oslovení ergoterapeuté pracují, jsou zařízení zdravotnická (53%). Tento fakt mohl být zapříčiněn tím, že seznam kontaktů na ergoterapeuty použitý k rozeslání dotazníků byl poskytnut 1. lékařskou fakultou a tudíž obsahoval mnoho kontaktů na zdravotnická zařízení.

Dotazníková otázka č. 3 *(Jaká je oblast Vašeho ergoterapeutického působení*?) přinesla zjištění, že nejčastější oblastí působení oslovených ergoterapeutů je geriatrie. Tento výsledek mohl vyplynout ze skutečnosti, že geriatričtí pacienti se mohou objevovat téměř ve všech dalších zmíněných oblastech (kromě pediatrie), což mohlo některé ergoterapeuty vést k tomu, aby vedle své hlavní oblasti působení vyplnili také kolonku „geriatrie“. Tato otázka byla však zařazena zejména pro ověření reprezentativnosti zkoumaného vzorku, čili pro vyloučení zaměřenosti na jednu převažující oblast působení ergoterapeutů (např. psychiatrie). Toto zaměření by mohlo zkreslit výsledky, které by pak nebyly obecně platné pro ergoterapii, ale spíše např. pro psychiatrii v ergoterapii, apod. Dalším záměrem pro zařazení této otázky do dotazníku byla snaha nalézt následné korelace mezi oblastí působení ergoterapeuta a postojem ergoterapeuta k významu zapojení rodiny do terapie pacienta. Vzhledem k malému vzorku bylo od tohoto záměru upuštěno, avšak v případě opakování studie s větším počtem účastníků by bylo přínosné tyto korelace zjistit.

Dotazníková otázka č. 4 *(Se kterými dalšími odborníky spolupracujete v rámci multidisciplinárního týmu?)* byla stejně jako v případě otázky č. 3 původně zařazena se záměrem najít korelace mezi počtem či složením členů multidisciplinárního týmu a cílenou prací ergoterapeuta s rodinou pacienta, popř. jinými proměnnými. Následně bylo ze stejných důvodů od tohoto postupu upuštěno, avšak do budoucna opět zůstává možností odhalit případné korelace. Zpracování odpovědí ukázalo, že nejčastěji zmiňovaným členem multidiscipliárního týmu, ve kterém ergoterapeuté působí, je sociální pracovník (41x). Rozdíly mezi sociálním pracovníkem a dalšími nejčastěji zmiňovanými (fyzioterapeut, zdravotní sestra a lékař) nejsou nijak velké (38x, 38x a 36x), na 5. místě byl pak uváděn ošetřovatelský personál (32x). Potěšující je 6. místo

ergoterapeuta jako člena multidisciplinárního týmu, který byl uveden celkem 27x. Znamená to tedy, že více než polovina dotázaných, přesněji 53% (27 z celkového počtu 51) pracuje na pracovišti spolu s dalším ergoterapeutem. Tento fakt je dle mého názoru pozitivní a přínosný (ať už vzhledem k možnosti vzájemných konzultací či výměně zkušeností, apod.). Méně často pak byl v odpovědích zmiňován psycholog (23x), logoped (21x) a speciální pedagog (13x). Ostatní zmiňovaní profesionálové byli sdruženi do kolonky „další“, která obsahovala celkem 12 různých profesí. Průměrný počet spolupracovníků v multidisciplinárním týmu na jednoho ergoterapeuta, který činí 5 až 6, se zdá být celkem vysoký a budí dojem, že ergoterapeuté jsou zvyklí spolupracovat v týmu. Otázkou však zůstává, co přesně zahrnuje pojem „spolupráce“. Na jedné straně to může být společná přítomnost na terapiích či pravidelné týmové porady nad každým pacientem, na straně druhé pak pouze přítomnost těchto profesionálů na stejném pracovišti s možností konzultace v případě nejistoty či konkrétního problému. Problematika multidisciplinárních týmů úzce souvisí se zapojováním rodiny do terapie a zasloužila by si hlubší studii. Brown, Humphry a Taylor (1997) označily ve své studii o spolupráci ergoterapeuta s rodinou 6. úroveň zapojení rodiny do terapie pacienta názvem „rodina jako spolupracovník týmu“. Pokud je terapeut zvyklý běžně pracovat v týmu profesionálů, bude pro něj jednodušší vidět jako součást tohoto týmu také pacientovu rodinu.

