

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ergoterapie



**Kateřina Dřevikovská**

**Možnosti a hodnocení smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické  
intervence**

Possibilities of meaningful occupation assessment in Occupational Therapy  
intervention

Bakalářská práce

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

Praha, 2023

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Bc. et Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc., za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a věnovaný čas.

Poděkování patří také všem, kteří se podíleli na zpětném překladu nástroje EMAS a pacientům, kteří byli ochotni se do testování zapojit.

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

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

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

V Praze, 2. 5. 2023

.....

Kateřina Dřevíková

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM**

DŘEVIKOVSKÁ, Kateřina. *Možnosti a hodnocení smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické intervence. [Possibilities of meaningful occupation assessment in Occupational Therapy intervention]*. Praha, 2023. 104 s., 8 příloh. Bakalářská práce (Bc.).  
Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Bc. et Bc. Zuzana Rodová, M. Sc.

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno, příjmení:** Kateřina Dřevíková

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

**Název bakalářské práce:** Možnosti a hodnocení smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické intervence

### **Abstrakt bakalářské práce:**

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. Jedním z cílů práce je osvětlit význam smysluplné aktivity v ergoterapii. Pro získání kontextu jsou první kapitoly teoretické části práce věnovány představení oboru ergoterapie a základním pojmům, souvisejícím s tématem. Smysluplná aktivita je hlavním terapeutickým prostředkem, který ergoterapeuti v péči o pacienty/klienty využívají. Práce se zabývá i tím, jak jsou ergoterapeuti svým širokým záběrem a svým specifickým přístupem důležitou součástí multidisciplinárního týmu. Nástrojů pro hodnocení zapojení do smysluplných aktivit je nedostatek a v českém jazyce není dostupný žádný. V teoretické části jsou představeny dva hlavní zahraniční nástroje – nástroj Meaningful Activity Participation Assessment, zkráceně MAPA (Eakman et al., 2007) a Engagement in Meaningful Activities Survey, zkráceně EMAS (Goldberg, Brintnell a Goldberg, 2002).

Cílem praktické části je nástroj EMAS přeložit metodou zpětného překladu a vyzkoušet v běžné praxi ergoterapeuta u pacientů po cévní mozkové příhodě. Bylo zpracováno šest kazuistik pacientů, kteří byli zároveň testováni nástrojem hodnotícím kvalitu života (WHOQOL-BREF). Díky tomuto testování byla posléze sestavena doporučení pro terapii. EMAS se zdá být vhodným nástrojem pro hodnocení zapojení do smysluplných činností i pro pacienty v České republice, vzhledem k povaze dotazníku je při jeho překladu nutné dbát mimo jiné především na kulturní adaptaci.

**Klíčová slova:** smysluplná činnost, smysluplná aktivita, zaměstnávání, ergoterapie, hodnocení

## **BACHELOR THESIS ABSTRACT**

**Name, Surname:** Kateřina Dřevíková

**Supervisor:** Bc. et Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

**Title:** Possibilities of meaningful occupation assessment in Occupational Therapy intervention

### **Abstract:**

The bachelor thesis is theoretical-practical. One of the aims of the thesis is to present the role of meaningful activity in occupational therapy. To provide context, the first chapters of the theoretical part are devoted to introducing the field of occupational therapy and basic concepts related to the topic. Meaningful activity is the main therapeutic tool occupational therapists use in patient/client care. The thesis also discusses how occupational therapists, with their broad scope and specific approach, are an important members of the multidisciplinary team. Tools for assessing engagement in meaningful activities are limited and none are available in Czech. In the theoretical part, two main foreign instruments are presented – the Meaningful Activity Participation Assessment, shortly MAPA (Eakman et al., 2007) and the Engagement in Meaningful Activities Survey, shortly EMAS (Goldberg, Brintnell and Goldberg, 2002).

The aim of the practical part is to translate the EMAS tool using the back-translation method and test it in the occupational therapist's practice with stroke patients. Six case studies of patients who were also tested with the quality of life assessment tool (WHOQOL-BREF) were developed. Thanks to this testing, recommendations for follow-up therapy were made. The EMAS seems to be a suitable tool for assessing engagement in meaningful activities also for patients in the Czech Republic, but due to the nature of the questionnaire, cultural adaptation, among other things, must be taken into attention when translating it.

**Key words:** meaningful activity, occupation, occupational therapy, assessment



## Obsah

ÚVOD .....	1
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1.1 Ergoterapie .....	3
1.1.1 Definice .....	3
1.1.2 Zaměstnávání a činnost .....	4
1.1.3 ADL.....	6
1.2 Cíle a prostředky ergoterapie .....	7
1.2.1 Cíle ergoterapie .....	7
1.2.2 Prostředky ergoterapie.....	7
1.3 Přínos profese .....	9
1.3.1 Přístup zaměřený na klienta .....	9
1.3.2 Ergoterapie a kvalita života.....	11
1.4 Smysl a význam života obecně z pohledu psychologů .....	12
1.5 Smysluplná aktivita ( <i>meaningful activity</i> ) v ergoterapii .....	13
1.5.1 Definice a význam smysluplné aktivity .....	14
1.5.2 Využití smysluplné aktivity v ergoterapii .....	15
1.5.3 Problémy spojené s pojmem smysluplné zaměstnávání .....	17
1.6 Hodnocení smyslu života .....	18
1.7 Hodnocení smysluplné aktivity .....	19
1.7.1 MAPA .....	20
1.7.2 EMAS.....	21
1.8 Cévní mozková příhoda .....	24
1.8.1 Vliv diagnózy na zapojení do smysluplných aktivit .....	24
1.8.2 Role ergoterapeuta u osob po CMP.....	25
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
2.1 Definice problému.....	27
2.2 Cíle praktické části .....	27
2.3 Postup realizace teoretické části.....	27
2.4 Postup realizace praktické části.....	28
2.4.1 Kontaktování autorů a překlad .....	28
2.4.1.1 Postup překladu .....	28
2.4.2 Pilotáž.....	30



2.4.3	Testování s pacienty .....	31
2.4.3.1	Kritéria výběru pacientů .....	31
2.4.3.2	Metody sběru dat .....	32
2.5	Kazuistiky.....	33
2.5.1	Kazuistika číslo 1 .....	33
2.5.2	Kazuistika číslo 2 .....	35
2.5.3	Kazuistika číslo 3 .....	37
2.5.4	Kazuistika číslo 4 .....	39
2.5.5	Kazuistika číslo 5 .....	41
2.5.6	Kazuistika číslo 6 .....	43
2.6	Zhodnocení práce s dotazníkem .....	45
3	DISKUZE.....	47
4	ZÁVĚR.....	53
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	54
6	SEZNAM ZKRATEK.....	64
7	SEZNAM PŘÍLOH .....	66
8	PŘÍLOHY.....	67

## ÚVOD

Bakalářská práce na téma možnosti a hodnocení smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické intervence si klade za cíl představit termín smysluplná aktivita a některé další základní ergoterapeutické pojmy. Ergoterapie se jako obor neobejde bez své specifické terminologie. Jednotná definice mnoha ergoterapeutických pojmů stále neexistuje, a tak bývá obtížné si dobře představit, co znamenají. Stejně tak mohou být pojmy interpretovány různými způsoby. Je ale potřeba v ergoterapeutických studiích stále dokola neopakovat závěr, že definic je nedostatek, ale podniknout konkrétní kroky k jejich vytvoření (Borell, Mondaca a Luborsky, 2022). V této práci je snaha o zkombinování více definic a představení základních pojmů tak, aby byly dobře pochopitelné.

Pojmem, který je důležitý hned zkrájě objasnit, je pojem zaměstnávání, na němž ergoterapie stojí. Z anglického překladu zaměstnávání – occupation – vychází i samotný název profese – occupational therapy. Stav nazývanému zaměstnávání je dosaženo díky zapojení do běžných činností, které jsou specifické pro konkrétní osobu, jsou pro ni důležité a jsou součástí její identity (Krivošíková, 2011, AOTA, 2020). Veškerá snaha ergoterapeutů směřuje k opětovnému zapojení pacientů do jejich osobně důležitých zaměstnávání, které kvůli svému omezení nemohou vykonávat, ať už je způsobeno čímkoliv. Ruku v ruce s tím usilují i o maximální soběstačnost svých pacientů.

Každé zaměstnávání se skládá z dílčích jednotek, a to jsou konkrétní činnosti (=aktivity). Tyto aktivity mohou být pro jedince více či méně smysluplné a mohou vyjadřovat jeho osobní hodnoty, přinášet pocit uspokojení a naplnění (Krivošíková, 2011). A právě pacientova osobně smysluplná aktivita je v terapiích ergoterapeutů využívána, jelikož zvyšuje jeho motivaci a úspěch terapie. Když ergoterapeut identifikuje tuto smysluplnou činnost, může ji díky pečlivé analýze přizpůsobit tak, aby byla pro daného pacienta zvládnutelná, a aby obsahovala i další dílčí nároky (kognitivní, motorické, nebo psychosociální), které pacient potřebuje trénovat (AOTA, 2020).

Bohužel pro ergoterapeuty není vždy snadné tyto principy z různých důvodů do své praxe zařadit. V zahraničí existují dva hlavní nástroje, které umožňují hodnocení zapojení do smysluplných aktivit. Tyto nástroje pak ergoterapeutům pomáhají nejen aktivity ohodnotit, ale vůbec i nezapomínat na důležitost jejich využití v terapii (Eakman, 2007). V této době je to potřeba více než kdy jindy, vzhledem k tomu, že neustále přibývá počet lidí s psychiatrickým a

neurologickým onemocněním, kteří se právě s potížemi v participaci potýkají. V zahraničí existují hlavní dva nástroje k tomu určené, v ČR přeložený zatím ani jeden není. Cílem této práce je zhodnotit, zda by bylo vhodné mít takový nástroj v ČR k dispozici.

Pro vytvoření oficiálního překladu nástroje je pro zachování jeho integrity potřeba postupovat podle platných doporučení a požadavků autorů a udělat nejen zpětný překlad, ale je nutná i jeho kulturní adaptace a sesbírání psychometrických vlastností (McKenna a Doward, 2005). Jelikož je ale cílem práce vyzkoušet, jak dotazník bude pacienti v ČR vnímán, a jak se s ním pracuje, není oficiální překlad součástí práce. Pro účely práce byl vytvořen překlad, u něhož byla dodržena pravidla pro zpětný překlad, ale nemá sesbíraná psychometrická data a není proto zveřejněn.

Pacienti po cévní mozkové příhodě jsou často v účasti na smysluplných aktivitách a zaměstnávání omezeni, což má vliv na mnoho aspektů jejich života, včetně jeho celkové kvality. Proto jsou ergoterapeuti v ucelené rehabilitaci těchto pacientů potřeba a hrají v ní stále důležitější roli (Govender a Kalra, 2014). Přeložený dotazník je s touto skupinou testován, je hodnocena práce s ním a případné problémy, a naopak benefity spojené s jeho využitím.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Ergoterapie

### 1.1.1 Definice

*„Ergoterapie je zdravotnická profese zaměřená na klienta, která se zabývá podporou zdraví a pohody prostřednictvím zaměstnání. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života. Ergoterapeuti dosahují tohoto výsledku tím, že pracují s lidmi a komunitami na zvýšení jejich schopnosti zapojit se do zaměstnání, které chtějí, potřebují nebo mají vykonávat, nebo úpravou zaměstnání nebo prostředí tak, aby lépe podporovalo jejich pracovní zapojení.“ (WFOT, 2012)*

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.“ (ČAE, 2008)*

*„Ergoterapie je definována jako terapeutické využití činností každodenního života s osobami, skupinami nebo populacemi (tj. klienty) za účelem posílení nebo umožnění jejich participace.“ (AOTA, 2020)*

Tak široký a rozmanitý obor, jako je ergoterapie, je velmi obtížné výstižně definovat, přesto ale v jednotlivých definicích můžeme najít společné prvky, je to prvek preventivní – terapie je vnímána jako prevence vzniku/rozvoje či zhoršení nemoci; prvek edukační – učení se novým dovednostem potřebným k vykonávání všedních/běžných denních činností (z anglického originálu *activities of daily living*, dále ADL) a zaměření na jednotlivce (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie se tedy snaží o zachování kvality života osob, u kterých došlo vlivem stárnutí, onemocnění či úrazu k problémům s vykonáváním ADL. Jejím cílem je umožnit osobám provádět činnosti, které považují za důležité spolu se zachováním jejich maximální soběstačnosti (Jelínková a Krivošíková, 2007). Tohoto cíle dosahuje s využitím činností, které pacient považuje za smysluplné. Díky aktivnímu zapojení do činností je dosaženo stavu nazývanému se zaměstnávání (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

### 1.1.2 Zaměstnávání a činnost

Zaměstnávání a činnost je sice dle jazykového hlediska synonymum, dříve tomu tak bylo i v raných definicích v ergoterapeutické literatuře, ale nyní je dle Krivošíkové (2011) zásadní tyto pojmy rozlišovat.

*„Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“* (ČAE, 2008) Zaměstnávání jsou aktivity, které lidé vykonávají v každodenním životě, aby naplnili svůj volný čas a dali životu smysl (AOTA, 1997). Jedná se o aktivity mající pro člověka osobní význam a strukturující jeho identitu (Krivošíková, 2011), která vzniká z harmonické rovnováhy mnoha smysluplných zaměstnávání, kterým se člověk v průběhu času věnuje (Radomski a Trombly Latham, 2014). AOTA (2020) je v AJOT rozděluje na všední denní činnosti, péči o zdraví, odpočinek a spánek, vzdělávání, práci, hru, volný čas a sociální účast.

Zaměstnávání má mnoho definic, všechny ale zahrnují myšlenku, že aktivity běžného života jsou pro jedince smysluplné (Radomski a Trombly Latham, 2014).

