

Ergoterapie osob se získaným poškozením mozku se zaměřením na bariéry a facilitátory v domácím prostředí

Occupational therapy of people with acquired brain injury in the home environment focusing on barriers and facilitators

A. Kuželková^{1,2}, J. Vacková¹, S. Ptaková², D. Podzemná², K. Pechoušková¹, Y. Angerová²

¹ Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

² Klinika rehabilitačního lékařství, 1. LF UK a VFN v Praze

Souhrn: Úvod: Článek poukazuje na důležitost komunitních služeb pro osoby po získaném poškození mozku a na chybějící návaznost rehabilitace při jejich propuštění do domácího prostředí, které je často nevyhovující vzhledem k nastalé disabilitě. Odborné zhodnocení a vedení odborníky z rehabilitace ve spolupráci s rodinou je nezastupitelné. **Cíl:** Cílem sdělení je předložit výsledky ergoterapeutické intervence v rámci koordinované komunitní rehabilitace. Hlavním cílem je řešení disabilních situací osob po získaném poškození mozku v domácím prostředí, které souvisejí zejména s evaluací bytu a indikací facilitačních prostředků. **Metody:** Byla použita metodologická triangulace s převahou kvalitativní části v rámci akčního výzkumu 3měsíční koordinované interprofesní rehabilitace v domácím prostředí. Technikami sběru dat jsou rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky, pozorování v domácím prostředí, analýza dokumentů a využití standardizovaných testů (FIM, WHODAS 2.0) pro hodnocení vývoje soběstačnosti, funkčního stavu a subjektivního vnímání kvality života probandů. **Výsledky:** Do finálního zpracování výsledků se zaměřením na ergoterapeutickou intervenci bylo zařazeno celkem 17 osob z Jihočeského kraje a doplňkově 6 osob z oblasti Praha a Středočeský kraj. Celkově převažuje diagnóza cévní mozková příhoda. V rámci identifikace bariér a facilitátorů výrazně zaznívá rodina klienta. Zároveň většina klientů potřebovala menší úpravy či drobné pomůcky indikované ergoterapeutem, tedy zejména finančně méně náročné facilitátory, které jsou ale zásadní z hlediska soběstačnosti a bezpečnosti v provádění běžných denních aktivit. U osob s tetraplegií či těžší hemiparézou byly indikovány zásadnější úpravy jako např. bezbariérový výtah, instalace rampy, plošiny, schodolezu či řešení bezbariérové koupelny se sprchovým koutem. Zde se jeví jako velice žádoucí spolupráce se sociálním pracovníkem ohledně financování. **Závěr:** Klienti vnímají pozitivní přínos intervence, chybí jim ale další návazná rehabilitace. Ergoterapeut je v týmu nenahraditelný. Z analýzy rozhovorů je patrná potřeba péče rodiny o klienta, ale nelze zanedbávat ani péči o rodinu a její vedení. Obě potřeby by měly být pro odborníky apelem na kvalitní interprofesní přístup, kdy je rodina s klientem plnohodnotnou součástí týmu.

Klíčová slova: ergoterapie – domácí prostředí – interdisciplinární výzkum – rodina – získané poškození mozku

Úvod

Získané poškození mozku (ABI – acquired brain injury) zahrnuje cévní mozkové příhody (CMP), traumata, nádory a závažná onemocnění mozku, získané v jakémkoli věku po narození [1]. Je zřejmé, že v procesu návratu pacientů s ABI do aktivního života hraje zásadní roli koordinovaná rehabilitace [2]. Navíc studie dokladují, že komunitní rehabilitace má velice pozitivní dopad na rodiny pa-

cientů či pečovatele [3]. V České republice je velmi dobře nastaven cerebrovaskulární program a akutní péče o tyto pacienty. Chybí však zdravotně-sociální propojení a služby, které by umožnily kvalitní život pacientům doma. Přetrvávajícím problémem je chybějící a často chaotická kontinuita péče s nedostatečným přesahem návazné intervence poskytované v komunitě, resp. v domácím prostředí [4].

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) vydaná v roce 2001 Světovou zdravotnickou organizací (WHO), v češtině publikována v roce 2008 a revidována v roce 2020 [5], propojuje funkční diagnostiku a hodnocení participace osoby podle mezinárodních norem. Participaci přitom dává do přímé souvislosti s facilitačními faktory. Prostor bez facilitačních faktorů nebo s bariérami může

Summary: Aim: The aim of the article is to present the results of occupational therapy intervention in the framework of coordinated community rehabilitation. The main aim is to address the disabling situations of people after acquired brain injury in the home setting, which are mainly related to the evaluation of housing and the indication of facilitation resources. **Methods:** A methodological triangulation was used with a predominantly qualitative component in an action research study of a 3-month coordinated interprofessional rehabilitation in a home setting. The data collection techniques are interviews with clients and their family members, observations in the home environment, document analysis and the use of standardized tests (FIM, WHODAS 2.0) to assess the development of self-sufficiency, functional status and subjective perception of the probands quality of life. **Results:** A total of 17 people from the South Bohemia region and 6 additional people from the Prague and Central Bohemia region were included in the final processing of the results focusing on occupational therapy intervention. Overall, the predominant diagnosis was stroke. As part of the identification of barriers and facilitators, the client's family plays a significant role. Most of the clients needed minor adjustments or minor aids indicated by the occupational therapist after the stroke, i.e. especially financially less demanding facilitators, which are essential in terms of independence and safety in performing normal daily activities. For people with tetraplegia or more severe hemiparesis, more substantial modifications were indicated, such as a wheelchair lift or installation of a ramp, platform, stair lift, or a wheelchair accessible bathroom with shower. Here, cooperation with a social worker regarding funding seems to be highly desirable. **Conclusion:** Clients perceive the positive benefits of the intervention but lack further follow-up rehabilitation. The occupational therapist is irreplaceable in the team. From the analysis of the interviews, the need for family care for the client is evident, but the care and guidance of the family cannot be neglected. Both needs should be an appeal to professionals for a quality interprofessional approach, where the family and the clients are a full part of the team.