Zpracování výzkumné otázky č. 1 (*Setkávají se ergoterapeuté denně s rodinami/rodinnými příslušníky svých pacientů?*) přineslo 43% kladných odpovědí (8% odpovědí „ano“ a 35% odpovědí „spíše ano“). Kontakt s rodinou je logicky jedním z předpokladů možnosti zapojení rodiny do terapie pacienta. Výzkumná otázka č. 1 však zjišťovala „denní“ kontakt s rodinou a tudíž nelze říci, že celých 57% ergoterapeutů, kteří se s rodinami nesetkávají či spíše nesetkávají denně, přicházejí o možnost zapojení rodiny do terapie. Naopak, efektivní zapojení rodiny do terapie pacienta lze dle mého názoru uskutečňovat i při frekvenci kontaktu např. jednou měsíčně. Slovo „denně“ bylo do otázky zařazeno ve snaze o zvýšení její validity (čili o zabránění nutnosti ergoterapeuta odhadovat četnost kontaktu s rodinou). Vyšší vypovídající hodnotu by však zřejmě měla otázka jinak formulovaná (např.: „*Odhadněte, prosím, s kolika % rodin vašich pacientů se setkáváte.“*). Dotazníková otázka č. 5 se tedy může zdát bezúčelná, avšak jejím přínosem je fakt, že neukázala žádná alarmující nízká čísla o kontaktu ergoterapeutů s rodinou, která by si vyžadovala další zkoumání. Je tedy dobře, že ergoterapeuté přicházejí do kontaktu s rodinami

pacientů celkem často, protože jak Humphry, González a Taylor (1993) ve své studii prokázaly, postoje k významu zapojení rodiny do terapie jsou u ergoterapeutů, kteří se setkávají s 80% či s více rodinami svých pacientů, výrazně pozitivnější, než postoje ergoterapeutů, kteří se s rodinami svých pacientů setkávají méně často. Tento pozitivní postoj je pak jednou ze základních podmínek pro zapojení rodiny do terapie.

Výzkumná otázka č. 2 (*Pokud se ergoterapeuté setkávají s rodinami svých pacientů, pracují s nimi cíleně?)* je velmi diskutabilní. Výsledky ukázaly, že 37% ergoterapeutů považuje jejich práci s rodinami pacientů za cílenou, dalších 25% se přiklonilo k odpovědi „spíše ano". Cílená práce však byla v zadání dotazníku charakterizována příklady jako: „*poradenství ohledně pomůcek či úpravy bytu, empatický rozhovor, účast při cvičení, instruktáž pro domácí úkoly, apod*." Avšak tato definice cílené práce je velmi zavádějící a široká. Například pod pojmem „empatický rozhovor" si lze představit mnoho významů a tento fakt mohl přispět k vysokému počtu kladných odpovědí Zde tedy narážíme obecně na problém, co je vlastně zahrnuto v termínu „cílená práce" s rodinou.

Výzkumná otázka č. 3 (*Domnívají se ergoterapeuté, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s jejich pacienty významné?)* přinesla jednoznačný výsledek. 69% ergoterapeutů považuje zapojení rodiny do terapie s jejich pacienty za významné, dalších 25% pak za spíše významné, čili celkem 94% kladných odpovědí. Zbylých 6% odpovědí (které představují 3 ergoterapeuty) bylo obsaženo v kolonce „spíše nevýznamné". 0% oslovených ergoterapeutů považuje zapojení rodiny do terapie s jejich pacienty za nevýznamné, což je pozitivní zjištění. Chybějící pozitivní postoj ergoterapeuta k zapojení rodiny do terapie může být dle Brown, Humphry a Taylor (1997) jednou z hlavních bariér pro efektivní spolupráci mezi terapeutem a rodinou pacienta. Výsledky výzkumné otázky č. 3 však prokázaly, že téměř všichni oslovení ergoterapeuté se k zapojení rodiny do terapie staví kladně. Zdá se tedy, že tato bariéra by měla být v České republice minimální.