Základní předpoklady ergoterapie, že zaměstnávání je nedílnou součástí lidské přirozenosti a že všichni lidé mají základní potřebu a snahu být zaměstnávání, poprvé uvedl Meyer (1922). Engagement in occupation – zapojení do zaměstnávání můžeme definovat jako výkon činností, který vyplývá z preferencí jedince. Záleží na motivaci a individuálnímu významu pro člověka, který ovlivňují osobní faktory i faktory prostředí. Zapojení do zaměstnávání zahrnuje interakci mezi myslí, tělem a duchem. Právě ergoterapie se zaměřuje na umožnění tohoto zapojení, které vede následně k možnosti účasti pacienta ve vysněné situaci (AOTA, 2020). Hammell (2004) tvrdí, že ergoterapie bude potřebovat zaměřit více pozornosti na kvality zaměstnávání, jako je naplňování základních lidských potřeb prostřednictvím volby, kontroly a sounáležitosti. Occupational performance – výkon zaměstnávání je uskutečnění vybraného zaměstnávání, které je výsledkem dynamické souhry mezi pacientem, kontextem a samotným zaměstnáváním (AOTA, 2020). Vztahuje se k schopnostem člověka vykonávat úkoly, které mu umožňují naplňovat jeho sociální role uspokojivým způsobem, a je rozdělen do tří oblastí – ADL, práce/produktivita a hra/volný čas (Krivošíková, 2011).

Zaměstnávání mají také schopnost podporovat jiná zaměstnávání. Jako příklad je možné uvést to, že dospělí se mohou zapojovat do společenského života a trávení volného času se

svým partnerem s cílem zlepšit jejich spokojenost v sexuálním životě. Nebo se lidé zaměřují na to, aby měli kvalitní spánek a pečují o své zdraví proto, aby se zlepšila jejich výkonnost v práci, spokojenost s trávením volného času, účast na společenských akcích a dalších zaměstnávání (AOTA, 2020).

Činnosti jsou v ergoterapeutické terminologii dílčí jednotky zaměstnávání (Krivošíková, 2011). Dle Jelínkové, Krivošíkové a Šajtarové (2009) je činnost „*konání jedince prováděné z konkrétního důvodu v určité události*.“ Dílčí jednotkou činností je potom sled konkrétních úkolů s jasným záměrem (Krivošíková, 2011). Činnosti jsou prostředkem, kterým každý člověk komunikuje se světem, a hlavním terapeutickým nástrojem, jenž ergoterapeuti používají k dosažení změn ve funkcích a výkonnosti jedince. Aktivita je flexibilní a přizpůsobivá intervence, kterou lze použít se všemi lidmi v mnoha různých kontextech k dosažení různých výsledků. Využití aktivity jako terapeutického nástroje vyžaduje, aby terapeut disponoval řadou dovedností pro přizpůsobování aktivity, včetně analýzy, adaptace, stupňování apod. (Bryant, Fieldhouse a Bannigan, 2014).

Zaměstnávání i činnosti jsou využívány ergoterapeuty v rámci intervence. Ergoterapeut může například během intervence použít činnost jako krájení zeleniny, aby se zaměřil na jemnou motoriku s konečným cílem zlepšit motorické dovednosti pro zaměstnávání spočívající v přípravě oblíbeného jídla. Spektrum činností, které si pacienti vybírají, je široké a odvíjí se od mnoha faktorů. Například pacienti v komunitní psychiatrické rehabilitaci během volebního období upřednostní trénink k registraci k volbám a během prázdnin přípravu jídla (AOTA, 2020).

Jako terapeuti ale musíme vždy dbát a zohledňovat kontext toho, jaké možnosti pacient pro výkon zaměstnávání má a samozřejmě také i jeho osobní zkušenosti. Ačkoli je zapojení do zaměstnávání obecně považováno za pozitivní výsledek ergoterapeutického procesu, je důležité vzít v úvahu, že klientova historie může zahrnovat negativní, traumatickou nebo až nezdravou zkušenost s účastí na určitém zaměstnávání. Například osoba, která zažila traumatický sexuální zážitek, může negativně vnímat a reagovat na zapojení do aktivit spojených s intimitou. Nebo osoba s poruchou příjmu potravy se může zapojit do stravování jen částečně nebo jinak, než se obecně předpokládá. Kromě toho mohou některá zaměstnávání, která jsou pro klienta významná, bránit výkonu v jiných zaměstnáváních nebo negativně ovlivňovat zdraví. Například u člověka, který tráví příliš mnoho času hraním videoher, může dojít až k poranění z přetížení (například šlach rukou) a nedostatku pohybu a tento člověk může mít nerovnováhu mezi časem věnovaným iADL a jiným formám sociální participace. Stejně tak u klienta, který

rekreačně užívá léky proti bolesti na předpis, se mohou vyskytnout překážky v účasti na dříve důležitých zaměstnáních, jako je práce nebo trávení času s rodinou (AOTA, 2020). Je tedy na terapeutovi, jak dobře dokáže pacienta vyšetřit, vyslechnout a rozhodnout se, jaké aktivity pro něj budou prospěšné a žádoucí.

Zapojení do zaměstnávání, která jsou pro člověka osobně smysluplná, dává životu strukturu a příležitost k zážitkům přinášejícím potěšení (Gustafsson a McKenna, 2015) a přispívá k vnímané pohodě a kvalitě života (Hammell, 2004). Účast na zaměstnávání je v procesu ergoterapie považována za prostředek i cíl (AOTA, 2020).

Existuje model, který se právě pohledem na lidskou činnost zabývá a hodnotí, čím je ovlivněna – zkoumá motivaci jedince k výběru činností/zaměstnávání, způsob, jakým jsou tato zaměstnávání modifikována, vliv prostředí atd. Jedná se o model MOHO (Model of Human Occupation). Konkrétní nástroje, vycházející z tohoto modelu, jsou například: Dotazník zájmů (interest checklist), dotazník výkonu činností (occupational questionnaire), záznamník činností (activity record) a další (Krivošíková, 2011).

### **1.1.3 ADL**

Všední denní činnosti je pojem ergoterapeutů hojně využívaný, poprvé byl použit již v roce 1950 (Edemekong, Bomgaars a Sukumaran, 2022). Řadí se k základním oblastem výkonu zaměstnávání, kterým se ergoterapeuti věnují. ADL jsou dle Jelínkové, Krivošíkové a Šajtarové (2009) obecně vnímány jako činnosti, které lidé dělají pravidelně a automaticky s cílem zajištění každodenní péče o sebe samého a jsou pro udržení zdraví nezbytné.

ADL se v ergoterapii rozdělují na personální a instrumentální. Personální ADL (pADL) jsou činnosti zaměřené na péči o tělo a jsou prováděny rutinně. Zahrnují tyto položky: příjem jídla, koupání/sprchování, osobní hygiena/péče o vzhled, oblékání, použití toalety/hygiena po použití toalety, ovládání močení a vyprazdňování stolice a péče o osobní pomůcky či prostředky (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Instrumentální ADL (iADL) jsou oproti tomu činnosti, které mají podporovat každodenní život v domácnosti a komunitě (AOTA, 2020). Patří mezi ně vaření a údržba domácnosti, hospodaření s penězi a sestavování rozpočtu, zvládání dopravy autem nebo veřejnou dopravou, péče o druhé a o domácí zvířata a péče o vlastní zdraví (například užívání léků). Je důležité mít na paměti, že tyto činnosti jsou komplexní, vícestupňové aktivity, které vyžadují nejen fyzické dispozice, ale také mentální dovednosti, jako je úsudek, plánování nebo řešení problémů (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Neschopnost vykonávat ADL může vést k nebezpečným životním podmínkám a zhoršené kvalitě života. Multidisciplinární tým by si měl být vědom důležitosti hodnocení ADL u svých pacientů, aby pomohl zajistit, že pacienti, kteří s těmito činnostmi potřebují pomoc, jsou identifikováni a dostanou potřebnou podporu (Edemekong, Bomgaars a Sukumaran, 2022).

## **1.2 Cíle a prostředky ergoterapie**

### **1.2.1 Cíle ergoterapie**

Jelínková a Krivošíková (2007) uvádějí, že cíle ergoterapie lze popsat na různých úrovních, ať už se jedná o rozvoj dovedností, zapojení do aktivit či sociální začlenění a v *Koncepci oboru ergoterapie* definují následující cíle:

*„Podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/ zaměstnávání; pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času; umožnit osobě naplňovat její sociální role; napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity; uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie; posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládnání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí); usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.“*

### **1.2.2 Prostředky ergoterapie**

Krivošíková (2011) rozděluje prostředky ergoterapie na diagnostické a terapeutické.

Diagnostické prostředky slouží ke specifikaci problémů jedince, ergoterapeut se snaží odhalit disabilitu pomocí analýzy výkonu zaměstnávání (se zaměřením na ADL, pracovní i volnočasové aktivity, vyšetření kognitivních, smyslových a psychosociálních funkcí).

Analýza činnosti se v ergoterapii běžně provádí, aby se specifikovaly jednotlivé smyslově motorické schopnosti, potřebné k postupu při dané činnosti a dosažení konečného cíle. Pomáhá určit klientovi přednosti, omezení a potencionální problémy za využití nástrojů určených k analýze (AOTA, 2020). Analýza aktivit také umožňuje terapeutovi vyhodnotit terapeutický potenciál aktivit a vybrat nebo navrhnout ty nejvhodnější pro každou situaci. Například analýza aktivity fotbalu ukazuje, že je fotbal sociálně ceněn mnoha mladými lidmi,



kteří ho proto rádi hrají, a že také klade na hráče různé fyzické a sociální nároky v závislosti na pozici, kterou hrají. Analýza také například ukazuje, že při fotbalu v pěti lidech se využívá menší hřiště a klade tak na hráče menší fyzické nároky – je to tedy vhodná aktivita i pro lidi, kteří nejsou zcela fit. Terapeut vybírá aktivity, které mají největší potenciál uspokojit potřeby dané osoby, rozvíjet její dovednosti a zaujmout ji. Případně lze složky aktivit kombinovat do nových aktivit (syntéza aktivit), které těchto cílů dosáhnou lépe. Například některé aktivity můžou být prováděny v rámci skupiny, takže se k interpersonálním požadavkům přidají i mnohé další dovednosti potřebné k provedení této činnosti (Bryant, Fieldhouse a Bannigan, 2014).

Existují dva typy přístupů, které ergoterapeut při analýze, hodnocení, ale i léčbě využívá: přístup shora dolů a zdola nahoru.

Při využití přístupu shora dolů postupuje terapeut tak, že se s pacientem věnuje a pozoruje ho postupně nejprve při komplexních činnostech, například při oblékání a až poté tuto komplexní činnost rozebere na dílčí komponenty, které si vyšetří nebo se na ně zaměří v terapii – jako je rozsah pohybů, koordinace oko ruka apod. Důležitá je v tomto přístupu motivace, a proto terapeut volí činnosti, které jsou pro osobu důležité a smysluplné.

Naproti tomu při využití přístupu zdola nahoru se terapeut věnuje specifickým dovednostem, které opět buď vyšetřuje, nebo se na ně zaměřuje v terapii. Je to například již zmíněný rozsah pohybů, ale i svalová síla, paměť, pozornost atd. Až poté se dostává k tomu, jaký vliv má výkon pacienta v jednotlivých komponentech na provádění komplexnějších činností.

Terapeutickým prostředkem v ergoterapii je především smysluplná aktivita/činnost/zaměstnávání. Je to činnost vycházející z potřeb a preferencí pacientů. Ergoterapeut se zaměřuje na schopnost jedince zapojovat se do smysluplných aktivit. Ergoterapeuti ale využívají ve svých terapiích i další prostředky, techniky, které vychází z různých teorií a rámců vztahů. Například u osob s fyzickým postižením se nejčastěji využívá biomechanický, neurovývojový a kognitivní rámec vztahů. Využívané techniky jsou vždy vybírány s ohledem na diagnózu i potřeby pacientů, je žádoucí je mezi sebou i kombinovat (Krivošíková, 2011).

### **1.3 Přínos profese**

Ergoterapeut je rehabilitační pracovník, který usiluje o snížení dopadu disability na každodenní život jedince a jeho zapojení do společnosti. Snaží se o zachování optimální kvality života, a proto je důležitým členem multidisciplinárního týmu (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

Pro spoustu ostatních zdravotníků i pacientů je ale stále role ergoterapeuta s otazníkem. A přitom nejefektivnější interdisciplinární spolupráce může nastat tehdy, když každý odborník chápe roli toho druhého, a nejen proto je důležité šířit povědomí o přínosu profese. Ergoterapeuti hrají v multidisciplinárním týmu důležitou roli a přinášejí do péče o klienta jedinečný pohled (Wan Yunus et al., 2022).

Jedinečné základní dovednosti ergoterapeutů jsou z velké části skryté. Jsou to především rozumové schopnosti, které se používají k porozumění vlivu zaměstnávání a účasti na smysluplných činnostech na zdraví. Je to i individuální přístup ke každému pacientovi a jeho vnímání jako osoby, která za sebe dokáže sama rozhodovat a má své cíle a vize. Viditelné praktické dovednosti jsou různorodé a některé mohou být sdílené i s jinými profesemi. Zatímco některé činnosti, které ergoterapeuti v terapiích využívají, se mohou zdát všední, schopnost zdůvodnění jejich důležitosti a použití je jedinečnou dovedností ergoterapeutů (Turner a Alsop, 2015).