Key words: occupational therapy – home environment – interdisciplinary research – family – acquired brain injury

značně omezit výkon jedince (sociální začlenění). Naopak facilitačním prostředím dosáhneme optimální kvalitu života, pokud možno v domácím prostředí. Jestliže se vyřeší disabilní situace pacienta/klienta, může jedinec plně využívat své funkční zdraví [5]. Zaměření na soběstačnost je doménou ergoterapeuta, který je nezastupitelným členem neurorehabilitačního týmu. Indikace kompenzačních pomůcek, poradenství a diagnostika faktoru prostředí vzhledem k facilitátorům a bariérovosti jsou nedílnou součástí ergoterapie. Objektivní hodnocení běžných denních činností (ADL – activities of daily living) s cílem podpory participace a dosažení optimální kvality života patří mezi hlavní zaměření ergoterapie [6]. V neposlední řadě by měly být součástí komunitních služeb i preventivní programy, jelikož 82 % seniorů, mezi které často patří i osoby po poškození mozku, má nějakou zkušenost s pády v domácnosti [7]. Tyto pády velice často souvisí s prostředím nepříznivě ovlivněným schopnostem jedince, tedy s bariérami a chybějícími facilitačními prvky, s chybějícím přístupem ke službám v kombinaci s nedostačnou informovaností a edukací osob ohledně prevence pádů [8–10].

Metodický postup

Cíle práce

Předkládáme jeden z výstupů velkého projektu Koordinovaná rehabilitace osob s ABI, realizovaného na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Projekt měl dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit kvalitu života osob po ABI. Druhým cílem bylo zapojit do řešení zdravotní a sociální situace v komunitní oblasti interprofesní tým, který bude komplexně posuzovat situaci těchto osob, navrhnout řešení a realizovat ho ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou, případně dalšími institucemi. Článek je zaměřen na ergoterapeutickou část výzkumu s cílem zjistit, jaký je největší přínos ergoterapeutického hodnocení a intervence s ohledem na odstranění či minimalizaci bariér ve vlastním domácím prostředí.

Design studie

Na výzkumu spolupracovaly tři hlavní profese, konkrétně fyzioterapeut, ergoterapeut a sociální pracovník, na základě indikace rehabilitačního lékaře. Dle individuálních potřeb klientů byl přizván do týmu logoped a psycholog. Intenzivní koordinovaná interprofesní rehabilitace v domácím prostředí trvala

u každého klienta 3 měsíce, přičemž členové týmu dále v průběhu 5 let sledovali vývoj stavu. Z tohoto hlediska se jednalo o longitudinální studii. Hlavní nejintenzivnější část výzkumu probíhala v rámci 3měsíční intervence, kdy odborníci provedli u každého klienta min. tři společné návštěvy v domácím prostředí a nastavili další individuální intervence jednotlivých odborností dle individuálně stanovených cílů. Společná kontrolní návštěva byla dále provedena po půl roce od ukončení intervence.

Soubor a vstupní kritéria

Základním souborem byly osoby po ABI ve fázi přechodu ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí, pobývající na rehabilitačních lůžkách, v rehabilitačních ústavech a v domácím prostředí v Jihočeském kraji. Hlavním kritériem výběru pacientů po poškození mozku bylo zachování komunikačních schopností. Jednalo se o osoby v subakutní fázi onemocnění při propuštění z lůžkové rehabilitace do domácího prostředí či těsně po jejich propuštění, které potřebují a mají zájem o návaznou rehabilitaci v domácím prostředí. Primární zacílení bylo na pacienty rehabilitačního oddělení Nemocnice České Budě-

jovice. Byli osloveni všichni pacienti z let 2016 a 2017, kteří splňovali vstupní kritéria. Sběr dat pak průběžně probíhal až do konce dubna 2021. Doplnkově a zároveň pro určitou formu kontroly byly zařazeny osoby po ABI z oblasti Prahy a Středočeského kraje, s vazbou na Kliniku rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Studie byla realizována se souhlasem Etické komise Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Velikost vzorku

Původním plánem bylo zařazení 30 osob. Vzhledem k tomu, že některé osoby spolupráci ukončily v průběhu (např. z důvodu přestěhování mimo dojezdovou vzdálenost 30 km či z jiných osobních důvodů), výzkum ukončilo celkem 17 osob z Jihočeského kraje (označení JK) a doplnkově 6 osob z oblasti Praha a Středočeský kraj (označení PS). Převážná většina osob byla s diagnózou CMP. Strukturu probandů pro zpracování finálních ergoterapeutických výstupů uvádíme v tab. 1.

Typ výzkumu a výzkumné nástroje

Byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu – metodologická triangulace, s převahou kvalitativního výzkumu (potřeba interpretačních hypotéz). Zároveň bylo využito několik výzkumníků. **Kvalitativní část** byla zaměřena na hlubší popis sociální a zdravotní problematiky klientů po poškození mozku formou případové studie. Techniky sběru dat byly rozhovory a pozorování v domácím prostředí (např. posouzení bytu a jeho úprav tak, aby byl pro tyto pacienty bezbariérový) a analýza dokumentů (zdravotní dokumentace pacientů, statistiky, domácí i zahraniční studie) apod. **Kvalitativní část byla kombinována s částí kvantitativní**, která obsahovala strukturované dotazování a strukturované pozorování s využitím standardizovaných testů jednotlivými odborníky. Pro ergoterapeutickou část bylo využito objektivní hodnocení

Tab. 1. Struktura probandů.

Tab. 1. Structure of probands.

Klienti	Diagnóza	Klinické projevy	Věk při vstupu	Pohlaví
JK1	iCMP	I. dx.	75	M
JK2	iCMP	I. sin.	50	F
JK3	iCMP	I. sin.	69	F
JK4	iCMP	I. sin.	70	M
JK6	iCMP	I. dx.	76	F
JK7	iCMP	I. sin.	80	F
JK11	iCMP	I. sin.	73	F
JK12	hCMP	I. sin.	47	M
JK13	kraniotrauma	I. sin.	41	M
JK14	iCMP	I. sin.	56	M
JK15	iCMP	I. dx.	60	M
JK16	iCMP	I. dx.	65	F
JK17	iCMP	I. sin.	76	F
JK18	polytrauma	I. sin.	34	M
JK19	iCMP	I. sin.	58	F
JK20	iCMP	I. sin.	85	M
JK21	hCMP	tetraplegia	41	F
PS1	hCMP	I. sin.	34	M
PS3	st.p. resekci glioblastomu	I. dx.	43	F
PS4	st.p. resekci astrocytomy front.	I. sin.	43	F
PS7	iCMP	I. sin.	77	F
PS8	iCMP	I. sin.	43	M
PS9	hCMP	I. dx.	65	F