Se zapojováním rodiny do terapie pacienta také úzce souvisejí domácí návštěvy. Spolupráce s rodinou může dle mého názoru v některých případech probíhat v domácím prostředí efektivněji. Domácí návštěva může např. poskytovat pro spolupráci s rodinou přirozenější prostředí a zejména lepší časové podmínky, které Humphry, González a Taylor (1993) identifikovaly jako jednu z hlavních příčin nezapojování rodin do terapie.

Výzkumná otázka č. 4 (*Provádějí ergoterapeuté v rámci své profese domácí návštěvy?)* ukázala, že domácí návštěvy provádí pouze 43% oslovených ergoterapeutů,

přestože (jak ukazuje zpracování následující výzkumné otázky) domácí návštěvu považuje pro terapie s jejich pacienty za „významné“ či „spíše významné“ 82% ergoterapeutů. V určitých oblastech působení či typech zařízení může být provádění domácích návštěv bezpředmětné (např. v residenčním zařízení pro seniory), avšak troufám si odhadovat, že hlavní bariérou provozování domácích návštěv ergoterapeuty je zejména systém proplácení (či přesněji „neproplácení“) tohoto výkonu zdravotní pojišťovnou v případě zdravotnických zařízení. Toto tvrzení je však pouze hypotézou, kterou by bylo třeba pomocí vhodně zvoleného výzkumu ověřit či vyvrátit.

Výzkumná otázka č. 5 (*Domnívají se ergoterapeuté, že domácí návštěvy mohou být/jsou pro terapie s jejich pacienty významné?*) přinesla zjištění, že postoj ergoterapeutů k významu domácích návštěv je kladný (82%). 53% je považuje při terapiích za významné, 29% za spíše významné, 8% za spíše nevýznamné a 10% za nevýznamné.

Mattingly a Lawlor (2003) řadí mezi bariéry pro zapojení rodiny do terapie mimo jiné také způsob úhrady výkonů terapeuta a mzdový systém. Do vlastní studie tedy byla zahrnuta také výzkumná otázka č. 6 (*Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“?*), která přinesla 92% kladných odpovědí (72% ano a 20% spíše ano) a pouze 8% záporných odpovědí (2% spíše ne a 6% ne). Překvapující může být, že kladný postoj ergoterapeutů (92%) k zavedení VZP kódu „domácí návštěva“ je vyšší než kladný postoj ergoterapeutů k jejímu významu pro terapii (82%) a to i přesto, že zavedení VZP kódu na vykonávání profese by mělo mít teoreticky přímý efekt jen pro 71% dotázaných ergoterapeutů (čili pro ty, kteří pracují ve zdravotnickém či zdravotně-sociálním zařízení). Tento fakt je však zřejmě zapříčiněn formulací otázky v dotazníku: Uvítali byste ve Vaší profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“? Tato formulace se neptá na konkrétní situaci ergoterapeuta s jeho pacienty, avšak obecně na profesi ergoterapie jako takovou, což mohlo zapříčinit, že 92% ergoterapeutů by tento VZP kód uvítalo, přestože jen 82% považuje domácí návštěvy pro terapie se svými pacienty za významné.