Ergoterapie má v porovnání s ostatními rehabilitačními profesemi nejširší záběr, a to od zaměření na tělesné po duševní zdraví, od klinického prostředí po komunitu, od dětí po seniory a od lidí s disabilitou po lidi bez ní (Wan Yunus et al., 2022). Ergoterapeut se uplatní v péči o pacienty s různými diagnózami, například je zásadní součástí ucelené rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP) - v současné době existují vysoce kvalitní důkazy podporující roli ergoterapeutických intervencí u pacientů po CMP v aktivitách denního života v komunitním prostředí, v zlepšení mobility a volnočasových aktivit (Govender a Kalra, 2014). Ergoterapeuti se ukázali být zásadní například i při rehabilitaci v kritických stavech při pandemii COVID-19 tím, že aktivně uplatňovali osvědčené postupy (best-practise guidelines) a využívali svůj, na klienta zaměřený, přístup (Margetis et al., 2021).

#### **1.3.1 Přístup zaměřený na klienta**

Přístup zaměřený na klienta se využívá s cílem podpořit osobu s postižením v činnostech, které považuje nejen za potřebné a užitečné, ale také za smysluplné a zábavné a

slouží také k tomu, aby bylo možné zjistit, jaké jsou cíle a sny dané osoby a jak ji nejlépe podpořit v cestě k jejich dosažení. Naproti tomu při přístupu zaměřeném na disabilitu je to obvykle diagnóza a různá pravidla, která určují, jakou podporu a služby bude osoba dostávat. Přístup zaměřený na klienta je založen na procesu neustálého naslouchání a učení se, který se nezaměřuje na to, co je pro člověka důležité z pohledu odborníků, ale spíše na to, co je pro člověka osobně důležité nyní a do budoucna (Smull, Bourne a Sanderson, 2009).

Autoři také formulovali, jak mohou odborníci do své praxe tento přístup začlenit. Zdůraznili, že nejde jen o vytvoření určitého plánu zaměřeného na klienta, ale i o angažovanost lidí v okolí osoby, jejich motivace k učení a znalosti podporovaného jedince. Dle autorů pracovníci, kteří ve své práci uplatňují přístup zaměřený na klienta, budou:

1. naslouchat a učit se porozumět tomu, co je důležité pro každou osobu
2. vypracují popis zaměřený na osobu, který popisuje, co je důležité pro klienta a proč
3. zapojí do této práce všechny důležité osoby, včetně klienta, členů rodiny a dalších, které osoba chce
4. vnímají plánování zaměřené na osobu jako trvalý proces, nikoli jako izolovanou událost.

Tento systém hodnot zaměřený na osobu lze využít ke komplexním změnám služeb a podpůrných systémů tím, že podporuje nezávislost, sebeurčení a důstojnost osob s disabilitou, a také zapojuje klienta jako rovnocenného partnera do plánování služeb.

Přístup zaměřený na klienta je dnes v ergoterapii důležitou součástí praxe. Veškerá činnost ergoterapeutů je založená na tom, že přistupují ke každému člověku individuálně a chápou ho jako osobu s jedinečným repertoárem zažitých zvyklostí, hodnot, zájmů, činností a rutin při provádění každodenních aktivit (Krivošíková, 2011). Townsend ale již v roce 1998 upozorňuje, že profese, jako je ergoterapie, která o sobě tvrdí, že je zaměřená na klienta, musí svá tvrzení přestat omezovat pouze na výroky, ale aktivně je uplatňovat i ve svých činech a každodenní praxi.

Osoby se zdravotním postižením, které žijí samostatně nebo částečně samostatně v komunitě, a jsou podporovány pracovníky, kteří rozumí a uplatňují koncepty aktivní podpory a zaměření na klienta, se mnohem pravděpodobněji budou zapojovat do základních, instrumentálních a smysluplných činností v každodenním životě. Většina z nás považuje všední denní činnosti za samozřejmost, ať už jde o domácí práce, které musíme vykonávat, nebo o

činnosti, jaké děláme dobrovolně pro radost. Ne každý je však schopen se těchto činností účastnit bez podpory a povzbuzení, přestože péče o své každodenní potřeby a povinnosti je důležitou součástí pocitu naplnění a začlenění do společnosti (Tichá, 2019).

### **1.3.2 Ergoterapie a kvalita života**

Kvalita života (QOL) je známý pojem, o kterém hovoří mnoho zdravotníků, ale který je jen zřídka přesně definován (Baron et al., 2019). Kvalita života je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2023) to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

Scoping review (=typ přehledové studie zacílené na mapování, analyzování a interpretování poznatků pro konkrétní téma nebo zkoumanou oblast (Chrastina, 2019)) z roku 2019 od autorek Baron, Hawrylyshyn, Hunt a McDougall zkoumal současné definice a měření konceptu QOL v ergoterapii. Tento přehled nakonec ukázal, že ergoterapeuti si sice uvědomují důležitost QOL jako výsledku intervence, ale že existuje rozpor mezi tímto uvědoměním a skutečným definováním a měřením QOL v ergoterapii v praxi. Dragomirecká a Bartoňová se pokusily již v roce 2006 předejít těmto nejasnostem a vytvořily českou příručku pro známé dotazníky, které kvalitu života měří – dotazníky WHOQOL-100 a jeho zkrácené verze WHOQOL-BREF, kde i zmiňují a rozebírají WHO definici kvality života.

Ze sedmi ergoterapeutických studií, které autorky při scoping review prošly, a které obsahovaly definici kvality života vzhledem k ergoterapii, vyplývá společný trend a to, že většina autorů považuje QOL za vícerozměrný konstrukt zahrnující více oblastí života jedince, včetně fyzických, psychologických a sociálních složek. Většina autorů také zmiňovala, že QOL zahrnuje subjektivní aspekty, jako je životní spokojenost a vnímání vlastní pohody. Jedna studie ji dokonce definovala konkrétně jako subjektivní pohodu. Zajímavé je, že pojem zaměstnávání nebyl v těchto studiích nikdy spojen s definicí QOL.

Autorky uvádí, že v oblasti ergoterapie je důležitý budoucí výzkum, aby bylo možné pochopit, co vlastně QOL z ergoterapeutického hlediska znamená. To by pomohlo usnadnit používání současných opatření a také vývoj nových opatření, která by sloužila jako vodítko pro klinické rozhodování a zajistila, aby klienti dostávali transparentní a na důkazech založené intervence. Společné chápání QOL sdílené mezi ergoterapeuty i dalšími zdravotníky pomůže také při přenášení tohoto konceptu na klienty a péči o ně. Zajištění toho, aby klient chápal význam terapie a byl do procesu úzce zapojen, umožní jeho větší účast na intervencích. Tímto způsobem se také pomůže podpořit význam a potřebnost ergoterapie v rámci širší oblasti

zdravotní péče, pokud jde o zlepšování kvality života klientů v budoucnosti. Kromě toho uvádí také, že by vytvoření jasné konceptualizace a definice mohlo tuto profesi postavit do čela zdravotní péče.

Důležité aspekty kvality života, pro které osoby s postižením mohou potřebovat podporu, jsou dle Tiché (2019): rekreace a volný čas, materiální pohoda, emocionální pohoda, pocit sounáležitosti, sociální vztahy atd. Uvádí, že koncept ADL až příliš často omezoval podporu a služby pro osoby se zdravotním postižením na řešení jejich základních (někdy i instrumentálních) potřeb, se zastřešujícím motivem udržet osobu v bezpečí. Samotná bezpečnost je podle autorky sice nezbytným aspektem prožívání kvalitního života, ale existují i další důležité, výše zmíněné aspekty. Některé z aktivit motivovaných těmito aspekty kvality života mohou přirozeně obsahovat určitý rizikový faktor, včetně pocitu odmítnutí nebo zklamání ve vztahu nebo v zaměstnání, nadměrného utrácení, začátku nového koníčku atd., zároveň ale autorka tvrdí, že bez určité míry rizika však život ztrácí svůj smysl a důstojnost.

#### **1.4 Smysl a význam života obecně z pohledu psychologů**

Dle psychologů Reker a Wonga (1988) souvisí osobní význam/smysl s konstrukty, jako je hodnota, účel, soudržnost a systém přesvědčení. Když se ptáme „jaký je smysl života“, ptáme se, pro co stojí za to žít, jaký je účel života. Takové otázky vyžadují přemýšlení nad životními hodnotami a nelze na ně odpovědět odděleně od vlastního systému hodnot a pohledu na svět. Jedním ze způsobů, jak objasnit pojem osobního smyslu, je uznat, že se jedná o vícerozměrný konstrukt s nejméně třemi souvisejícími komponenty – kognitivní, motivační a afektivní. Kognitivní komponent se týká porozumění světu a souvisí s pochopením životních zkušeností a vnímání života jako celku. Přesahuje do existenciálních otázek ohledně smyslu lidské existence, vesmíru. Motivační komponent smyslu života se vztahuje k hodnotovému systému, který si každý jedinec vytváří. Hodnoty jsou v podstatě vodítka pro život, které nám určují, jaké cíle sledujeme a jak žijeme. Jak proces sledování vybraných cílů, tak jejich případné dosažení dávají pocit smysluplnosti vlastní existence. Poslední komponent, který autoři uvádějí, je afektivní komponent. Říkají, že uvědomění si osobního smyslu života je, a také musí být, spojeno s pocitem uspokojení a naplnění. Ve své diplomové práci Kaplan (2012) uvádí, že tento trojkomponentový model je k uchopení celé problematiky smysluplnosti života funkční.

Smysluplnost a pocit seberealizace představují podle autorů dvě klíčové složky pozitivního duševního zdraví nebo psychické pohody (Ryff a Singer, 1988).

Baum a Stewart (1990) s využitím testu životních cílů (z anglického originálu *purpose in life test*, zkráceně PIL) zjistili, že pocit smysluplnosti není závislý na pohlaví ani věku. Jako zdroje smyslu života uvádí lásku, práci, narození dítěte, samostatné podnikání ale také úrazy, nemoci, úmrtí, odloučení či rozvody. Tyto nepříjemné situace zprvu nepůsobí, že by mohly přinést životu smysl, ale účastníci výzkumu je hodnotili zpětně a udávali, že byly důležité a přínosné pro jejich budoucí prožívání života jako smysluplného.

Na základě studia předchozích výzkumů uvádí slovenský psycholog Peter Halama (2007) jako hlavní zdroje smysluplnosti v životě tyto: vztahy, pomoc druhým, život podle přesvědčení, získávání materiálních prostředků, růst a seberozvoj, udržování zdraví, práce, potěšení.

Složitost pojmu smysluplnosti vyústila v mnohočetné definice, které lze nalézt ve filozofii, humanitních a společenských vědách, přírodních vědách a zdravotnických vědách. Význam, kterým se zabývají ergoterapeuti a ergoterapeutky, se týká lidské činnosti a výkonu zaměstnávání. V literatuře panuje shoda v tom, že aby se zaměstnávání stalo terapeutickým, musí být vnímáno jako smysluplné. Podle modelu ValMO (Value and Meaning in Occupations) souvisí hodnota, kterou lidé zažívají při výkonu každodenních aktivit, s tím, jak vnímají smysl života. To, že tato hodnota zaměstnávání a vnímaný smysl života přímo souvisí se zdravím, bylo empiricky zkoumáno a ukázalo se, že hodnota zaměstnávání opravdu souvisí se subjektivním zdravím a pohodou (Erlandsson, Eklund a Persson, 2010).

## **1.5 Smysluplná aktivita (*meaningful activity*) v ergoterapii**

Ergoterapie vychází z předpokladu, že když se lidé podílejí na zaměstnávání, která pro ně mají smysl, jako může být péče o sebe, práce pro obživu, přispívání k blahu komunity nebo radosti ze života, zažívají pocit pohody (AOTA, 2020). Větší účast ve smysluplných aktivitách je spojena s lepší psychickou pohodou a kvalitou života související se zdravím (Kaufman, 1986; Eakman, Carlson a Clark, 2010).

Podle Cookové a Thompsonové (2015) smysluplnost života významně ovlivňuje fyzickou, duševní a sociální pohodu člověka. Zapojení do smysluplných aktivit přispívá k uspokojení potřeby smysluplnosti života, ale pouze v případě, že tato aktivita člověka motivuje, je zajímavá, lze ji úspěšně dokončit a pomáhá dosáhnout dalších významných cílů. Zapojení do smysluplných činností přímo ovlivňuje emoční stav člověka, jeho sebeúctu a sebedůvěru. Bylo zjištěno, že smysluplné činnosti přímo ovlivňují kvalitu života, a proto je důležitým úkolem při

práci s pacientem objasnit, které činnosti jsou pro něj důležité. Pokud je činnost vybrána v souladu se zájmy a prioritami člověka, stává se smysluplnou.

### 1.5.1 Definice a význam smysluplné aktivity

Aby bylo vykonávání zaměstnávání možné, je potřeba provádět řadu činností – smysluplných aktivit (Krivošíková, 2011). Samotný pojem smysluplná aktivita je i přes jeho všudypřítomnost v rámci profese těžko definovatelný a měřitelný (Eakman, 2012).

Smysluplné aktivity jsou definovány jako kulturně a osobně významné činnosti, kterých se lidé účastní, včetně práce, domácích prací, činností souvisejících s rodinným životem (např. péče o druhé) a volnočasových aktivit (např. aktivní činnosti jako je sport, a pasivní činnosti jako je četba, společenská setkání a koníčky) (Gustafsson a McKenna, 2015). Osobní a kulturní význam spolu úzce souvisí a společně ovlivňují zaměstnávání, která si lidé vybírají. Člověk se může věnovat určitému zaměstnávání, protože posiluje jeho pocit sebeúcty, nebo protože se to od něj v daném místě a čase jeho života očekává, protože mu toto zaměstnávání pomůže lépe se zapojit do jeho sociální skupiny, či ze všech těchto důvodů společně. Například Sylvie se může přihlásit do klubu pro hubnutí z různých důvodů - protože by sama chtěla být štíhlejší; lékař jí řekl, že musí zhubnout kvůli svému zdraví; všechny její nejlepší kamarádky pravidelně navštěvují takový klub. Různým zaměstnáváním může být v závislosti na kontextu přikládána různá intenzita významu. Například Joaquim má rád většinu sportů, ale návštěva fotbalového zápasu má pro něj větší význam než sledování tenisu. Fotbal má pro Joaquina jak osobní, tak sociokulturní významy a tyto významy jsou obzvláště silné, když sleduje zápas svého domácího týmu (Creek, 2010).