F – žena, CMP – cévní mozková příhoda, h – hemoragická, i – ischemická, JK – Jihočeský kraj, M – muž, PS – Praha a Středočeský kraj

vývoje funkčního stavu respondentů pomocí nástroje Funkční míra nezávislosti (FIM – functional independence measure) – FIM systém® verze 5.2 [11]. Hodnocení FIM bylo realizováno při zahájení sledování, po měsíci intervence i po 3 měsících, tedy v závěru koordinované intervence. Subjektivní hledisko klienta bylo hodnoceno při první návštěvě pacienta, po měsíci, v závěru a po půl roce od ukončení, vždy s využitím dotazníku kvality života WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) vydaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO) [12]. Následně ještě kontrolně vzhledem k longitudinálnímu sledování stavu bylo využito dotazování WHO-

DAS 2.0 i po cca 5 letech formou CATI (computer-assisted telephone interviewing). Vzhledem k počtu probandů můžeme kvantitativní část označit spíše za případovou studii. Význam kvantitativních dat pro tento výzkum je zejména v umožnění sledování vývoje stavů jednotlivců v průběhu času.

Metody analýzy dat

Pro zhodnocení výsledků z kvantitativní části byla použita základní deskriptivní statistika. Získané výsledky byly statisticky zpracovány ve statistickém softwaru programu MS Excel 2010. Zatímco počty zapojených probandů byly pro kvalitativní zpracování výzkumu

Tab. 2. Sociální situace a identifikované bariéry a facilitátory u vybraných klientů.

Tab. 2. Social situation and identified barriers and facilitators for selected clients.

Klient	Sociální anamnéza, pečovatel	Bytová situace – typ bydlení	Bariéry	Facilitující faktory
JK1	starobní důchod, zažádáno o ZTP/P, příspěvek na mobilitu, manželka, pravidelné návštěvy vnučky	Byt 2 + 1, 5. patro s výtahem	prahy, koupelna (malý prostor, mnoho věcí), absence madel, chybějící drobné pomůcky (oblékání, jedení, hygiena, koupání, grafomotorika)	manželka, vnučka (zejména pozitivní vliv má její přítomnost), bezbariérový přístup do domu, rolátor, sedačka na vanu, léky, mobilní telefon, pomůcky ke kognitivnímu tréninku, brýle na čtení
JK4	starobní důchod, dcera	rodinný dům (používá přízemí)	absence manželky (zemřela), absence pomůcek k jedení (neupravený příbor – nezvládá krájení), schody do patra (patro nyní nepoužívá)	dcera, pobyt v přízemí domu bez schodů, mobilní telefon, chodítko – rolátor, francouzská berle, madla v domě, madla na WC i v koupelně, sprchový kout, elektricky polohovatelná postel, vyvýšená toaleta, léky
JK18	pracovní neschopnost, družka	rodinný dům, 2 patra, novostavba, částečně bariérový	před domem dva schody, v domě 20 schodů	družka, zábradlí u schodů pro přidržení, elektrická postel, sprchový kout, madla, protiskluzové podložky, chodítko, mechanický vozík, diář a mnemotechnické pomůcky, léky, mobilní telefon
PS3	invalidní důchod 3. stupně, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na bydlení, ošetrovatelský personál, rodiče	byt 3 + 1 v panelovém domě, 3. patro	vstup do obydlí (schody, rampa s nevhodným sklonem, prahy, těžké vstupní dveře), vstup do domácnosti (dveře, práh), koupelna a WC (nedostatečná šířka dveří), nevhodný jídelní stůl, nízká postel	ošetrovatelský personál, sousedka, bývalý přítel, sestra, otec, donášková služba (nákupy), mechanický vozík, sedačka na vanu, protiskluzová podložka do koupelny, přísavná madla, ochranná helma, léky, kalendář, mobilní telefon

JK – Jihočeský kraj, PS – Praha a Středočeský kraj

dostatečné, pro statistické zpracování byl jejich počet příliš nízký. Proto lze závěry statistických analýz považovat pouze za pilotní výsledky, které mohou být použity k formulování cílů budoucího detailního výzkumu. Strukturované rozhovory byly analyzovány v programu ATLAS.ti. Dále byly analyzovány a interpretovány podrobné kazuistiky a terénní poznámky formou interaktivní konstrukce (kombinace endogenního a exogenního východiska). Pozorování bylo použito jako specifická analytická technika se zvolenou konfigurací hodnot [13]. Empiricky získaná data ze vstupního, kontrolního a závěrečného hodnocení FIM a WHODAS 2.0 byla porovnávána, přičemž hlavní výpovědní hodnotu mají zejména data získaná prostřednictvím

FIM, jelikož zvýšení soběstačnosti v určitém ohledu bylo obecným cílem ergoterapeutických intervencí. Na základě pozorování, rozhovorů a praktické práce v terénu formou ergoterapeutické intervence bude zpracována metodika ergoterapie, která by podpořila začlenění klientů do jejich sociálního prostředí a získání optimální kvality života, s důrazem na interprofesní spolupráci a koordinovanou rehabilitaci. Metodika bude součástí dizertační práce hlavní autorky článku A. Kuželkové.

Výsledky

Pro účely tohoto článku rozdělujeme prezentované výsledky do dvou oblastí. První oblast zahrnuje frekvence bariér a facilitátorů vzhledem k hodnocení

domácího prostředí. Následuje hodnocení ergoterapeutického procesu formou analýzy přínosu ergoterapie klienty a nastínění efektu rehabilitačního procesu ze subjektivního a objektivního hlediska.

A) Frekvence identifikovaných bariér a facilitátorů

Následující bariéry a facilitační prvky byly identifikovány při vstupní návštěvě interprofesního týmu u klienta. Ergoterapeut se zaměřoval zejména na hodnocení provádění ADL v daném prostředí. Mezi facilitující faktory řadíme i kompenzační pomůcky, jejichž absenci popisujeme jako bariéru, jelikož chybějící pomůcka brání klientovi v dosažení optimální soběstačnosti. Pokud klient již