Podobně jako v předešlé výzkumné otázce, také výzkumná otázka č. 7 (*Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“?*) ukázala jednoznačně pozitivní postoj ergoterapeutů (94%) k této otázce. 94% opět převyšuje již zmíněných 71% ergoterapeutů, kteří pracují ve zdravotnických či zdravotně-sociálních zařízeních, avšak

příčina může být vyvolána podobným způsobem jako v předchozí výzkumné otázce. Na rozdíl od předešlé výzkumné otázky se však případný zájem ergoterapeutů o tento VZP kód přesně shoduje s počtem ergoterapeutů, kteří považují zapojení rodiny do terapie s jejich pacienty za významné (shodně 94%).

Před zahájením sběru dat jsem předpokládala, že většina ergoterapeutů bude považovat zapojení rodiny do terapie a domácí návštěvy za významné. Tento fakt se prostřednictvím mapující studie potvrdil. Očekávala jsem však, že většina ergoterapeutů se nebude denně setkávat s rodinami svých pacientů a že jejich cílená práce s rodinami bude minimální. Tyto předpoklady se naopak nepotvrdily.

Před zahájením sběru dat jsem také očekávala, že většina ergoterapeutů by uvítala rozšíření seznamu zdravotnických výkonů o kódy pro domácí návštěvu a pro práci s rodinou pacienta. Výsledky studie tento předpoklad potvrdily. Byla bych ráda, kdyby tato zjištění mohla posloužit jako podkladový materiál při případných dalších jednáních o přidání VZP kódů pro zdravotnické výkony v rámci ergoterapie.

4. 2 Limitace studie

Jak je již zmíněno v praktické části, vzhledem k malému počtu účastníků nebyla pro zpracování výsledků použita indukční statistika, ale pouze statistika popisná. Příčinou malého vzorku studie byla nemožnost přístupu k evidenci ergoterapeutů zaregistrovaných v České asociaci ergoterapeutů. Pro mapující výzkum byl tedy zvolen dostupný seznam frekventovaných pracovišť pro praxe studentů z Kliniky rehabilitačního lékařství na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, který však nepředstavoval náhodný vzorek všech ergoterapeutů v ČR. Tento nedostatek byl částečně vyvážen dotazníkovou otázkou č. 3, která zjišťovala oblast ergoterapeutického působení. Její zpracování neukázalo žádné výrazné převážení určité oblasti nad ostatními, která by mohla zkreslit výsledky studie a znemožnit tak obecnou platnost pro ergoterapii. V případě opakování studie by bylo žádoucí mít možnost využít určité konkrétní databáze ergoterapeutů v ČR, např. prostřednictvím České asociace ergoterapeutů.

Další nedostatek studie vidím ve formulaci otázek č. 5 a 6. V případě dotazníkové otázky č. 5 *(Setkáváte se denně s rodinami/rodinnými příslušníky Vašich pacientů?)* nemá příliš velkou vypovídající hodnotu informace, zdali se ergoterapeuté setkávají denně s rodinami svých pacientů. Jak již bylo výše zmíněno, přínosnější by

zřejmě byly odpovědi např. na tuto otázku: *„Odhadněte, prosím, s kolika % rodin Vašich pacientů se setkáváte.“*, jejíž validita je však diskutabilní. V otázce č. 6 *(Pracujete cíleně s rodinnými příslušníky Vašich pacientů?)* je pak zásadním problémem definice pojmu „cílená práce s rodinou“. Také Machová, Nondek a Pokorná – Vrablecová (2008) narážejí ve svém výzkumu na problém velice individuálního pojetí tohoto pojmu. Přestože byl k otázce vlastního výzkumu připojen přibližný popis cílené práce formou několika příkladů, vnímám, že je zapotřebí obecně jasně ustanovit, co přesně je obsahem „cílené práce“ či „práce s rodinou“.