*„Smysluplná činnost má pro člověka osobní význam, zahrnuje aktivní zapojení, které umožní člověku naplnit své osobní cíle nebo potřeby.“* (Krivošíková, 2011)

Tím, že se jedná o velmi subjektivní pojem, se v jedné studii zabývala Hannam (1997), která zjistila, že každodenní činnost, konkrétně vaření čaje, měla pro ženy ve studii velký osobní význam, protože rituál spojený s touto činností vyvolával vzpomínky na dětství. Pro jiné lidi nemusí mít tato činnost větší význam než pouhé uspokojení potřeby nápoje. Proto dle autorky neexistuje univerzální definice smysluplné aktivity.

Dle autorů Borell, Mondaca a Luborsky (2022) můžeme zjednodušeně říci, že smysl je vždy přítomen a plynule se vyvíjí prostřednictvím zkušeností z každodenního života – a proto je také klíčovým konceptem pro ergoterapii. Wilcock (2003) tvrdí, že význam smysluplné činnosti je podceňován kvůli její každodenní povaze, a naznačuje, že touha zapojit se do

činnosti je vrozený fyziologický mechanismus, který lidi pohání a uspokojuje, aby uspokojili základní potřeby a rozvíjeli svůj potenciál.

Hammell (2004) poukazuje na problematiku rozlišování smysluplné a cílené činnosti (purposeful activity) jelikož tyto dva pojmy jsou často zaměňovány. Ergoterapeuti například mluví o smysluplné aktivitě, ale přitom mají na mysli aktivitu, která se soustředila na účelné, cíl orientované a společensky schválené využití času a energie. Takto popisuje rozdíl mezi pojmy Creek (2010): cíl činnosti je jejím účelem a je součástí činnosti – například cílem vaření jídla je připravit večeři pro rodinu. Oproti tomu ale smysl činnosti je její význam nebo důležitost pro osobu, která činnost vykonává. Smysl činnosti se tedy může lišit pro různé lidi i pro stejnou osobu při různých příležitostech. Slovo cílená je ale podle autorky většinou nadbytečné, protože je těžké si představit činnost, která nemá nějaký cíl. Smysluplná aktivita se od té cílené liší v tom, že účastí na smysluplných aktivitách získává osoba díky této zkušenosti pocit významu/smyslu (z anglického meaning), kde prožívání tohoto „významu“ má pozitivní zdravotní benefity (Tierney a Beattie, 2020). Ve svém systematickém přehledu sbírala Owen et al. (2022) důkazy o účinku intervencí, které využívají právě cílené aktivity u seniorů. Nejsilnější evidenci měly intervence, které účastníkům studií přidělovaly funkční roli (např. že se stali dobrovolníky či mentory druhých). Tyto intervence prokázaly pozitivní účinek na zlepšení životní pohody a spokojenosti. Právě funkční role dobrovolníka či mentora pro účastníky měla nejspíš hlubší význam a naplňovala je pocitem smyslu – výsledky této studie tedy podporují tvrzení, že pojmy cílená a smysluplná aktivita se zaměňují a i to, že právě účast na smysluplných aktivitách má zdravotní benefity.

### **1.5.2 Využití smysluplné aktivity v ergoterapii**

Činnosti, kterým se věnujeme, mají významný vliv na naši životní pohodu. Ne všichni lidé však mají širokou škálu možností volby aktivit nebo dostatečnou úroveň schopností umožňující jim trávit jejich volný čas tak, jak by si přáli. Například u pacientů s demencí v zařízeních dlouhodobé péče vytvářejí kognitivní omezení a omezení samostatnosti závislost na personálu ve zprostředkování příležitostí k zapojení do smysluplných aktivit (Mansbach et al., 2017). Zapojení do smysluplných činností se tak u těchto osob stává odrazem kvality péče poskytované zařízením (Smith, Towers a Palmer, 2018). Z multidisciplinárního týmu to má být právě ergoterapeut, kdo se zaměřuje na vytváření a zprostředkování příležitostí k zapojení do těchto aktivit (AOTA, 2020). Ergoterapeut identifikuje činnosti, které jsou pro pacienta smysluplné, pojmenuje překážky a možné bariéry bránící pacientovi v participaci v těchto činnostech a navrhne řešení a úpravy tak, aby se pacient mohl určitým způsobem zapojit.



Smysluplné činnosti vedou vedle zvýšení výkonu k životní spokojenosti. Smysl činnosti je pro proces a výsledek ergoterapeutické intervence zásadní (Eakman, 2012).

V intervenci jsou pak tyto aktivity využity tak, že mohou zahrnovat řešení potíží se zpracováním smyslových vjemů, problémům s chováním, potíží s kognitivními funkcemi a podporují rozvoj dovedností pro samostatný každodenní život. Ergoterapeuti spolupracují s klienty, rodinnými příslušníky a dalšími, kteří jsou součástí pečovatelského nebo ošetřujícího týmu pacientů, aby zajistili usnadnění soudržného procesu intervence a hodnocení (Meaningful Activities, 2023).

Ergoterapeuti využívají ve svých terapiích smysluplné aktivity u různých skupin pacientů. Důležitým cílem pro osoby s duševním onemocněním, které mají potíže fungovat a zapojovat se v běžném životě a jejich nemoc je často chronická, je zvýšení jejich zapojování do běžných denních smysluplných aktivit ve snaze zlepšit jejich životní spokojenost (Goldberg, Brintnell a Goldberg, 2002). To, že se tento výrok nevztahuje pouze na skupinu lidí s duševním onemocněním, podporuje i výzkum z roku 2015, který ukazuje významné rozdíly mezi skupinou starších lidí zapojených do komunity, kteří jsou více zapojeni do smysluplných aktivit a skupinou v institucích. *„Zapojení do smysluplných aktivit by mělo být umožněno a nabídnuto všem starším lidem v zařízeních pro podporu smyslu života a zvýšení kvality života.“* (Ibrahim a Dahlan, 2015) Další studie se zaměřovala na zapojení do smysluplných aktivit u žen s rakovinou prsu. Ženy byly rozděleny na dvě skupiny – experimentální skupina žen docházela na komunitní ergoterapii, druhá, kontrolní skupina, nikoliv. Výsledky byly hodnoceny pomocí nástroje EMAS (více o něm v praktické části) a bylo zjištěno, že ženy, které prošly ergoterapeutickou intervencí významně více hodnotí své zaměstnávání jako smysluplné (Petruseviciene et al., 2018).

Byla prokázána souvislost mezi účastí na smysluplných aktivitách a pozitivní fyzickou a mentální pohodou starších dospělých (Phinney, 2006; Ibrahim a Dahlan, 2015), osob s demencí (Menne et al., 2012), psychiatrických pacientů (O'Flynn, 2018), dospělých onkologických pacientů (Pergolotti, Cutchin a Muss, 2015; Petruseviciene et al., 2018), a dokonce i s rychlejším zotavením a rychlejším opětovným zapojením do života po nemoci nebo úrazu (Aguilar, Boerema a Harrison, 2010). Obecně můžeme dle Kim et al. (2015) říci, že lidé, kteří se více věnují smysluplným činnostem, zažívají vyšší psychickou a fyzickou pohodu a vyšší životní spokojenosti než ti, kteří se těmito činnostem věnují méně. Při pandemii COVID-19 docházelo často k omezením a ztrátám příležitostí pro zapojení do smysluplných aktivit, což

bylo právě jedním z důvodů, proč se lidé potýkali s problémy v oblasti duševního zdraví (Cruyt, De Vriendt a Miet De Letter, 2021).

Podle Krivošíkové (2011) si ergoterapeuti důležitost smysluplnosti činnosti pro pacienta sice uvědomují, ale je pro ně velmi obtížné ji do své praxe zařadit a uplatnit. Je to dáno i tím, že jsou nuceni je používat v umělém zdravotnickém prostředí a volí si proto raději simulované činnosti. Vliv na to může mít i fakt, že v praxi většinou není dostatek prostoru se věnovat byt' jen diskuzi o pacientových smysluplných aktivitách a i to, že nejsou nástroje, které by terapeutům v diskuzi pomohly.

### **1.5.3 Problémy spojené s pojmem smysluplné zaměstnávání**

V roce 2022 vyšel ve *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* článek „*smysluplná zaměstnávání – výzvy pro ergoterapeutický výzkum.*“ Autoři Borell, Mondaca a Luborsky kriticky hodnotí využívání pojmu smysluplné zaměstnávání. Uvádí, že toto slovní spojení bývá v ergoterapeutickém výzkumu používáno způsobem, který základnímu pojmu zaměstnávání dodává spíše nejednoznačnost než specifičnost, což vede místo k poznání a pochopení tohoto termínu k dalším nejasnostem. Tato nejednoznačnost přetrvává, když se pojem smysluplný použije bez vymezení jeho konceptualizace v rámci dané práce, protože povaha významu smysluplnosti je velmi vázána na pohled a kontext dané osoby. Přídavné jméno smysluplný se vztahuje k původu v perspektivě osoby, kultury, institucí nebo jiných kontextů či hodnot. Riziko plynoucí z neobjasnění těchto vlastností spočívá v tom, že se často stává, že na závěry výzkumných projektů se píšou věty jako „Smysluplným zaměstnáváním je složité porozumět“. Je bohužel pravděpodobné, že dnes se k takovým závěrům přidává jen málo nových poznatků. Opakování tohoto závěru napříč studiemi by mělo vést k uvědomění si zaostávajícího vědeckého pokroku, protože složitost chápání zaměstnávání má být dle autorů již všeobecně známa.

Přitom používání tohoto spojení se rozšířilo teprve nedávno – při vyhledávání názvů článků obsahujících slovní spojení "smysluplná zaměstnávání" provedené pomocí *Web of Science* se ukázalo, že spojování přídavného jména "smysluplný" jako jazykového modifikátoru s pojmem zaměstnávání začalo narůstat přibližně v roce 2010.

Autoři rozebírají i samotný význam slova smysluplný a tvrdí, že vzhledem k tomu, že přídavné jméno "smysluplný" je slovo běžné a používané, související s filosofickým pojmem *meaning* (význam) a také protože smysluplný je v angličtině zároveň synonymem pro

relevantní, zajímavý, přínosný nebo ceněný, není slovo chápáno jednoznačně a při použití jako odborného termínu má i spousty obtíží.

V článku je kladen velký důraz na vizi, kterou autoři mají pro další výzkumy, které budou obsahovat problematiku smysluplnosti nebo smysluplného zaměstnávání v ergoterapii. Jde především o to, aby se od ergoterapeutických výzkumů standardně očekávalo, že sice začnou s představením složitosti, která je již všeobecně známá, ale že se budou především zabývat dalšími kroky, které povedou k její lepší specifikaci a pochopení a nespokojí se například se závěrem, že pojem zaměstnávání je pojem složitý. To by mělo být pouze východiskem pro budoucí výzkum, nikoliv rutinním závěrem. Říkají, že je na čase zvýšit nároky na ergoterapeutický výzkum, aby studie vycházely z dobře popsanych komplexních vztahů, které existují a byly prokázány a aby cílem při navrhování nových studií a při hodnocení potenciálu studie bylo získání nových poznatků a informací. Zvýšení těchto nároků je výzva, která by byla dle autorů pro obor byla velmi přínosná.

## 1.6 Hodnocení smyslu života

Celosvětově nejpoužívanější metodou, měřící pocit vnímaného smyslu života a cílů, je již zmiňovaný Purpose in Life Test, zkráceně PIL, vyvinut již v roce 1964 (Halama, 2007; Zhang, 2021). Logoterapie byla vůdčí teoretickou metodou pro vývoj tohoto nástroje, který klade důraz na vnímaný smysl a účel v životě a jak tyto konstrukty souvisejí s životní pohodou. Logoterapie je styl psychoterapie založený na motivaci člověka hledat smysl svého života (Frankl, 2014). PIL obsahuje 20 položek a používá sedmibodový Likertův formát odpovědí. Například položka 2 zní: "Život mi připadá:" s možnostmi od "vždy vzrušující" po "zcela rutinní" a položka 8 zní: "Můj život je:" s možnostmi od "plný zoufalství" po "překypující vzrušujícími dobrými věcmi". Celkové skóre je součtem jednotlivých položek a pohybuje se od 40 do 140. Vyšší skóre odpovídá většímu pocitu osobního smyslu. Variant tohoto nástroje je hned patnáct, Zhang (2021) ve svém výzkumu došel k závěru, že varianta PIL-10 je mezikulturně platné měřítko s dobrou spolehlivostí a validitou a dalšími uspokojivými psychometrickými vlastnostmi.

Modifikací tohoto testu je jeho zkrácená čtyř položková forma PIL-SF (Schulenberg a Melton, 2010). Čtyři položky PIL-SF jsou sestaveny tak, že respondent má na sedmibodové Likertově škále ohodnotit, nakolik dva extrémy vystihují jeho pocity ohledně smyslu a účelu jeho života, přičemž střed škály znamená, že ani jeden z extrémů nepopisuje jeho pocity v žádné míře. Každá položka začíná krátkou větou a končí Likertovou škálou s krajní odpovědí na

každém konci. Například položka jedna, začínající slovy "V životě mám", se pohybuje v rozmezí od jedna: "Vůbec žádné cíle a záměry" po sedm: "Velmi jasné cíle a záměry" (Pacak-Vedel, Christoffersen a Larsen, 2021). PIL-SF poskytuje spolehlivé a platné skóre bez ohledu na to, zda jsou položky administrovány samostatně, nebo zvlášť (Schulenberg, Schnetzer a Buchanan, 2011).