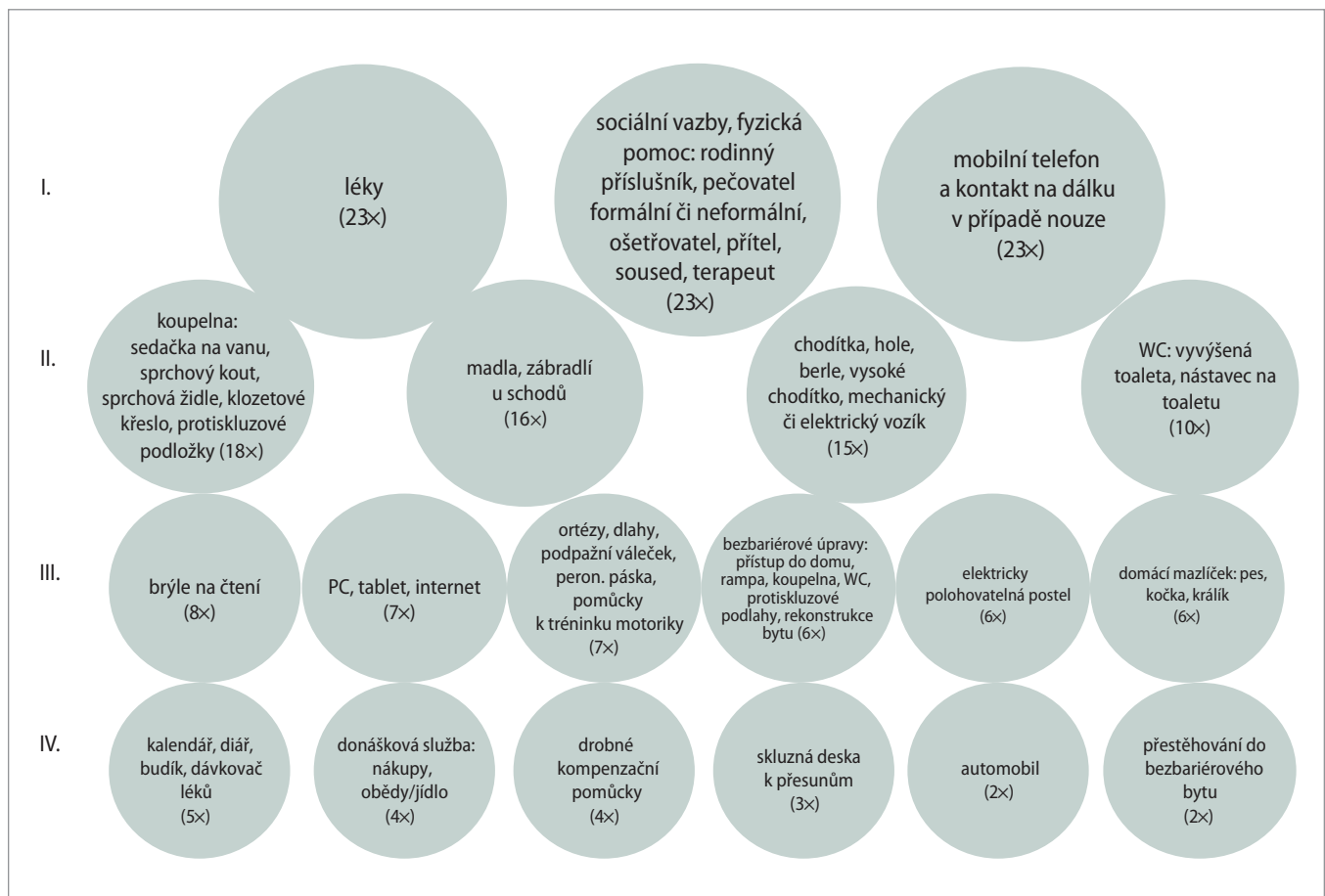


Schéma 1. Frekvence facilitačních prostředků, počet všech hodnocených klientů: n = 23. Zdroj: vlastní zpracování.
 Scheme 1. Frequency of facilitation means, number of all clients assessed: N = 23. Source: own processing.

pomůcku má, řadíme ji do kategorie facilitátorů, díky nimž činnost zvládne s menší námahou a často samostatně. Facilitátorem či bariérou může být i osoba. Vycházíme z terminologie MKF [5].

U každého klienta byla podrobně zhodnocena sociální situace. V době odebrání sociální anamnézy bylo 13 klientů ve starobním důchodu, osm pobíralo invalidní důchod 3. stupně a dva byli v pracovní neschopnosti. Zaměřili jsme se i na různé typy příspěvků a výhody a bylo zjištěno, že nejvíc klientů (celkem devět) má přiznáno příspěvek na péči 3. či 4. stupně. Příspěvek na mobilitu uvedli čtyři klienti, dva klienti pobírali příspěvek na bydlení. Průkaz ZTP uvedli dva klienti, jeden měl průkaz ZTP/P. V procesu žádosti o určitý typ příspěvku či průkazu bylo v té době šest klientů.

Dispozice bydlení jsou následující. Celkem 11 klientů mělo rodinný dům se zahradou. Byt s výtahem mělo 10 klientů, z toho jeden výtah byl rozměry nevyhovující. Dva klienti se přestěhovali z nevhovujícího bytu bez výtahu do bezbariérového bydlení.

U jednotlivých klientů jsme vždy identifikovali hlavní bariéry a facilitátory v domácnostech na základě ergoterapeutické evaluace bytu/domu a standardního ergoterapeutického vyšetření se zaměřením na funkční schopnosti v rámci výkonu jednotlivých ADL. V tab. 2 uvádíme čtyři reprezentativní příklady klientů.

Frekvenci facilitátorů vytvořenou na základě analýzy kazuistik všech klientů (n = 23) uvádíme jako schéma 1. Nejčastějšími facilitátory jsou léky, osoby blízké a jiné sociální vazby, mobilní telefon či

kontakt na dálku. Tyto facilitátory byly identifikovány u všech participantů. Mezi nejvíc frekventované úpravy v domácnostech patří úpravy zaměřené na koupelnu a toaletu, na schody a instalaci madel. Zároveň největšími bariérami (schéma 2) zejména u těžších disabilit, kdy klienti využívají k lokomoci chodítka, mechanický či elektrický vozík, byly bariéry v souvislosti se vstupem do obydlí, např. instalace ramp. Setkali jsme se i s potřebou poradenství u klienta v otázce řešení nevhodného výtahu. V domě jednoho klienta byla i úvaha o vyřešení bariér v oblasti schodů formou instalací schodolezu. Častou bariérou byly neupravené koupelny, malé prostory, úzké dveře a právě schody v interiéru. Mezi indikované kompenzační pomůcky patřila madla do koupelen a toalet, sedačky na vanu, nástavce na toaletu, protiskluzová opatření, pomůcky pro nácvik