4. 3 Návrhy na další uplatnění a využití studie

Výsledky této mapující studie mimo jiné ukázaly, že ergoterapeuté v ČR považují zapojení rodiny do terapie pacienta za významné. Vzhledem k tomu, že postoj ergoterapeutů k zapojení rodiny do terapie jejich pacientů je jednou ze tří možných bariér bránících plnohodnotné účasti rodin na terapii, bylo by příhodné v budoucnu zmapovat podobným způsobem také zbylé dvě potenciální bariéry čili postoj rodiny a pacienta a dále podmínky prostředí (zejména systém legislativy a administrativy). Na základě analýzy těchto bariér by bylo možné začít s jejich postupným odstraňováním a přispět tak k další možnosti kvalitní a efektivní ergoterapie, popřípadě také dalších rehabilitačních oborů. V budoucnu by bylo také vhodné výzkum zopakovat s větším počtem účastníků a na základě korelační statistiky určit souvislosti mezi jednotlivými proměnnými (např. oblast působení ergoterapeuta a četnost kontaktu s rodinou, apod.). Zjištěné výsledky by pak mohly být podkladem pro případnou kvalitativní studii, která by umožnila hlubší porozumění problematice, analýzu situace a uskutečnění kroků, které by zvýšily zapojení rodiny do terapie a obohatily tak proces ergoterapie.

5 ZÁVĚR

Tato práce popisuje kvantitativní studii provedenou za účelem zmapování současné situace v otázce zapojování rodin do terapie pacientů z pohledu ergoterapeutů v České republice. Mapující výzkum probíhal v období březen – duben 2008 u vybraných 51 ergoterapeutů vykonávajících v současné době profesi ergoterapeuta na území ČR. Nástrojem studie byl speciálně vytvořený standardizovaný Anonymní dotazník pro ergoterapeuty rozeslaný e-mailem. Zpracování výsledků přineslo zjištění uvedená v následující tabulce (podrobnější rozpracování výsledků lze nalézt v praktické části a v diskusi).

Tabulka 9. Shrnutí výsledků

Výzkumná otázka	Kladné odpovědi („ano“ a „spíše ano“)	Záporné odpovědi („ne“ a „spíše ne“)
Setkávají se ergoterapeuté denně s rodinami/rodinnými příslušníky svých pacientů?	43%	**57%**
Pokud se ergoterapeuté setkávají s rodinami svých pacientů, pracují s nimi cíleně?	**62%**	38%
Domnívají se ergoterapeuté, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s jejich pacienty významné?	**94%**	6%
Provádějí ergoterapeuté v rámci své profese domácí návštěvy?	43%	**57%**
Domnívají se ergoterapeuté, že domácí návštěvy mohou být/jsou pro terapie s jejich pacienty významné?	**82%**	18%
Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“?	**92%**	8%
Uvítali by ergoterapeuté ve své profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“?	**94%**	6%

Pilotní mapující studie ukázala, že denně se s rodinami pacientů setkává menší polovina oslovených ergoterapeutů (43%), více než polovina terapeutů s rodinami cíleně pracuje (62%) a téměř všichni oslovení ergoterapeuté považují zapojení rodiny pro terapie s jejich pacienty za významné (94%). Dále bylo zjištěno, že větší polovina ergoterapeutů neprovádí v rámci své praxe domácí návštěvy (57%), avšak tento výkon považuje velká část ergoterapeutů za významný (82%). Případné zavedení VZP kódů

pro zdravotnické výkony „domácí návštěva“ a „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“ by uvítala naprostá většina oslovených ergoterapeutů (92 a 94%). V budoucnu by bylo vhodné studii zopakovat s větším počtem účastníků a přesnější definicí pojmů „cílená práce“, „práce s rodinou“, „spolupráce v týmu“ a dále pomocí korelační statistiky nalézt souvislosti mezi jednotlivými proměnnými.

Tato studie přinesla zjištění, že postoj ergoterapeutů k zapojení rodiny do terapie je kladný. Vzhledem k tomu, že postoj terapeuta je jednou ze 3 potenciálních bariér zapojení rodiny do terapie, bylo by vhodné v budoucnu zmapovat také problematiku zbylých dvou bariér, čili postoje ze strany rodiny a pacienta a dále podmínek prostředí.