Index životní spokojenosti Z (LSI-Z) se skládá ze 13 položek a je zkrácenou verzí původního Indexu životní spokojenosti A (LSI-A) (Choi, Sanghun a Hung, 2021). Autoři tvrdí, že LSI-Z je nástroj rozšířený a hojně používaný ergoterapeuty, především v hodnocení životní spokojenosti u starších lidí. Ve svém výzkumu, kde popisují psychometrické vlastnosti na úrovni položek, ale došli k závěru, že nástroj vykazuje nízkou přesnost a není tedy spolehlivým měřítkem. Doporučují tedy interpretovat výsledky s určitou opatrností.

Škála životnej zmyslupnosti (Halama, 2002) je původní slovenská škála pokrývající všechny tři faktory trojkomponentového modelu smyslu života (kognitivní, motivační, afektivní dimenze) a obsahuje 18 tvrzení. Halama (2007) tvrdí, že překládat existující škály životní zmyslupnosti je velmi obtížné a že některé položky jsou až nepřeveditelné do slovenštiny. Proto vytvořil svůj inventář osmnácti tvrzení, se kterými respondent souhlasí nebo nesouhlasí na pětistupňové Likertově škále. Kognitivní dimenze smyslu života se škála dotýká tvrzeními jako: „Svůj život považuji za hodnotný a užitečný.“ Tato dimenze směřuje k zachycení probandova životního směřování, jeho názoru na život. Motivační dimenze zjišťuje, zda se v probandově životě nacházejí osobně hodnotné cíle, tvrzeními jako: „V mém životě jsou věci, ve kterých se naplno angažuji.“ Afektivní dimenze pokrývá prožitkovou oblast smyslu života. „Jsem se svým životem spokojený, i když je někdy těžký.“

## 1.7 Hodnocení zmyslupných aktivit

Nejčastěji používaná měřítka participace v klinických studiích cévní mozkové příhody jsou: The Stroke Impact Scale, London Handicap Scale, Assessment of Life Habits, Frenchay Activities Index, Activity Card Sort (Tse et al., 2013). Nástroje se zabývají i zapojením do aktivit, jako například hojně využívaný Activity Card Sort (Baum a Edwards, 2001), určený pro hodnocení účasti na výkonu zaměstnávání v instrumentálních, sociálně-kulturních a volnočasových aktivitách, který odráží míru zapojení klienta do vybraných aktivit (Nicholas et al., 2020). Nezabývají se ale významem a zmyslupností jednotlivých aktivit pro jednotlivce.

Na potřebu mít k dispozici platné nástroje pro hodnocení zapojení do zmyslupných a pro jedince důležitých aktivit upozorňují již Clark, Parham a Carlson (1991). „*Ergoterapeut se*

*bez domluvy s pacientem může na základě vstupního rozhovoru pouze domnívat, jaká činnost je pro něj důležitá, nebo významná.“ (Krivošíková, 2011)*

Účast na smysluplné činnosti lze hodnotit různými způsoby, například pomocí sebehodnocení, zkoumáním četnosti účasti na smysluplných aktivitách nebo zjišťováním hodnot, které aktivity pro danou osobu mají. V posledních letech však bylo pro tyto účely vyvinuto několik psychometricky ověřených nástrojů (Prat et al., 2019).

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) je nejpoužívanějším nástrojem v ergoterapii na světě. COPM slouží jednotlivcům k identifikaci a stanovení priorit každodenních problémů, které omezují jejich účast v běžném životě. Nástroj se zaměřuje na výkon zaměstnávání ve všech oblastech života, včetně péče o sebe, volného času a produktivity (COPM, 2023). COPM lze využít k definování smysluplného zaměstnání tím, že respondentům umožní identifikovat a pojmenovat jejich potřeby (Crenshaw et al., 2001). COPM podporuje terapeuty v tom, aby vytvářeli smysluplné intervence a napomáhá ergoterapii být více založenou na důkazech (Carswell et al., 2004).

Ministerstvo sociálních a zdravotních služeb státu Washington vytvořilo v roce 2019 pro potřeby svých klientů takzvaný Meaningful Activity Plan (MAP), který je volně dostupný na internetu (v angličtině v pdf verzi). Tento pracovní list slouží k hledání toho, co je pro danou osobu skutečně důležité, aby bylo možné přesně určit podporu potřebnou k dosažení individuálních cílů v oblasti aktivit. Výsledný MAP by měl pomoci definovat osobní cíle a zdůraznit strategie, které osobě umožní dosáhnout cílů souvisejících se smysluplným zapojením do života. Osoba sama rozhoduje o tom, koho do plánování MAP zahrne. Důležité je, že MAP skutečně patří dané osobě a měl by respektovat její jedinečnou vizi budoucnosti, i když vyšetřovateli může připadat nereálná. Nejedná se o nástroj na hodnocení smysluplných aktivit, slouží především k jejich mapování.

Nástroje přímo vytvořené pro účel hodnocení zapojení do smysluplných aktivit jsou hlavní dva. Je to nástroj Meaningful Activity Participation Assessment, zkráceně MAPA (Eakman, 2007) a Engagement in Meaningful Activities Survey, zkráceně EMAS (Goldberg, Brintnell a Goldberg, 2002), které dosud nebyly přeloženy do českého jazyka.

### **1.7.1 MAPA**

Prvním nástrojem, který byl dohledán, je osmadvaceti položkový nástroj Meaningful Activity Participation Assessment, který obsahuje 28 aktivit, u kterých jednotlivci uvádějí, jak

často se dané aktivity účastní (v řádu dnů až měsíců) a poté i jak je pro ně osobně aktivita smysluplná (Eakman, 2007).

Aktivity, na které se MAPA ptá: kreativní aktivity, řemesla/koníčky, klubové/organizační nebo dobrovolnické aktivity, používání počítače pro email, řízení vozidla, zahradničení/péče o rostliny, návštěva kina nebo restaurace, domácí práce/údržba domácnosti, pomáhání ostatním, hudební aktivity, psychicky náročné hry/činnosti, návštěvy u lékaře, další používání počítače, fyzické aktivity nebo cvičení, činnosti spojené s péčí o domácí zvířata, osobní finance, používání veřejné dopravy, čtení, náboženské nebo duchovní aktivity, rádio/televize, zvláštní události nebo kulturní aktivity, společenské setkávání s rodinou, společenské setkávání s přáteli, nakupování, sexuální nebo intimní aktivity, telefonování, cestování, účast na přednáškách nebo výuka, psaní dopisů/pohlednic (Nam, Eakman a Bae, 2022).

Nástroj má dvě části, první je Meaningful Activity Participation Assessment-Frequency (MAPA-F), která udává četnost smysluplných aktivit, a Meaningful Activity Participation Assessment-Meaningfulness (MAPA-M), kvantitativní hodnocení a sebehodnotící výsledkové měřítko, které hodnotí osobní důležitost aktivit, jimž se jedinec věnoval v posledních několika měsících. Položky se hodnotí na šestibodové Likertově škále (1 = nedělám to, 2 = vůbec to nemá smysl, 3 = do jisté míry to má smysl, 4 = středně to má smysl, 5 = velmi to má smysl, 6 = mimořádně to má smysl) (Nam, Eakman a Bae, 2022).

MAPA byl testován na vzorku starších kognitivně zdatných dospělých (min. 65letých) a ukázal se býti spolehlivým a platným měřítkem smysluplné aktivity. MAPA prokázal korelaci podle teoretických předpokladů s několika dalšími nástroji, jako jsou například Life Satisfaction Index-Z, the Satisfaction with Life Scale, the Engagement in Meaningful Activities Survey, PIL Test a byl prokázán vztah mezi MAPA a škálami psychosociální pohody a kvality života. Předpokládá se tedy, že vyšší skóre v MAPA je spojeno s psychickou pohodou, lepší kvalitou života související se zdravím, větší smysluplností aktivit a s menším výskytem příznaků deprese (Eakman, Carlson a Clark, 2010).

### **1.7.2 EMAS**

Druhým hlavním nástrojem je Engagement in Meaningful Activities Survey. Skládá se ze dvanácti výroků, u kterých pacienti hodnotí, do jaké míry je pro ně jednotlivý výrok pravdivý. EMAS má odrážet participaci ve smysluplných činnostech (Goldberg, Brintnell a Goldberg, 2002).

EMAS zkoumá, do jaké míry jsou činnosti člověka v souladu s jeho vlastními hodnotami a hodnotami jeho sociálního okolí. Klade důraz na prokázání způsobilosti a kompetence jedince. Nástroj byl navrhnut tak, aby jednotlivé položky byly snadno srozumitelné i pro osoby s omezenou schopností čtení. Každá položka začíná slovy "Aktivity, které dělám" a následuje řada pocitů, například "vyjadřují mou kreativitu" a "jsou oceňovány ostatními lidmi". Každá položka je hodnocena na pětibodové Likertově škále od 1 (nikdy) do 5 (vždy), což dává celkové skóre od 12 do 60 bodů, vyšší skóre znamená vyšší vnímanou účast na smysluplné činnosti (Goldberg, Brintnell a Goldberg, 2002; Eakman, Carlson a Clark, 2010). U dotazníku byla zaznamenána dobrá vnitřní konzistence (Cronbachovo  $\alpha = .84$ ) a mírná spolehlivost test-retest ( $r = .69$ ). Nástroj je vhodné využít jako pomůcku při sestavování terapeutických intervencí, při hodnocení procesů a výsledků vzhledem k smysluplným činnostem.

V originálním dotazníku je tedy 12 prohlášení o aktivitách, které má respondent ohodnotit na stupnici od 1 do 5 dle toho, jak často je pro něj tvrzení pravdivé. Eakman (2012) ale ve svém výzkumu zjistil, že pětibodová stupnice nepřispívala k dostatečně validním výsledkům, a tak ji přehodnotil, vyloučil stupeň 1 (=nikdy), jelikož byl respondenty volen jen zřídka, a upravil ji tak na čtyřbodovou. Tato změna se mu osvědčila a on proto navrhuje další studie, které povedou k potvrzení jeho hypotézy a vyloučení stupně 1 z oficiální verze dotazníku. Zatím tomu tak ale není.

Studie z roku 2002 od Goldbergové, Brintnellové a Goldberga zkoumající zapojení do smysluplných aktivit a jejich vztah s kvalitou života pomocí nástrojů EMAS a Quality of Life Interview u skupiny lidí s duševním onemocněním potvrdila hypotézu, že existuje pozitivní korelace mezi spokojeností s denními činnostmi a zaměstnáváním a s životem jako celkem. Objevily se ale překvapivá data odhalující negativní korelaci v oblasti hodnocení dle EMAS a spokojeností se školou a prací u skupiny osob s depresí. Autoři to vysvětlují tím, že pro testované osoby nejspíš není škola a práce vnímána smysluplně, a proto navrhuje další výzkum s větší skupinou vzorků.

EMAS je možné uplatnit u různých skupin lidí. Byl využit například pro zhodnocení zapojení do smysluplných aktivit u žen s rakovinou prsu (Petruševiciene et al., 2018). Možná je i jeho adaptace/úprava, pokud je to pro účel práce potřeba – například Mansbach et al., (2017), věnující se péči o osoby s demencí, si dobře uvědomují důležitost a význam zapojení do smysluplných aktivit. Uvádí, že je ale nesmírně obtížné zhodnotit, jaké konkrétní aktivity to právě pro tuto skupinu pacientů jsou a že možnost určení konkrétních aktivit by pracovníkům

pomohla při lepším tvoření programů pro podporu pohody a zdraví osob s demencí. Ve svém výzkumu proto testovali aktivity sestavené dle MemPics® (=knihy navrženy tak, aby zapojily účastníky se ztrátou paměti do zábavných a zároveň kognitivně posilujících aktivit). Po každém sezení účastníci hodnotili aktivity, kterých se právě zúčastnili, pomocí modifikovaného EMASu – autoři si ho upravili pro své potřeby, úpravy tvrzení vypadaly takto: z „Aktivity, které dělám, mi dávají pocit kontroly“ na „Tato aktivita mi dává pocit kontroly“ atd. Díky tomu tedy mohli zjistit, jak smysluplná byla konkrétní aktivita, kterou se rozhodli pro osoby s demencí využít, a to jim umožnilo sestavit program založený na preferencích pacientů.

Nástroj EMAS byl přeložen do mnoha jazyků – například do španělštiny (Fernández-Solano et al., 2022), polštiny (Brożek a Tokarz, 2017), francouzštiny (Lacroix et al., 2018) a perštiny (Cheraghifard et al., 2022).

Aby bylo možné použít dotazník u konkrétní populace, je potřeba mít důkazy o jeho spolehlivosti a platnosti – proto v roce 2022 Cheraghifard et al. udělali první šetření spolehlivosti a platnosti dotazníku u osob, které přežily CMP. Výzkum se odehrával v Iránu a pro jeho účely byl EMAS přeložen do perštiny (dále uváděn, jako EMAS-P). Studie se účastnilo 123 osob po CMP s průměrným věkem 61 let. Průměrné skóre v EMAS-P bylo 36,27. Výsledky studie ukázaly, že dotazník přeložený do perštiny využitý u osob po CMP má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachovo  $\alpha = .95$ ). Dobrá až vynikající vnitřní konzistence (Cronbachovo  $\alpha = .81-.91$ ) byla zaznamenána také u původní, španělské, polské a francouzské verze dotazníku EMAS. Byla prokázána také vynikající test-retest spolehlivost (druhé testování bylo po dvou týdnech). Starší dospělí měli nižší skóre, než mladí dospělí, stejně jako osoby po CMP s depresí, ve srovnání s osobami bez deprese. Výsledky navíc ukázaly, že skóre EMAS-P má dobrou rozlišovací schopnost mezi chronickými osobami, které přežily cévní mozkovou příhodu, s různou úrovní postižení. Dalším prediktorem skóre EMAS-P bylo ženské pohlaví. Možných vysvětlení je několik: ženy prodělaly závažnější cévní mozkovou příhodu, a mají tedy i závažnější funkční omezení, či ženy mohou přikládat větší hodnotu tělesnému vzhledu, což vede ke změně pocitu angažovanosti u žen po CMP. Únava byla rovněž prediktorem skóre EMAS-P. Předpokládá se, že únava může zvýšit subjektivní fyzickou námahu při vykonávání činností, což vede ke zvýšenému riziku omezení a ztráty rolí, prodloužení doby spánku a v neposlední řadě ke změnám ve smyslu zapojení do smysluplných aktivit. Výsledkem práce je tedy závěr, že EMAS-P je spolehlivá a platná škála pro hodnocení zapojení iránských osob s chronickou cévní mozkovou příhodou do smysluplných aktivit, a proto by měla být užitečná



jak v klinickém výzkumu, tak v praxi (Cheraghifard et al., 2022). Podobné závěry vycházely i z ostatních překladů.