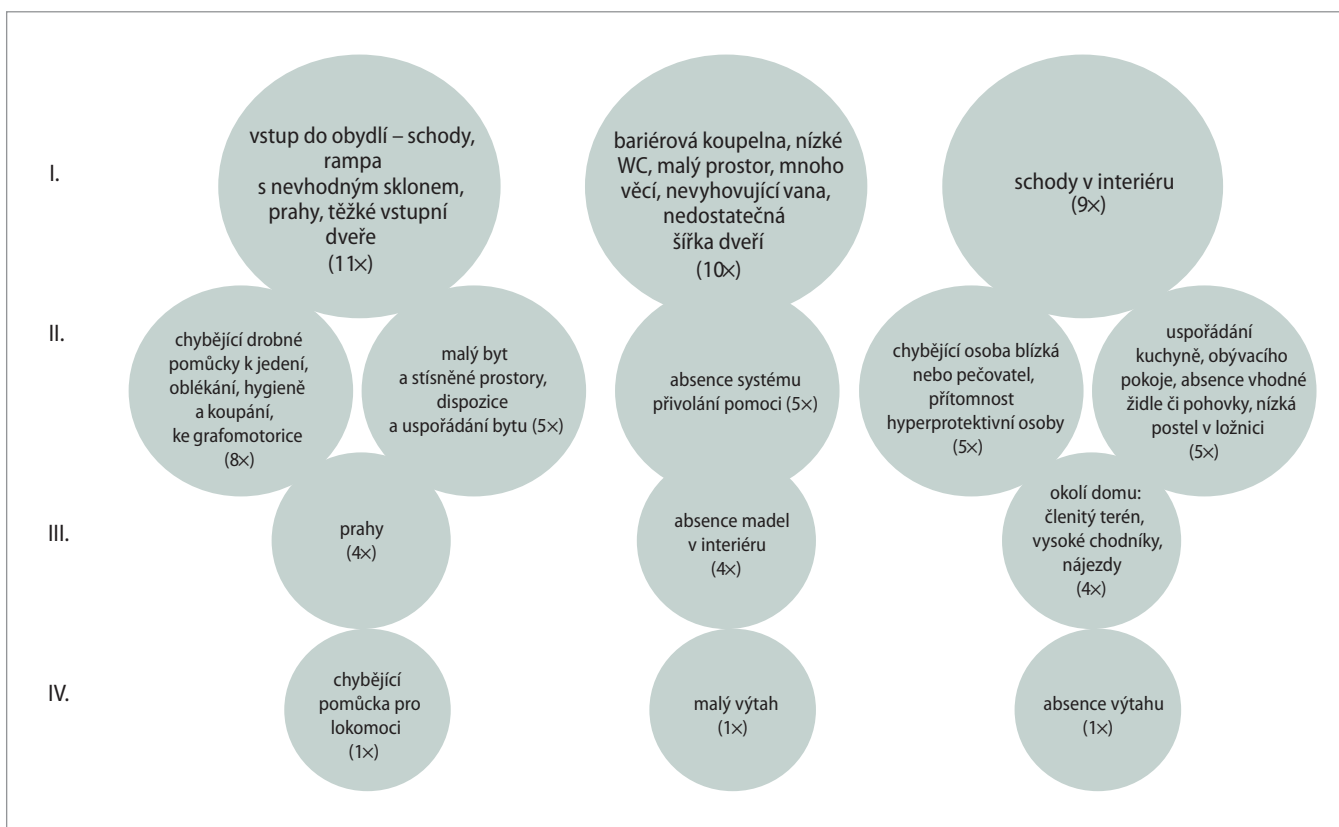


Schéma 2. Frekvence bariér, počet všech hodnocených klientů: n = 23. Zdroj: vlastní zpracování.

Scheme 2. Frequency of barriers, number of all clients assessed: N = 23. Source: own processing.

či kompenzaci jemné motoriky, k usnadnění provádění sebeobslužných činností (např. spirálové tkaničky do bot, podavače předmětů, žínka ke koupání na prodloužené rukojeti, drobné pomůcky k jídelní). Polohovací lůžko je též výrazným facilitátorem.

Rádi bychom ještě zmínili vhodnou obuv, která není součástí schémat, ale byla též velice často řešena vzhledem k hrozícím pádům. Upozorňovali jsme klienty na možnost bezpečnostních systémů pro přivolání pomoci (kupříkladu SOS tlačítko, chytré hodinky, osoba na telefonu atd.) zejména u seniorů či osob žijících samostatně. Všichni klienti již využívají mobilní telefon (min. k přijetí hovoru či zavolání nejbližším), dále za častý facilitátor můžeme považovat tablet nebo počítač pro vyřízení osobních záležitostí a sociální kontakt. Výjimkou není ani donáška nákupu či jídla.

Jako nejčastější facilitátor se však ukázala rodina, jelikož u každého

z klientů figuruje osoba blízká. U některých výraznějších disabilit působí jako nutná dopomoc při provádění personálních ADL (pADL), u jiných dopomoc postačuje pro instrumentální ADL (iADL) – zejména pro přípravu jídla, nakupování či alespoň občasnou péči o domácnost.

Vnímání potřeby **zapojení rodinného příslušníka** do rehabilitačního procesu je u klientů velice **výrazným faktorem**, který nelze v rámci facilitátorů opomenout. Potřeba pomoci u klientů zaznívá výrazně ve smyslu odborné rady či pomoci, potřeby péče rodiny i ekonomického zabezpečení. Potřeba péče rodiny byla na základě rozhovorů s klienty analyzována od rozsahu ve smyslu potřeby fyzické přítomnosti, tedy mít u sebe blízké, přes konkrétní zapojení rodinného příslušníka do určitých aktivit a do rehabilitačního procesu vč. úpravy bydlení či pomoci v ekonomických záležitostech. Respondenti mysleli i na rodinu

samotnou ve smyslu potřeby odlehčit rodině či odměnit se pečujícím [14].

Z výsledků je tedy patrná nejen potřeba péče rodiny, ale i potřeba péče o rodinu. Odborníci by měli v rámci intervence cílit i na rodinu jako součást prostředí klienta, ale zároveň jako na plnohodnotnou součást týmu. V neposlední řadě rezonuje rodina jako psychická podpora.