6 REFERENČNÍ SEZNAM

BROWN, S. M., HUMPHRY, R., TAYLOR, E. *A Model of the Nature of Family – Therapist Relationships: Implications for Education*. The Amercian Journal of Occupational Therapy, July/August 1997, Vol. 51, No. 7, s. 597 – 603

CUMMING , R. G., THOMAS, M., SZONYI, G., SALKELD, G., O´NEILL, E., WESTBURY, C. FRAMPTON, G. *Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention.* Journal of the American Geriatrics Society, Dec. 1999, Vol. 47, No. 12, s. 1397 – 1402

Doporučení Rady Evropy [Rec (2006) 5] Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením (s disabilitami) do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015 [online] [cit. 2008-02-28]. Dostupné z: <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/ucelenasvestkova.recepis.pdf>

Návrh zákona o rehabilitaci [online] [cit. 2008-02-28]. Dostupné z: <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/ucelenasvestkova.recepis.pdf>

EDWARDS, M. A., MILLARD, P., PRASKAC, L. A., WISNIEWSKI, P. A. *Occupational therapy and early intervention: a family-centred approach*. Occupational Therapy International, 2003, Vol. 10, No. 4, s. 239 - 252

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 3. doplněné vydání. Praha: Galén, 2002. 220 s. ISBN 80-7262-132-7

HUMPHRY, R., GONZÁLEZ. S., TAYLOR. E. *Family Involvement in Practice: Issues and Attitudes.* The American Journal of Occupational Therapy, Jully 1993, Vol. 47, No. 7, s. 587 - 593

LIPPERTOVÁ – GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace.* 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6

MAESHIMA, S., UEYOSHI, A., OSAWA, A., ISHIDA, K., KUNIMOTO, K., SHIMAMOTO, Y., MATSUMOTO, T., YOSHIDA, M. *Mobility and muscle strength contralateral to hemiplegia from stroke: benefit from self-training with family support.* American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, June 2003, Vol. 82, No. 6, s. 456 - 562

MACHOVÁ, J., NONDEK, M., POKORNÁ – VRABLECOVÁ, S. *Projekt JPD 3 „Podpora integrace mladých lidí s duševním onemocněním na trh práce a do vzdělávacího systému formou case managementu, zapojením rodiny a práce s komunitou". 2008* [online] Dostupné z WWW: <http://www.greendoors.cz>

MATĚJČEK, *Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 197 s. ISBN 80-04-25236-2

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. přepracované vydání. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. přepracované vydání. Praha: Slon, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9

MATTINGLY, CH. F., LAWLOR, M. C. *Disability experience from a family perspective* In *Willard and Spackman´s Occupational Therapy.* 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003. Kaptiola 6, s. 69 - 79

MOSEY, A. C. *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. 1st edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. ISBN 0-89004-334-5

Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009. [online] [cit. 2008-02-28]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/files/clanky/1284/NPPI_2006-9.pdf>

Standards of practice for occupational therapy, American Occupational Therapy Association [online] [cit. 2008-05-28]. Dostupné z: <http://www.oregon.gov/OTLB/docs/AOTAStandardsOfPractice.pdf.pdf>

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

Vyhláška č. 493/2005 Sb., částka 171. [online] [cit. 2008-04-28]. Dostupné z: <http://web.mvcr.cz/sbirka/2005/sb171-05.pdf>

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X

WELCH, A., LOWES, S. *Home assessment visits within the acute setting: a discussion and literature review.* British Journal of Occupational Therapy, Apr. 2005, Vol. 68, No. 4, s. 158 - 164

7 PŘÍLOHY

Příloha 1: Anonymní dotazník pro ergoterapeuty

Anonymní dotazník pro ergoterapeuty

k bakalářské práci „Význam zapojení rodiny do terapie pacienta“

Dobrý den, jmenuji se Natálie Lupienská a jsem studentkou 3. ročníku ergoterapie na 1. LF UK v Praze. V současné době píši bakalářskou práci na téma *„Význam zapojení rodiny do terapie pacienta“*. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění následujících 11ti jednoduchých otázek anonymního dotazníku, který mi pomůže ke zpracování této problematiky a ke zmapování současné situace v praxi v ČR. Předem velmi děkuji a věřím, že otevření diskuse na toto téma bude všeobecným přínosem.