## **1.8 Cévní mozková příhoda**

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní onemocnění mozku způsobené náhlou poruchou jeho cévního zásobení (Růžička et al., 2019) a v roce 2019 to byla druhá nejčastější příčina úmrtí na světě a třetí nejčastější příčina invalidity. Nárůst počtu CMP, a smrtí způsobených CMP, se od roku 1990 do roku 2019 výrazně zvýšil (Feigin, Stark a Johnson, 2021). Rozlišujeme dva základní typy CMP dle mechanismu jejího vzniku: ischemickou (způsobenou uzávěrem mozkové tepny) a hemoragickou (způsobenou prasknutím mozkové tepny), kdy zhruba v 90 % jde o ischemickou CMP. CMP je devastující onemocnění s vysokou mortalitou i morbiditou a představuje zásadní celosvětový medicínský i ekonomický problém (MZ ČR, 2021).

### **1.8.1 Vliv diagnózy na zapojení do smysluplných aktivit**

CMP má negativní účinky na tělesné, kognitivní a psychické funkce a je spojena se sníženou nezávislostí osob a jejich závislostí při vykonávání všedních denních činností (Lai et al., 2003). Tyto změny mají za následek zhoršenou účast a zapojování do smysluplných aktivit, přesto je nutné osoby, které přežily cévní mozkovou příhodu, do těchto aktivit zapojovat (Lapadatu a Morris, 2017; Serfontein, Van Schalkwyk a Visser, 2020).

Výzkum z roku 2015, kterého se účastnilo 111 osob po CMP žijících v komunitě, zkoumal účast a zapojení těchto osob v závislosti na jejich subjektivních potížích (únava, bolest, ...). Ukázalo se, že přestože se 48.5 % těchto osob dokázalo vrátit do práce (na jednu až 16 hodin týdně) a relativně dobře se fyzicky zotavili, nebyli se svým výkonem a zapojováním se do běžných činností spokojeni, a to především v oblasti péče o domácnost a venkovních aktivit (Van der Zee et al., 2015).

Pacienti v subakutní fázi po CMP byli rozděleni na dvě skupiny, kde u jedné byl v terapii využíván přístup zaměřený na zaměstnávání (occupational based approach) a u druhé přístup zaměřený na poruchu (impairment-based approach). Terapeutický plán první skupinky byl sestaven s pomocí mobilní aplikace Aid for Decision-making in Occupation Choice. Druhá skupina pacientů měla sestavený terapeutický plán na základě svých schopností a úrovně postižení. Pro hodnocení byl využit mimo jiné i dotazník kvality života SF-36, kde bylo zjištěno, že v sub škálách „celkový zdravotní stav“ a „emocionální role“ měla skupinka

s přístupem zaměřeným na zaměstnávání větší výhodu. Autoři doporučují rozsáhlejší studii s větším počtem vzorků (Tomori et al., 2015).

Osoby, které přežily cévní mozkovou příhodu, uvádějí po propuštění z nemocnice četné psychosociální problémy a potíže s návratem ke smysluplným rolím a činnostem. Studie z roku 2015 (Gustafsson a McKenna) zkoumala dopad skupinového programu zaměřeného na zaměstnávání na úroveň aktivity, pohody a sebe účinnosti po propuštění z lůžkové rehabilitace. Hodnocení výsledků shromážděných při náboru, propuštění a jeden měsíc po propuštění zahrnovalo Modifikovaný Barthelův index, využívání podpory komunity, délku pobytu, Stroke Impact Scale a Self – Efficacy Gauge. Nebylo, ale prokázáno, že by tento program měl pozitivní vliv na výsledky. *„Ačkoli je obtížné určit účinky programu zaměřeného na zaměstnávání u vzorku, který byl do této studie zařazen, zdá se, že osoby, které přežily cévní mozkovou příhodu, tráví i nadále velkou část dne ve své ložnici, neaktivní a osamělé, a to bez ohledu na terapeutický program.“* (Gustafsson a McKenna, 2015)

### **1.8.2 Role ergoterapeuta u osob po CMP**

Poškození mozku má různorodé a velmi individuální dopady. Značná část pacientů potřebuje podporu v zapojení se do aktivit běžného života. Při snaze docílit optimální kvality života těchto osob je koordinovaná rehabilitace nezbytná. Podstatné je hlavně její včasné zahájení a interprofesní spolupráce členů rehabilitačního týmu, kteří společně pracují na dosažení stanoveného cíle. Ergoterapeut je důležitou součástí týmu vzhledem k tomu, že se zaměřuje na co nejvyšší soběstačnost jedince a jeho směřování navracení zpět do nezávislého života (Vacková, 2020). Ergoterapie má silnou základnu založenou na důkazech, která byla v posledních letech posílena několika vysoce kvalitními studiemi u pacientů po cévní mozkové příhodě. Ergoterapeuti si uvědomují souvislost mezi pohybem, vnímáním a poznáváním a jsou schopni přizpůsobit prostředí tak, aby vytvořili optimální podmínky pro úspěch pacienta, a tím zvýšili úspěšnost rehabilitace. Všechny aspekty aktivit denního života lze rekvilifikovat; zatímco lůžkové služby se zaměřují více na pADL se základními domácími dovednostmi, komunitní ergoterapeuti zvyšují zotavení a normalizaci tím, že se zaměřují na širší dovednosti, reintegraci do komunity včetně účasti na programech volného času a návratu do práce (Govender a Kalra, 2014). Ergoterapeut tedy mimo jiné posuzuje funkční schopnosti klienta ve vztahu k provádění běžných denních činností a poskytuje nácvik těchto aktivit, vybírá kompenzační pomůcky, zaměřuje se na cílenou ergoterapii ruky, na kognitivní rehabilitaci, předpracovní rehabilitaci a další. V intervenci využívá smysluplné činnosti, které podporují návrat porušených funkcí (Votava, 2001). Kromě fyzických a kognitivních faktorů je důležité

v rehabilitačním programu řešit i subjektivní potřeby a touhy osob s CMP, proto bude ergoterapie i nadále hrát stále důležitější roli v péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou (Govender a Kalra, 2014; Van der Zee et al., 2015).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Definice problému**

Nástroje pro hodnocení zapojení do smysluplných aktivit je velmi obtížné dohledat a zmínky o nich jsou pouze v zahraniční literatuře. Tam, kde jsou využívány, fungují dobře a jsou překládány do mnoha jazyků a adaptovány do různých zemí. V České republice ale takový nástroj zatím vůbec není. Pokud by byl, jak by se s ním ergoterapeutům pracovalo? Byl by pro lidi v ČR vůbec pochopitelný a vhodný? Tomu je věnována praktická část práce, v rámci které je jeden z dotazníků, EMAS, přeložen a vyzkoušen s osobami po CMP.

### **2.2 Cíle praktické části**

Hlavním cílem praktické části je překlad nástroje Engagement in Meaningful Activities Survey a jeho vyzkoušení v běžné praxi ergoterapeuta u pacientů po CMP. To je nastíněno v kazuistikách, které obsahují mimo jiné výsledky z hodnocení pomocí EMASu a doporučení stanovená na základě tohoto vyšetření.

### **2.3 Postup realizace teoretické části**

Nejprve byla zpracovávána teoretická část bakalářské práce, která je věnována představením pojmů, jako je smysluplná aktivita, zaměstnávání ale i obecně ergoterapii jako oboru, který je orientovaný na klienta, a který se věnuje zapojení osob s disabilitou do běžných činností, což ideálně vede ke zlepšení kvality života těchto osob. Zabývá se i možnostmi, jak smysluplnou aktivitu v rámci ergoterapie hodnotit a jaká hodnocení jsou k dispozici. Na závěr je nastíněno, jakou roli hraje ergoterapie u osob po cévní mozkové příhodě, jelikož je to cílová skupina, se kterou byl dotazník posléze zkoušen.

Informace byly čerpány ze základních ergoterapeutických knih, které jsou dostupné v českém jazyce i ze zahraniční tištěné literatury. Databáze, využívané pro hledání online zdrojů, byly především: UKAŽ, Taylor & Francis, Medvik, Google Scholar, databáze Národní pražské knihovny a díky tomu, že spolužačka byla na Erasmu ve Švédsku, byla k dispozici i databáze univerzity Karloinska Institutet, díky které bylo možné se dostat k mnoha full textům, jinak nedostupných, článků. Velké množství zdrojů bylo získáno díky prolistování seznamu použité literatury u nejrelevantnějších článků. Při psaní práce byla snaha o dohledávání co nejaktuálnějších informací a pohledů na danou problematiku, ale potíže byly s omezeným množstvím vhodné a aktuální literatury. Mnoho studií bylo věnováno právě tomu, že žádné studie vlastně nejsou a že je nedostatek platných definic základních pojmů. Pro hledání

informací konkrétně k existujícím nástrojům byly využívány pouze zdroje zahraniční vzhledem k tomu, že v ČR žádný takový nástroj nemáme.

Klíčová slova byla volena dle různých kapitol trochu jinak, ale obecně byly využívány především tato: meaningful activity, meaningful occupation, occupational therapy, quality of life, purposeful activity. Pro hledání nástrojů pak byla využívána klíčová slova jako: meaningful activity, occupation, occupational therapy, assesment, survey, evaluation. Tato hledání nepřinesla téměř žádné výsledky. To, že další podobné nástroje neexistují, potvrdil i fakt, že u nástroje EMAS se v rámci jeho ověřování a testování testovala jeho korelace s dalšími nástroji zaměřenými na stejné téma. Jediným dalším nástrojem se zdá být MAPA, který byl tímto způsobem nalezen. Některé studie i zmiňují, že EMAS či MAPA jsou „jedním z mála nástrojů, určeným k hodnocení smysluplnosti aktivit“. Opět se zde naráží na to, že zdrojů i nástrojů je nedostatek.

## **2.4 Postup realizace praktické části**

### **2.4.1 Kontaktování autorů a překlad**

V rámci přípravy byla nejprve kontaktována jedna z autorek nástroje, profesorka Sharon Brintnell, s žádostí o povolení jej přeložit. Autorka požadovala v rámci zpětného překladu postupovat podle publikace Wilda et al. (2005) *Zásady správné praxe pro proces překladatelské a kulturní adaptace pro výsledků hlášených pacienty (PRO)* se všemi náležitostmi, jako je zahrnutí výzkumné části, statistická analýza a proces validace. Poskytla i další materiály, které popisovaly, jakým postupem se má práce řídit. Apelovala na to, aby byla zajištěna i podpora od statistika a dalších lidí pro proces verifikace a validace, hlavním požadavkem autorů je totiž, aby byla zachována koncepční integrita nástroje. S vedoucí práce bylo domluveno, že to přesahuje potřeby bakalářské práce a udělá se neoficiální překlad. Autorka souhlasila s omezením, že výsledný překlad nebude moci být publikován, a poskytla úplnou verzi dotazníku s doplňujícími otázkami, které nejsou součástí oficiálního dotazníku, ale které autoři používají ve své praxi k dle jejích slov „rozehřátí diskuze“ před tím, než klientovi dají samotný dotazník. I v tomto případě ale autorka požadovala postupovat metodou zpětného překladu, jen bez následné validace apod. Nabídla se, že návrh konečného překladu zkontroluje a s kolegy zhodnotí.

#### **2.4.1.1 Postup překladu**

*„Zpětný překlad je pouze součástí přísného procesu, který má zajistit integritu původního konstruktů v jakémkoli nástroji.“* (Wild et al., 2005) Po zpětném překladu následují

rozhovory o kulturních nuancích a ověřování shody se skutečným záměrem zachyceným v anglickém textu. Úplná adaptace vyžaduje, aby byly posouzeny také škálovací a psychometrické vlastnosti nové jazykové verze (McKenna a Doward, 2005).

Celý postup se skládá z těchto kroků (Wild et al., 2005):

1. Příprava – počáteční práce provedené před zahájení překladatelské práce.
2. Přímý překlad – překlad originální jazykové (zdrojové) verze nástroje do jiného (cílového) jazyka.
3. Sladění – porovnání více překladů a jejich sloučení do jediného přímého překladu.
4. Zpětný překlad – překlad nové jazykové verze zpět do původního jazyka.
5. Revize zpětného překladu – porovnání zpětně přeložené verze nástroje s originálem, aby se zdůraznily a prozkoumaly nesrovnalosti.
6. Harmonizace – srovnání zpětných překladů více jazykových verzí mezi sebou a s originálem nástroje s cílem upozornit na nesrovnalosti mezi originálem a jeho odvozenými překlady.
7. Kognitivní debriefing – testování nástroje na malé skupině relevantních pacientů nebo laiků s cílem otestovat alternativní znění a ověřit srozumitelnost, interpretaci a kulturní relevance překladu.
8. Přezkoumání výsledků kognitivního debriefingu a finalizace – porovnání od laiků/pacientů. Interpretace překladu ze strany laické veřejnosti s originální verzí, aby bylo možné zdůraznit a upravit nesrovnalosti.
9. Korektury – závěrečná revize překladu s cílem opravy všech typografických, gramatických nebo jiných chyb.
10. Závěrečná zpráva – zpráva napsaná na konci překladu dokumentující vývoj každého překladu.