Na druhou stranu se rodina vyskytuje i v seznamu bariér. Konkrétním příkladem může být chybějící osoba blízká ve smyslu osoby (zde konkrétně manželky), která o klienta pečovala a sama již vyžadovala aktuálně péči vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu. Jedná se o problém jak z hlediska potřebné dopomoci, tak z hlediska psychické stránky. U některých osob je potřebné řešit hyperprotektivní péči, která může osobu po poškození mozku velice silně brzdit v rozvoji soběstačnosti. Jeden takový případ vyústil do samo-

Tab. 3. Vývoj soběstačnosti a kvality života.

Tab. 3. Development of self-sufficiency and quality of life.

FIM a WHODAS 2.0 – průměrné hodnoty (počet klientů n = 17)	Stupnice (nejhorší – nejlepší)	Hodnota při vstupu	Kontrola po 1 měsíci	Po 3 měsících (v závěru intervence)	3 měsíce po intervenci
čas od vstupu do projektu (měsíc)		0	1	3	6
FIM úroveň potřebné dopomoci	(1–7)	5,16	5,47	5,81	5,92
FIM výsledný počet bodů	(18–126)	92,8	98,4	104,6	106,5
WHODAS 2.0 výsledný	(100–0 %)	34,39	29,12	25,92	24,47

FIM – dotazník funkční míry nezávislosti, WHODAS – WHO Disability Assessment Schedule

statného bydlení klienta, který se přestěhoval do bezbariérového bytu.

B) Hodnocení ergoterapeutického procesu

Přínos ergoterapie v této části je hodnocen ze subjektivního i objektivního hlediska. Na základě výstupů z rozhovorů s klienty je analyzován přínos ergoterapie z pohledu klientů. Zároveň je objektivizován efekt rehabilitačního procesu s využitím hodnocení FIM a WHODAS 2.0.

Ergoterapeutický proces a hodnocení přínosu koordinované intervence klienty

Každý klient si v rámci ergoterapie stanovil na začátku individuální cíle, např. *zvýšit soběstačnost v oblasti hygieny, koupání, oblékání, jedení (JK1), samostatně zvládat užívání léků (paměť – kompenzační mechanismy: budík, dávkovač), nové vlastní bydlení (JK13), opět řídit automobil, zlepšit motoriku levé horní končetiny (rameno), zlepšit jemnou motoriku, bezbariérová úprava koupelny – soběstačnost v koupání a bezpečnost (JK15)*. Následně probíhala ergoterapie jednak v rámci společných návštěv s fyzioterapeutem a sociální pracovnící, jednak dle potřeb individuálně s klientem osobně, případně některé záležitosti ohledně zařizování pomůcek bylo možné řešit i telefonicky či elektronicky.

Z rozhovorů s klienty po ukončení intervence vyplývá, že ergoterapii považují za přínosnou. Efekt vnímají zejména

v návratu provádění ADL přímo ve svém domově s možností vyzkoušení pomůcek: *„Vlastně mi pomohla v tom, že mi ukázala různé pomůcky.“ (JK7)*. Podobně hodnotí ergoterapii i další klient: *„Vyzkoušel jsem si nové pomůcky, o kterých jsem nevěděl, že bych si mohl pořídit nebo že mi je zaplatí pojišťovna.“ (JK12)*. Docházení týmu hodnotí klienti pozitivně: *„Všechny jste mi pomohly. Bylo milý vědět, že je z vaší strany zájem. Myslím si, že pro toho, kdo se nedostane do lázní, by tahle péče doma měla být nejméně půl roku. Mně to vyšlo hezky, že jsem byla u vás a pak jsem odjela do lázní.“ (JK11)*. Klienti vnímají i možnost sociálního kontaktu a fakt, že se o ně někdo zajímá a chce jim pomoci: *„Taky mi pomohlo, když jste sem přijely, že jste mě alespoň vyslechly, že jsem se mohla vypovídat z těch svých nářků.“ (JK6)*. Objektivně je patrný efekt po ukončení 3měsíční intervence, jak je konkretizováno dále. Z dlouhodobého hlediska pozorujeme stagnaci či dokonce zhoršení, jelikož další návazné služby chybí.

Efektivita koordinované intervence

Objektivní ergoterapeutické hodnocení soběstačnosti s využitím FIM ukazuje na průměrné zlepšení o 13 bodů po 3měsíční koordinované intervenci interprofesního týmu v domácím prostředí osob s ABI. Průměr FIM na začátku intervence u těchto klientů byl 93 bodů, po 3 měsících 106 bodů (tab. 3, část FIM,

výsledný počet bodů). Klienti se tím pádem průměrně posouvají z úrovně supervize (Dohled – úroveň 5, zátěž péče: 1–2 hod/den) na úroveň modifikované nezávislosti (Modifikovaná nezávislost – úroveň 6, zátěž péče: 0 hod/den – soběstačný s využitím pomůcky nebo potřebují delší dobu k provádění činností). Potřebná míra dopomoci či dohledu druhé osoby se tedy snížila o 1–2 hod denně (viz též tab. 3, část FIM, úroveň potřebné dopomoci).

Dle WHODAS 2.0 hodnotí většina klientů po 1 měsíci i po 3 měsících koordinované spolupráce postupné zvýšení kvality života (menší procento potíží, a tudíž subjektivně převažuje vnímání zlepšení). Po 6 měsících již lze pozorovat spíše trend stagnace, jelikož dle hodnot není ze statistického hlediska patrný žádný signifikantní posun (tab. 3, část WHODAS 2.0, výsledný).

Chybějící návaznost služeb se odrazila po ukončení koordinované intervence ve stagnaci (dle FIM a WHODAS 2.0) (tab. 3). Hodnoty je ale potřeba brát jako výsledek koordinované týmové spolupráce ergoterapeuta, fyzioterapeuta a sociálního pracovníka. Tyto výsledky budou součástí dalších výstupů a publikací. Zde jsou uvedeny souhrnně a stručně k dokreslení významu intervence a naznačení efektivity koordinovaného procesu, v jehož rámci bylo zaměřeno se na kvalitu života, zlepšení funkčních schopností, soběstačnost a facilitační prostředky velice podstatnou

částí ergoterapeutické intervence. Pro tuto analýzu bylo hodnoceno 17 klientů z Jihočeského kraje (JK1–JK21, viz struktura probandů, tab. 1). Vzhledem k počtu probandů hodnotíme tato data ze statistického hlediska jako pilotní.