Ve Vraném nad Vltavou, 29. 2. 2008

Instrukce k vyplnění dotazníku:
Prosím, vyplňte dotazník nejpozději do 15.4. a odešlete jej na e-mailovou adresu natalie.L@centrum.cz. Vyplňujte, prosím, vždy pouze jednu odpověď (neplatí však pro otázky 3 a 4).
Děkuji.

1. Vykonáváte v současné době profesi ergoterapeuta v ČR?

a) ano
b) ne

2. V jakém zařízení pracujete?

a) zdravotnické
b) sociální
c) zdravotně-sociální
d) jiné_____

3. Jaká je oblast Vašeho ergoterapeutického působení?

a) pediatrie
b) geriatrie
c) psychiatrie
d) mentální postižení
e) neurologie
f) revmatologie
g) ortopedie
h) kombinované vady
i) smyslová postižení
j) vězeňství
k) jiná_____

4. Se kterými dalšími odborníky spolupracujete v rámci multidisciplinárního týmu?

a) lékař
b) zdravotní sestra
c) ošetřovatelský personál
d) fyzioterapeut

e) ergoterapeut
f) sociální pracovník
g) logoped
h) psycholog
i) speciální pedagog
j) další_____

5. Setkáváte se denně s rodinami/rodinnými příslušníky Vašich pacientů?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

6. Pokud ano, pracujete cíleně s rodinnými příslušníky Vašich pacientů? *(Cílenou prací se rozumí např.: poradenství ohledně pomůcek či úpravy bytu, empatický rozhovor, účast při cvičení, instruktáž pro domácí úkoly apod.)*

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

7. Domníváte se, že zapojení rodiny by mohlo být/je pro terapie s Vašimi pacienty:

a) významné
b) spíše významné
c) spíše nevýznamné
d) nevýznamné

8. Provádíte v rámci Vaší ergoterapeutické profese také domácí návštěvy?

a) ano
b) ne

9. Domníváte se, že domácí návštěvy mohou být/jsou pro terapie s Vašimi pacienty:

a) významné
b) spíše významné
c) spíše nevýznamné
d) nevýznamné

10. Uvítali byste ve Vaší profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „domácí návštěva“?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

11. Uvítali byste ve Vaší profesi zavedení zdravotnického výkonu (VZP kódu) „instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků“ podobně jako existuje ve fyzioterapii?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

Velmi děkuji za Váš čas. V případě jakýchkoli připomínek, návrhů, námětů, odkazů na další informace atp. mě, prosím, neváhejte kontaktovat na natalie.L@centrum.cz. Výsledky dotazníků plánuji zpracovat v průběhu jara 2008, celou bakalářskou práci pak můžete v případě zájmu nalézt od října 2008 v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK (Albertov 7, Praha 2, 128 00).

Příloha 2: Vlastní zkušenosti ze zahraniční stáže na Savonia University of Applied Science ve finském Kuopiu

Otázka rodiny a domácích návštěv

V rámci svého studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě jsem měla možnost zúčastnit se tříměsíční zahraniční stáže ve Finsku. Při praxích v nejrůznějších zařízeních jsem se snažila vypozorovat či alespoň ústně zjistit postavení rodiny pacienta v ergoterapii, její zapojování či nezapojování do terapie, míru kontaktu terapeuta s rodinami pacientů a v neposlední řadě také otázku domácích návštěv. Kromě jednoho sociálně zaměřeného pracoviště jsem se pohybovala v zařízeních zdravotnických a to zejména na odděleních rehabilitace, neurologie, popálenin, plastické chirurgie a chirurgie ruky. Skladba pacientů byla různorodá (ať už vzhledem k disabilitě, věku, apod.) Téměř všichni ambulantní pacienti, které jsem měla možnost na ergoterapii vidět, přicházeli v doprovodu svých blízkých. Počet blízkých osob se pohyboval od 1 do 3 a většinou se jednalo o partnera/partnerku. Zaznamenala jsem, že terapeut často s doprovodem diskutuje, vše vysvětluje či názorně ukazuje. Veškerý tento postup se zdá být naprosto přirozený, všichni, kdo jsou jakýmsi způsobem s pacientem spjatí, jsou v ordinaci vítáni a zahrnováni do probíhající terapie.