V práci je obecně představena problematika hodnocení smysluplných aktivit, zjišťovány jsou informace o dotazníku, jak se s dotazníkem pracuje, i jak na něj reagují čeští pacienti. Pro účely práce se postupovalo podle kroků jedna až pět s tím, že neoficiální překlad pomáhá při urychlení vlastního procesu případného oficiálního překladu.

První fází bylo vytvoření přímého překladu – z anglického do českého jazyka. Jeden překlad byl vytvořen mnou a druhým člověkem, jehož mateřským jazykem je čeština, anglický jazyk vystudoval a je v něm na úrovni rodilého mluvčího. Spolu s vedoucí práce paní Zuzanou Rodovou, M.Sc. byla sestavena finální česká verze.

Zpětný překlad do anglického jazyka udělal překladatel, který dotazník EMAS neznal a jehož mateřským jazykem je čeština. Anglický jazyk vystudoval a je v něm na úrovni rodilého mluvčího. Zpětný překlad a anglický originál byly porovnány. Oba překlady se v některých místech lišily, ale význam otázek byl zachován.

Poté byl dle domluvy poslán zpětný překlad autorce dotazníku, která s ním byla velmi spokojená a přiložila pouze dvě poznámky.

První byla ohledně úvodu v samotném dotazníku, který zněl takto: *Níže je uveden seznam výroků o vašich aktivitách. Pozorně si je přečtěte a zakroužkujte číslo, které nejlépe vystihuje, do jaké míry jsou pro vás jednotlivá tvrzení pravdivá. Dejte si na čas a snažte se být co nejpřesnější.* V originální anglické verzi je *...je pro vás jednotlivé tvrzení pravdivé*. Při překladu tedy došlo ke změně jednotného čísla na množné, jelikož má slovo tvrzení v českém jazyce stejný tvar v obou kategoriích. Autorka na tuto změnu upozornila a doporučila její opravu. Oprava byla udělána i když se domnívám, že v češtině by původní formulace nezměnila význam věty a mohla by být klidně použita.

Druhá se týkala formulace, kterou překladatel použil při překladu finální české verze zpět do angličtiny. Jednalo se o položku číslo 6: *Aktivity, které dělám, jsou oceňovány ostatními lidmi*. Překladatel tuto větu začal jinak, než ostatní položky a jeho překlad zněl takto: *I am praised for the activities that I engage in by other people* (doslovně: Já jsem za aktivity, které dělám, oceňován ostatními lidmi). Autorka požadovala, aby všechny položky začínaly stejně, což je v české verzi zachováno a chyba byla u překladatele.

Nakonec byla provedena pouze malá, již zmíněná, úprava a byla vytvořena konečná česká verze.

## 2.4.2 Pilotáž

Konečná česká verze byla poté testována na třech probandech bez funkčního omezení. Původním cílem bylo vyzkoušet dotazník na obou pohlavích, a i u různých věkových kategorií, ale bohužel chyběl zástupce z řady starších dospělých. Testování byly dva muži (26 let, účetní a 50 let, podnikatel) a jedna žena (21 let, studentka). Díky pilotáži byla získána velmi cenná zpětná vazba a doporučení, jak při dotazování lépe postupovat a k jakým podotázkám si předpřipravit dovysvětlení.

Všichni respondenti byli na konci požádáni o zpětnou vazbu, jak rozuměli jednotlivým položkám a jak se při vyplňování cítili.

Problém dělaly (u všech tří respondentů) položky 5 a 9:

- 5: *Aktivity, které dělám přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.*
- 9: *Aktivity, které dělám, mi dávají pocit kontroly.* Jeden respondent chtěl dokonce tuto položku přeskočit (muž, 26let), protože nepochopil ani po dovysvětlení otázku dostatečně, aby na ni mohl odpovědět, nakonec se rozhodl označit odpověď číslem 3 (občas).

K těmto dvěma položkám bylo připraveno zvlášť na papír dovysvětlení v případě, že by ho pacienti potřebovali. V samotném dotazníku ale po pilotáži nebylo potřeba nic měnit.

Často se stávalo, že respondenti volili na škále možnost 3 (občas) u otázek, u kterých nedokázali dobře zhodnotit, jak pro ně a jejich aktivity jednotlivé tvrzení sedí. Tvrdili, že otázku chápou, jen neví, jak dobře svou situaci vyhodnotit. To se poté opakovalo i u pacientů.

### **2.4.3 Testování s pacienty**

Testování s šesti vybranými pacienty probíhalo od ledna do dubna. Pacienti byli doporučeni ergoterapeutkami z Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (dále jako KRL 1.LF UK a VFN). Setkání s pacienty probíhalo v prostorách kliniky. Před samotným testováním byla pacientům představena bakalářská práce a její téma, podepsali informovaný souhlas, a poté probíhalo samotné testování. Po skončení byli ještě požádáni o slovní zpětnou vazbu ohledně EMASu, jak ho chápali, zda bylo něco, čemu nerozuměli, a zda k němu mají nějaké připomínky.

Informace o pacientech jsou zpracovány do stručných diagnostických kazuistik. Poznatky z toho, jak se s dotazníkem pracovalo, jsou zahrnuty v kapitole *práce s dotazníkem*.

#### **2.4.3.1 Kritéria výběru pacientů**

Pro tuto práci byli vybráni pacienti po cévní mozkové příhodě z Kliniky rehabilitačního lékařství 1.LF UK. Zapojit se mohli pacienti, kteří jsou minimálně tři měsíce v domácím prostředí po propuštění z hospitalizace po CMP. Toto kritérium bylo zvoleno po konzultaci s vedoucí práce z toho důvodu, aby pacienti měli dostatek času na adaptaci v domácím prostředí a měli prostor na zapojení se do aktivit či koníčků, které jsou pro ně osobně důležité. Dalším kritériem bylo zachování fatických funkcí, jelikož úvod dotazníku koncipován formou rozhovoru a zachování kognitivních funkcí. To především z důvodu porozumění instrukcím,



významu dotazníku a zachovaném náhledu na vlastní situaci. Vhodné pacienty nebylo snadné sehnat, ale nakonec se podařilo shromáždit data od celkem šesti pacientů.

#### **2.4.3.2 Metody sběru dat**

Informace byly získávány pomocí rozhovoru a dvou dotazníků. Pracovalo se i se zdravotnickou dokumentací. Pacienti byly testováni pomocí dotazníku EMAS a před ním i testem hodnotícím kvalitu života WHOQOL-BREF. Oba testy jsou koncipovány dotazníkovou formou a pacient je může vyplňovat samostatně. Před samotným vyšetřením pomocí EMAS je veden rozhovor o aktivitách pacienta, režimu jeho dne apod. dle přiloženého formuláře. S jednou pacientkou (kazuistika 1) a pacientem (kazuistika 5) bylo potřeba oba testy vést formou rozhovoru a číst otázky nahlas.

Původně byl nástroj EMAS vytvořen pro to, aby bylo možné změřit a zhodnotit, zda souvisí zapojení do smysluplných aktivit se spokojeností v životě u lidí s duševním onemocněním. Kvalita života byla hodnocena pomocí nástroje Quality of Life Interview (QoLI). Získané výsledky opravdu potvrdily, že existuje vztah mezi zapojením do smysluplných aktivit a kvalitou života. Proto v nástroji EMAS zůstala kolonka: „Quality of Life agreement (comment).“

Podle autorky dotazníku ale v klinickém prostředí není vždy prostor na to dělat s pacientem doplňující vyšetření kvality života. Jako terapeuti si o tom ale můžeme udělat obrázek, jelikož pacienta známe, známe i jeho schopnost výkonu zaměstnávání a z rozhovoru můžeme pochopit, které oblasti jeho života ho více či méně těší. Kolonka tedy slouží k tomu, aby terapeutům připomněla, že je potřeba přemýšlet holisticky o tom, co se z vyšetření dozví, a aby integrovali to, co vidí, slyší a dělají a vedlo je to k získání určité klinické úvahy. Pokud je to ale možné, je samozřejmě ideální doplnit skóre z testu, který kvalitu života přímo hodnotí a okomentovat výsledek testu i slovně.

Pro tuto práci byl zvolen nástroj WHOQOL-BREF, který se skládá ze dvou částí, jenž obsahují 26 položek a hodnotí zdraví ve čtyřech oblastech – fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a životní prostředí. Hodnocení může být prováděno samostatně, pokud je toho respondent schopen, nebo může být prováděno s asistencí tazatele. WHOQOL-BREF má několik silných stránek. Je založen na koncepci citlivé napříč kulturami a je k dispozici ve většině hlavních světových jazycích – je tedy vhodný pro použití i v rámci výzkumu prováděného mezinárodně. WHOQOL-BREF má dobré až vynikající psychometrické vlastnosti spolehlivosti a dobře si vede v testech validity. Různé studie ukazují, že celkově je

WHOQOL-BREF spolehlivým, mezikulturně platným hodnocením kvality života (Skevington, Lotfy a O'Connell, 2004, Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

## 2.5 Kazuistiky

Kazuistiky jsou diagnostické, pro vykreslení představy o pacientovi. Celé kazuistiky včetně anamnézy a hodnocení pomocí WHOQOL-BREF jsou v příloze, zde je uvedena část týkající se dotazníku EMAS.

### 2.5.1 Kazuistika číslo 1

První pacientkou je žena, 45 let, po CMP (6/2022). Má spastickou levostrannou hemiparézu, plegii LHK a příznaky post-stroke deprese. Pacientka se živila jako sociální pracovnice, nyní je v pracovní neschopnosti. Žije s manželem a třemi dětmi v bytě ve druhém patře bez výtahu. Pohybuje se na kratší vzdálenosti samostatně s vycházkovou holí, schody zvládá se supervizí druhé osoby. Je soběstačná v pADL, ale potřebuje více času na oblékání a sebesycení. Zvládá samostatně menší nákupy, úklid a uvaří jednoduchá jídla.

#### VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v odpočinkové místnosti, pacientka leží na lůžku. V průběhu hodnocení do místnosti vchází ještě další člověk.
- Subjektivně se cítí unavená. Dotazníky přesto vyplňovat chce, jen v leže a formou rozhovoru.
- Objektivně: soustředěnost kolísá v průběhu hodnocení, výrazný pokles na konci dotazníku. Odráží se to i na volených odpovědích.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondentka jako dobrou, ale se svým zdravím je nespokojena.

#### EMAS

- **Denní režim:** pacientka vstává okolo osmé hodiny a poté vzhledem k velké únavě odpočívá, podílí se na chodu domácnosti, uklízí a vaří oběd, po obědě dělá se synem úkoly, kouká na televizi a jde brzy spát. Výjimečně jde na oslavu, nebo rodinnou sešlost.
  - Z těchto aktivit, které respondentka uvedla, ji dobrý pocit ze sebe samotné na prvním místě přináší rehabilitace, poté podílení se na chodu domácnosti a vaření.
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a vždy (5) nezvolena ani jednou.

- Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: odrážejí to, jaký jsem člověk a přinášejí mi potěšení.
- Odpověď občas (3) volena více než v polovině případů 7/12.
- Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, dávají mi pocit úspěchu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.

**Závěr:** velkou limitací je únava. Pacientka je nespokojená se svou situací a snaží se dělat vše pro to, aby se zlepšilo její fyzické zdraví. To ji přináší dobrý pocit ze sebe sama, cítí se poté více kompetentní a práce na fyzickém zdraví je pro ni velmi smysluplnou činností. Stejně tak jako to, že se může zapojit do domácnosti a pomáhat. Psychicky by ale potřebovala zapracovat na sebezpřijetí a aby znovuobjevila i věci, které má ráda a které ji baví a měla z nich a ze sebe radost.

- Poznámky: prostředí, ve kterém vyšetření probíhalo, nebylo ideální. Bylo by vhodné odmítnout pacientčinu volbu dělat dotazníky v odpočinkové místnosti, ještě spolu s další osobou. Únava měla velký vliv na to, jak pacientka odpovídala, vyšetření budilo dojem, že nad otázkami nechce moc přemýšlet a chce mít testování rychle za sebou. Opakovaně jí bylo připomínáno, že je možné testování přesunout na jindy, až se bude cítit lépe, ale odmítala. Respondentka hodnotila dotazník jako srozumitelný a neměla ani žádné poznámky k otázkám v průběhu vyšetření, ale mohlo to být dáno únavou a nesoustředěností. Některé otázky byly opakovány a čteny dvakrát.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: zvýšení soběstačnosti, jízda MHD, nakupování, seberozvoj.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - Přístup ADL: opakovaný trénink, cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního, zápěstí, péče o jizvu, stimulace/reedukace citlivosti, prodloužený strečing, nácvik úchopů, aktivních pohybů, využití robotiky: Amadeo, prvky Bobath konceptu, PANat, PNF pro lopatku a HK, sensorická stimulace, Mirror terapie, trénink fatických funkcí, kognitivních funkcí s využitím CogniPlus.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL-BREF

- Pokračování ve cvičení s cílem zlepšit ADL – hlavně oblékání, péče o domácnost, transport a nakupování. Pravidelné protahování, léčba spasticity. Pokračování fyzioterapie i ergoterapie, cvičení jsou pro pacientku velmi smysluplná.