Diskuze

U každého z klientů bylo identifikováno mnoho bariér, které byly k řešení v rámci ergoterapeutické intervence v domácím prostředí, jak je patrné i z tab. 2. Mezi nejčastější bariéry patří vstup do obydlí, bariérové koupelny i toalety a schody. Bez ergoterapeutického zásahu by s velkou pravděpodobností většina těchto bariér či chybějících facilitátorů nebyla včas řešena. Bylo zjištěno a klienty potvrzeno, že při propuštění z nemocnice byly indikovány jen základní pomůcky, většinou se jedná o sedačky na vanu či nástavce na toaletu a pomůcky k mobilitě. Samotné pomůcky, tedy facilitátory a absence bariér, mohou mít výrazný vliv na zvýšení soběstačnosti. Avšak efekt těchto pomůcek na míru soběstačnosti lze v rámci prezentované studie těžko izolovaně kvantifikovat, jelikož součástí koordinované intervence byly i zásahy dalších odborníků. Efektivita programu je ale zjevná. Odvoláváme se rovněž na aktuální zahraniční studie. Grasso et al. [15] zkoumali dopad ergoterapeutického programu se zaměřením na úpravy v domácnosti zahrnující dvě návštěvy ergoterapeuta u osob nad 55 let s disabilitou. Každý z účastníků měl snížený výkon v jedné nebo více oblastech ADL. Analýza dat pomocí párových t-testů odhalila statisticky významné zvýšení výkonu dle COPM (canadian occupational performance measure) a hodnocení spokojenosti, přičemž ergoterapeuti dali 54 různých typů doporučení ohledně úprav domácností. U devíti účastníků, kteří výzkum dokončili, byly upřednostňovány tyto oblasti dle COPM: koupání = 9, mobilita na schodech = 9, toaleta = 7, příprava jídla = 6, mobilita na lůžku = 3, přístup k položkám v domácnosti = 3. Zároveň tyto po-

ložky korelují se závěry našeho výzkumu, kdy koupelna, toaleta a schody patří mezi nejvíce bariérové prostory v domácnostech participantů. Bercaw [16] provedl výzkum zaměřený na potřeby úprav z pohledu poskytovatelů služeb. Závěry tohoto výzkumu rovněž korelují s faktem nejčastěji identifikovaných bariér (schéma 2), kdy přibližně jeden ze tří seniorů má problém dostat se z domu nebo do domu. Jedná se tedy o problematický vstup do obydlí. Navrhují podobně potřebu vstupních ramp či jiných modifikací. Jeden z dotazovaných poskytovatelů služeb zdůraznil, že přibližně 75 % jeho klientů potřebuje madla, sprchové židle a další bezpečnostní vybavení, jiný uvedl i potřebu protiskluzových rohoží, úpravy sprch a van či instalaci sprchových koutů. Všichni dotazovaní poskytovatelé služeb poznamenali, že vstupní rampy a zařízení pro prevenci pádů v koupelnách se zdály být nejčastějšími potřebami v rámci modifikace domácností. Jelikož osoby vyššího věku v našem výzkumu převažují, jsou závěry této studie pro komparaci s předkládaným výzkumem podstatné. V edukaci participantů i v rámci evaluace prostředí bylo zaměřeno na bezpečnou domácnost a prevenci pádů velice podstatnou částí intervence.

I když dostupná zahraniční literatura již nabízí poměrně velké množství nástrojů určených pro evaluaci domácího prostředí, v ČR je hodnocení prostředí pro ergoterapeuty stále novou a poměrně neprobádanou oblastí. Zatím neexistuje žádný standard či doporučený postup, který by byl ergoterapeutům vodítkem při provádění hodnocení domácího prostředí [17]. Co se samotných hodnotících nástrojů týče, 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 českou metodickou příručku, která je určena především ergoterapeutům, ale i dalším odborní-

kům pracujícím s osobami s motorickým omezením [18]. Nástrojům pro hodnocení domácího prostředí osob s fyzickou disabilitou se věnuje i diplomová práce Podzemné [17].

Jednou z diskutovaných oblastí v rámci spolupráce interprofesního týmu byla terminologie. Termíny pacient, klient či rehabilitant mohou být přípustné pro uváděnou problematiku, jak uvádí tento terminologický problém i Soklaridis et al. [19]. Ve výzkumu bylo snahou používat termín klient vzhledem k tomu, že se jednalo o výzkum v domácím prostředí.

Vzhledem k počtu probandů hodnotíme ze statistického hlediska kvantitativní data jako pilotní. Samozřejmě v otázce zlepšení funkčního stavu je potřeba brát v potaz i schopnost spontánní regenerace. Výsledky jsou ale vzhledem k uvedeným slabinám výzkumu hodnoceny zejména kvalitativně a je brán výrazný zřetel na analýzu rozhovorů, tedy přímé výpovědi klientů a přidanou hodnotu triangulace ve výzkumu. V ČR podobně zaměřené výzkumy chybí, proto věříme, že tato data mohou významně přispět v řešení problémových oblastí koordinované komunitní rehabilitace a dávají základ pro další výzkumy. Jak uvádí Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR (2010, částka 2, čl. 1), CMP jsou ve světě nejčastější příčinou disability u lidí středního a vyššího věku [20]. S tímto tvrzením koreluje i zastoupení diagnóz ve výzkumu s jasnou převahou osob po CMP. Dle dostupných statistických údajů lze konstatovat, že třetina původně těžce postižených pacientů po CMP se vrací do původní kvality života před příhodou. Další třetina pacientů se vrací do běžného života za pomoci sociálních služeb a podpor. Poslední třetina pacientů zůstává těžce disabilní a potřebuje dlouhodobou soustavnou péči [21].

Nezastupitelnou částí týmu byla během intervencí v domácím prostředí i rodina, případně jiná blízká osoba. K dalším facilitátorům, které uvádí všichni participanté, patří léky a mobilní telefon či

kontakt na dálku. Ve všech případech klienti hodnotili, že po příchodu do domácího prostředí jim rodina pomohla nejvíce. I rodina je ale v náročné situaci. V ČR máme dobře zvládnutou péči a rehabilitaci za doby hospitalizace. Chybí však provázanost Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Paradoxem je, že právě záměrem včasné rehabilitace osob s ABI je jejich návrat zpět do domácího prostředí [22]. Snaha o deinstitucionalizaci ale může být marná, pokud bude chybět zdravotně-sociální propojení a návaznost služeb. Můžeme se inspirovat ve Švédsku, kde je u mírných stavů po CMP trend propuštění do domácího prostředí po 12 dnech od příhody. Zajištění domácích návštěv jednotlivých odborníků interprofesního týmu je standardem s cílem zhodnotit prostředí a umožnit osobám maximální možnou soběstačnost [23].