V případě městské nemocnice (Harjula hospital) je na neurologickém oddělení pravidelným zvykem setkání s rodinou a to vždy po přijetí nového pacienta k hospitalizaci. Tohoto setkání se účastní rodina pacienta, pacient, ergoterapeut, fyzioterapeut, příp. ošetřovatelský personál z home care služby a případní další odborníci dle aktuální situace pacienta. Náplní těchto setkání je pak zpravidla představení jednotlivých osob a jejich profesí, zodpovězení případných otázek a nejasností ze strany rodiny, navržení a diskuse nad cíli a následujícími postupy během hospitalizace pacienta i po ní, případná edukace rodiny, její zácvik, apod. Toto setkání se pak v případě potřeby jednou měsíčně opakuje, popř. kontakt s rodinou pokračuje prostřednictvím telefonních rozhovorů s jednotlivými členy týmu.

Tatáž nemocnice běžně zahrnuje ve svých službách také domácí návštěvy a to pravidelně těsně před propuštěním pacienta do domácí péče. Výkon je včetně transportu pacienta a terapeutů hrazen zaměstnavatelem. Převozy jsou smluvně zajištěny místní taxi službou, která je vybavena vozy pro přepravu osob na vozíku (nájezdová plošina, prostor a pásy pro vozík, atd.). Osobně jsem měla možnost zúčastnit se jedné z domácích návštěv, jejímž cílem bylo zhodnotit podmínky nového bytu 75ti leté

pacientky po cévní mozkové příhodě. Domácí návštěvy se zúčastnili ergoterapeutka, fyzioterapeutka, pacientka, jedna další studentka a dále manžel pacientky a syn, kteří čekali v novém současně rekonstruovaném bytě. Kromě praktického vyzkoušení lokomoce pacientky po bytě a zhodnocení jednotlivých místností včetně jejich zařízení byly prodiskutovány mezi všemi zúčastněnými návrhy na další úpravy či změnu cílů rekonstrukce. Z celé návštěvy byl na závěr hodinového setkání sepsán protokol spolu s dalšími návrhy do budoucna.

Otázka rodiny je cíleně zahrnuta také do studia ergoterapie na místní univerzitě (Savonia University of Applied Science). Měla jsem možnost zúčastnit se zde nejen výuky ergoterapie 1. ročníku, ale i tzv. family practice (čili praxe v rodině), která byla její součástí. Jednalo se o 5 dopoledních setkání studentů s přidělenými klienty, které navštěvovali doma nebo po domluvě v jiném prostředí. Každý student ergoterapie spolupracoval se studentem 1. ročníku fyzioterapie a v tomto dvoučlenném týmu sestavovali spolu s klientem plán a program na všech 5 setkání, který následně plnili. V průběhu celého období proběhla 3 supervizní setkání studentů s vyučujícími, kde mohli všichni společně diskutovat o klientovi, jeho rodině a celé praxi. Závěrem a výstupem celé této praxe bylo vytvoření kasuistiky a její prezentace ostatním studentům. Zdá se, že otázka rodiny je ve Finsku v porovnání s Českou republikou více začleněna do systému praxe a výuky ergoterapie.

Bylo by velmi přínosné, kdyby některé z výše uvedených fenoménů chybějících v ČR mohly být v budoucnu postupně zavedeny také do praxe a výuky v naší zemi.