Závěr

Evaluační domácího prostředí má být standardní součástí ergoterapeutické intervence osob s ABI v období jejich propuštění z institucionální péče. Provádění tohoto hodnocení formou domácí návštěvy s možností celkového zhodnocení funkčního stavu a potřeb ve vlastním sociálním prostředí se jeví jako velice žádoucí. Z výsledků je patrná nejen potřeba péče rodiny o klienta, ale i potřeba péče o rodinu, což by mělo být apelem

pro odborníky s cílenou intervencí na tuto oblast. Byl zhodnocen přínos ergoterapie ze subjektivního pohledu klientů i z objektivního hlediska s využitím standardizovaných hodnocení. Významné je poskytování intervence jako koordinované interprofesní péče. Na základě praktických zkušeností a dle vzorů ze zahraničí by mělo být snahou podporovat širší zavedení těchto programů do praxe, i když bariér může být mnoho, vč. problematického financování, chybějícího propojení zdravotní a sociální oblasti či nedostatku odborníků.

Literatura

1. Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD. Brain injury medicine: principles and practice. New York: Demos 2007. ISBN 978-1-888799-93-4.
2. Švestková O. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurol praxi* 2013; 14(3): 136–139.
3. Smith MJ, Vaughan FL, Cox LJ et al. The impact of community rehabilitation for acquired brain injury on career burden: an exploratory study. *J Head Trauma Rehabil* 2006; 21(1): 76–81. doi: 10.1097/00001199-200601000-00008.
4. Maršálek P et al. Doporučení k organizaci systému zdravotně-sociální péče o pacienty po získaném poškození mozku. Praha: Cerebrum 2011. ISBN 978-80-904357-5-9.
5. WHO. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) – 2. české vyd. Překlad Pfeiffer J, Švestková O. 2020. [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8317>.
6. Švestková O. Ergoterapie. *Rehabil Fyz Lék* 2015; 22(1): 38–44.
7. Na'eman F, Esmail Zali M, Sohrabi Z et al. Prevalence of risk factors for falls among the elderly

receiving care at home. *Salmand: Iranian J Ageing* 2019; 13(5): 638–651. doi: 10.32598/SIJA.13.Special-Issue.638.

8. Stark S, Somerville E, Conte J et al. Feasibility trial of tailored home modifications: process outcomes. *Am J Occup Ther* 2018; 72(1): 7201205020p1–7201205020p10. doi: 10.5014/ajot.2018.021774.
9. Clemson L, Stark S, Pighills AC et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 3(3): CD013258. doi: 10.1002/14651858.CD013258.
10. Dalistan R, George S, Laver K. Considering the home environment and planning for the future: a qualitative exploration of the views of older adults and individuals with older relatives. *Scand J Occup Ther* 2023; 30(7): 1167–1179. doi: 10.1080/11038128.2023.2192027.
11. Chumney D, Nollinger K, Shesko K et al. Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: systematic review. *J Rehabil Res Dev* 2010; 47(1): 17–29. doi: 10.1682/jrrd.2009.08.0140.
12. Sládková P. WHO Disability Assessment Schedule 2.0. UZIS 2016. [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule>.
13. Hendl J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. Pechoušková K. Potřeby pacientů po poškození mozku. [online]. České Budějovice, 2017. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1do1jj/>.
15. Grasso AY, Murphy A, Abbott-Gaffney C. The impact of a two-visit occupational therapy home modification model on low-income older adults. *Open J Occup Ther* 2023; 11(1): 1–9. doi: 10.15453/2168-6408.2047.

Konflikt zájmů: Autoři deklarují, že text článku odpovídá etickým standardům, byla dodržena anonymita pacientů a prohlašují, že v souvislosti s předmětem článku nemají finanční, poradenské ani jiné komerční zájmy.

Publikační etika: Příspěvek nebyl dosud publikován ani není v současnosti zaslán do jiného časopisu pro posouzení. Autoři souhlasí s uveřejněním svého jména a e-mailového kontaktu v publikovaném textu.

Dedikace: Studie byla zrealizována v rámci projektu Koordinovaná rehabilitace u pacientů s poškozením mozku, financovaného Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, GAJU grant č. 138/2016/S.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

Conflict of Interest: The authors declare that the article/manuscript complies with ethical standards, patient anonymity has been respected, and they state that they have no financial, advisory or other commercial interests in relation to the subject matter.

Publication Ethics: This article/manuscript has not been published or is currently being submitted for another review. The authors agree to publish their names and e-mails in the published article/manuscript.

Dedication: The study was carried out within the project Coordinated rehabilitation in patients with brain injury, funded by the University of South Bohemia in České Budějovice, GAJU grant no. 138/2016/S.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

16. Bercaw LE. Supporting aging in place: a policymaking blueprint for addressing U.S. older adults' unmet home modification needs. *J Aging Environ* 2020; 34(4): 389–401. doi: 10.1080/26892618.2019.1707737.
17. Podzemná D. 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. Praha, 2018. [online]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN. Dostupé z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/106515>.
18. Macháčová K et al. SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home. Praha: ILA, s.r.o. 2014.
19. Soklaridis S, Romano D, Fung WLA et al. Where is the client/patient voice in interprofessional healthcare team assessments? Findings from a one-day forum. *J Interprof Care* 2017; 31(1): 122–124. doi: 10.1080/13561820.2016.1233393.
20. MZ ČR. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. *Věstník MZ ČR* 2010; částka 2: 2–10.
21. Šádová A. Cévní mozkové příhody v posudkovém lékařství, význam včasné a správné diagnostiky a léčby pro minimalizaci následků onemocnění. *Reviz posud Léč* 2016; 19(1): 23–35.
22. Ptaková S. Ergoterapie v rámci interprofesní spolupráce v komunitní rehabilitaci osob po poškození mozku. Praha, 2018. [online]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN.
- Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/104870>.
23. Nordin A, Sunnerhagen KS, Axelsson AB. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke – an interview study. *BMC Neurol* 2015; 15 (235). doi: 10.1186/s12883-015-0492-0.

Doručeno/Submitted: 5. 2. 2024

Přijato/Accepted: 6. 8. 2024

Korespondenční autor:

Mgr. Anna Kuželková

Klinika rehabilitačního lékařství

1. LF UK a VFN v Praze

Albertov 7

Praha 2

e-mail: anna.kuzelkova@lf1.cuni.cz