- Zaměření se na vaření, které je pro pacientku důležité a snaha jeho usnadnění (výběr vhodných kompenzačních pomůcek).
- Většina cílů se týká zlepšování na fyzické úrovni. Je to pochopitelné vzhledem k tomu, že je pacientka kvůli své fyzické disabilitě omezena ve spoustě činností. Vhodné by bylo ale i posilování v psychické sféře. Terapie by bylo dobré cílit i na definování osobních hodnot a cílů a sestavení podrobného plánu, jak jich může dosáhnout. Sloužit by k tomu mohl například model CARE a nástroje, které nabízí. (Metoda CARE je univerzální rehabilitační metoda, použitelná v širokém spektru různých zařízení a služeb, která se zaměřuje v první řadě na zlepšení kvality života, převzetí odpovědnosti sám za sebe a začlenění do komunity).
- Vyhradit si čas na to vést podrobnější rozhovor o aktivitách pacientky a zjistit záliby, koníčky a probrat možnosti aktivit, které slouží k péči o duševní zdraví. Zkusit navrhnout vyzkoušení koníčků, které měla před příhodou.
- Věnovat se vztahům pacientky s blízkými lidmi, jelikož je to oblast, se kterou je nespokojena. Sestavit cíle i v této oblasti a plán k naplnění těchto cílů.
- Kompenzační strategie při únavě, dělání si častějších přestávek, krájení v sedě apod.
- Řízené relaxace, dechová cvičení, Feldenkreisova metoda, prvky tance v terapii, muzikoterapie.

### 2.5.2 Kazuistika číslo 2

Muž, 52 let po CMP (7/2019). Měl středně těžkou pravostrannou hemiparézu s dystonií PHK. Nyní stále přetrvává dystonie PHK a třes při cíleném pohybu. Při manipulaci s předměty je ruka neobratná, vypadávají mu věci z ruky – v běžném životě se naučil ji nepoužívat. Pracuje v účetnictví. Žije sám v bytě ve druhém patře s výtahem. Pohybuje se samostatně bez pomůcek i na dlouhé vzdálenosti. Je soběstačný ve všech pADL i iADL.

#### VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře.
- Objektivně: Přichází pozitivně naladěný, pozornost udržel v průběhu obou dotazníků.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, ale se svým zdravím je nespokojen.

## EMAS

- **Denní režim:** výrazně se liší dle toho, jestli se jedná o den, kdy jede do Prahy, nebo den volna. Do Prahy jezdí tři až čtyři dny v týdnu a jsou to dny, kdy je respondent produktivní. Vstává v sedm hodin, zabalí si a jede vlakem do Prahy, po cestě si dá snídani. Jde do práce, kde je co nejdéle, klidně i přesčas. Kolem šesté večer se vrací a po vybalení a hygieně jde maximálně číst noviny, ale kolem sedmé usíná. Oproti tomu dny, kdy nemá práci, jsou velmi prázdné, pouze leží v posteli, snaží se alespoň jednou denně jíst, ale pocit hladu nemá nikdy. Občas si čte noviny, o víkendu chodí na oběd k matce a dceři.
  - Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší práce, poté pravidelné obědy. Třetí aktivitu nedokázal uvést.
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a vždy (5) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: vyjadřují mou kreativitu a mé osobní hodnoty.
  - Odpověď občas (3) volena více než v polovině případů 8/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, odrážejí to, jaký jsem člověk.

**Závěr:** pacient sám uvádí, že jediná aktivita, kterou dělá, je práce. Ta je pro něj velmi smysluplná a důležitá. Pokud ale není v práci, své dny nedokáže naplnit ničím a pouze leží v posteli (vyjma návštěv u rodiny). Tento životní styl nyní měnit nechce, nebo neví jak. Nic ho nebaví a netěší.

- Poznámky: překvapivá byla odpověď na první otázku: *aktivity, které dělám, mi pomáhají starat se o sebe*, kde uvedl odpověď většinou (4) – přitom respondent nenakupuje, nevaří, neuklízí a nestará se o sebe tak, jak by se očekávalo, že bude, když odpovídá „většinou.“ Na konci dotazníku respondent uvedl, že pokud by to bral jako vyloženě péči o sebe, označil by menší číslo. On ale mezi aktivity, které dělá, počítá jen své zaměstnání, a to ho živí, a tak má pocit, že se o sebe díky němu stará.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: procházky, více aktivit během dne, alespoň jedno jídlo denně.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN

- Pacient dochází na kliniku již dlouhou dobu, zde se zaměřovali na terapii kognitivních funkcí, na terapii ruky, přístup ADL i zaměření na volnočasové aktivity a vyplnění dne.

### **Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL-BREF**

- Opětovné zaměření ergoterapie na oblast volnočasových aktivit a smysluplného trávení volného času. Zmapování zájmů, které pacient má/měl a rozšíření obzoru v tomto ohledu – co by ho mohlo zaujmout/bavit dělat. Tyto terapie již probíhaly na klinice, ale bylo by vhodné znovu nabídnout pacientovi zamyšlení se nad tím, co by mohl rád dělat. K tomu by bylo možné využít model MOHO a nástroje z něj vycházející.
- Pravidelná návštěva psychoterapeuta či psychologa, vzhledem k depresivním a úzkostným symptomům a stavům apatie, které se u pacienta vyskytují.

### **2.5.3 Kazuistika číslo 3**

Žena, 79 let, stav po iCMP 10/2020. Došlo ke vzniku lehké levostranné hemiparézy a hemihypestezie. Postupně příznaky hemiparézy vymizely, přetrvává ale anestezie akra na LHK a mimovolní pohyby malíčku. Pohybuje se samostatně i na delší vzdálenosti, ale při rychlých změnách pohybu se cítí nejistě. Je soběstačná ve všech pADL i iADL. Žije v přízemí rodinného domu s přítelem a domácí prostředí má upraveno tak, že žádné bariéry nepocítuje. Má madla v koupelně, protiskluzové podložky a sedačku ve sprchovém koutě. Je ve starobním důchodu, pečuje o vnoučata a má mnoho koníčků.

#### **VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT**

- **Prostředí:** dotazníky jsou vyplňovány s pacientkou v odpočinkové místnosti denního stacionáře u stolu, celou dobu bez vyrušení.
- Subjektivně se cítí dobře.
- Objektivně: spolupráce je dobrá, pacientka je velmi ochotná a milá.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondentka jako velmi dobrou a se svým zdravím je také velmi spokojena.

#### **EMAS**

- **Denní režim:** každý den má naplněn trochu jinak, ale každé ráno se jde před snídaní projít na boso po trávě. Poté si dá snídani a čte zprávy na internetu. Dopoledne připravuje oběd. Ráda háčkuje a chodí plavat. Další aktivity jsou: cvičení, káva s kamarádkami, čas s vnučkou, procházky Prahou, divadlo, akademie třetího věku atd.

- Z těchto aktivit, které respondentka uvedla, ji dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší káva s kamarádkami, poté plavání a cvičení.
- EMAS – 46/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **76,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a zřídka (2) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď občas (3) volena v polovině případů 6/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají dosáhnout něčeho, co mi dává pocit úspěchu, pomáhají ostatním lidem.
  - Odpověď Vždy (5) – aktivity které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, přinášejí mi potěšení, mi přinášejí pocit uspokojení, mají tu správnou míru výzvy.

**Závěr:** pacientka je velmi vitální, bere život s lehkostí, je vděčná za to, že je na tom tak, jak je a má pozitivní přístup k životu. Ve svém životě je spokojená, trápí ji jen to, že má omezenou možnost věnovat se naplno svým zálibám, a to především kvůli zhoršené stabilitě a necitlivé levé ruce. Přesto se ale snaží zapojovat do všech aktivit. Se sexuálním životem není spokojena ani nespokojena, ale jinak je se svými osobními vztahy maximálně spokojena.

- Poznámky: s pacientkou byla dobrá spolupráce. Dotazník WHOQOL-BREF měla vyplněný rychle, nemusela se déle zamýšlet, věděla vždy jednoznačnou odpověď. S dotazníkem EMAS to bylo o něco horší, musela déle přemýšlet nad odpověďmi. Zarazila se hned u první otázky: aktivity, které dělám, mi pomáhají starat se o sebe. Okomentovala to tak, že asi dělá vše pro sebe, jako třeba plavání, a zaškrtnula pětku. Na konci uváděla, že otázky v EMASu byly náročnější v tom, že nebyly snadno uchopitelné, ale vyplnit se daly.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: upravit citlivost levé ruky a pohyb malíčku levé ruky, aby mohla dělat věci, co má ráda, naplno.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - Dříve se v terapiích zaměřovali hlavně na reedukaci citlivosti, která se nedařila. Nyní jsou terapie pouze výjimečně a jsou zaměřeny hlavně na řešení toho, co pacientce doma funguje a nefunguje, navrhuje se možné kompenzace a strategie.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL-BREF

- Není již na místě věnovat se reedukaci citlivosti, i když by si ji pacientka přála navrátit, ale vhodné by bylo pokračovat v zavedených kontrolních setkáních, věnovaných

momentálním potřebám pacientky. I když nemá problémy přijmout svůj stav, stále je nespokojená s tím, že nemůže dělat naplno své koníčky, což je ale naprosto pochopitelné. Z výsledků dotazníků vyplývá, že terapie jsou úspěšné a dobře nastavené, pacientka je spokojená ve většině oblastech svého života.

- Pravidelná fyzioterapie zaměřená na stabilitu a balanční reakce by pacientce mohla umožnit ještě kvalitnější zapojení do oblíbených aktivit.
- Vzhledem k obtížím pacientky v oblasti sexuálního života by mohla být prospěšná intervence psychologa, se kterým by tuto oblast mohla blíže otevřít, ale z vyšetření není jasné, jak velké téma to pro pacientku je.

#### 2.5.4 Kazuistika číslo 4

Muž, 53 let, iCMP 12/2021. Příznaky spastické levostranné hemiparézy. Pohybuje se s pomocí vycházkové hole, má peroneální ortézu. Je pravák, levou rukou provede všechny typy úchopů, ale je narušena koordinace a svalová síla je výrazně snížena. Je soběstačný ve všech pADL i iADL, ale jeho tempo je výrazně pomalejší, především při koupání či oblékání a péči o domácnost zajišťuje manželka. Je jednatelem společnosti, žije v rodinném domě s rodinou, bariéry v interiéru ani exteriéru neudává.

#### VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře, jen má „unavené končetiny“ po terapii.
- Objektivně: na začátku je v dobrém rozpoložení. Chce mít vyplňování rychle hotové, nepřemýšlí dostatečně nad otázkami. Hodně komentuje jednotlivé položky, že jsou to „blbé“ otázky apod.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako ani dobrou, ani špatnou a se svým zdravím také není ani spokojen, ani nespokojen.

#### EMAS

- **Denní režim:** liší se vždy množstvím práce, obvykle ale jede ráno do práce, často má klienty na různých místech a dojíždí za nimi autem. Kolem poledne má oběd, po kterém odpočívá a jde na procházku. Večer sleduje televizi. Často dojíždí za lékaři. Občas vaří, peče vánočky, cvičí tai-či, chodí za kulturou (divadla, koncerty).
  - o Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší tai-či, poté divadlo a na třetím místě čas s přáteli.



- EMAS – 51/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **85 %**.
  - o Odpověď 1 (nikdy), 2 (zřídka) a občas (3) nezvolena ani jednou.
  - o Odpověď většinou (4) – 9/12.
  - o Odpověď Vždy (5) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, mi pomáhají dosáhnout něčeho, co mi dává pocit úspěchu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.

**Závěr:** pacient se svým životem není úplně spokojen, největší problémy vidí v nedostatku energie a v tom, jak se pohybuje. Nyní se mu zhoršil i spánek. Přesto vnímá, že všechny aktivity, které dělá, jsou většinou nebo vždy smysluplné, protože mají nějaký význam.

- Poznámky: spolupráce byla na začátku dobrá, postupně se ale zhoršovala. Bylo mu nepříjemné vyplňovat WHOQOL-BREF. Když si nebyl jistý, kterou odpověď vybrat, více se nad tím nezamýšlel. U EMASu mu přišlo, že všechny otázky jsou si podobné a ptají se na to samé. Na konci testování řekl, že mu test připadá zbytečně, protože vše, co dělá, pro něj má smysl.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: znovu hrát na kytaru, jezení vidličkou, plavání, četba
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního a zápěstí, stimulace citlivosti, prolongovaný strečink, trénink funkce HK, repetitivní trénink aktivních pohybů zadaných v rámci autoterapie, kontrola zadaného cvičení. Snaha o lepší zapojení palce do rozevírání ruky. Pacient provádí polohování HK a chlazení pro zmírnění otoku. Zapojení LHK do aktivit – úchopy, nácvik sebesycení vidličkou. Terapie s využitím PANat dlah. Instruktáž k prolongovanému strečinku v domácím prostředí.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL-BREF

- Pro pacienta není potřeba soustředit se na hledání aktivit, které by pro něj měly smysl – ten pro něj má všechno, co dělá, bylo by dobré se zaměřit spíše na jeho subjektivní pocit pohody a vnímání celého smyslu života. K tomu by mohla pomoci i podpůrná psychoterapie, kde by mohl ventilovat své vnitřní pocity a probrat i potíže s osobními vztahy.

- Aktivní cvičení tai-či, které ho bavilo a přijde mu smysluplné, by mohlo prospět jeho vnímanému smysl pohody. Dobré by bylo přijmout nabídku, kterou nyní dostal na klinice – předcvičovat tai-či dalším lidem po CMP.

### 2.5.5 Kazuistika číslo 5

Muž, 68 let po typickém krvácení do frontálního laloku vlevo 4/2021. Má pravostrannou hemiparézu, problémy má především s neobratností dominantní pravé ruky. Je ve starobním důchodu, živil se jako stavbyvedoucí. Je rozvedený, ale má přítelkyni a děti, které ho pravidelně navštěvují. Bydlí sám v bytě ve čtvrtém patře s výtahem, bariéry žádné nepocit'uje. Pohybuje se s pomocí vycházkové hole. Je soběstačný ve všech pADL i iADL, potřebuje dopomoci jen při stříhání nehtů.

#### VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT

- **Prostředí:** vyšetřování probíhalo v odpočinkové místnosti, celou dobu jsme nebyli rušeni.
- Subjektivně se cítí dobře, chce oba dotazníky vést formou rozhovoru.
- Objektivně: Pacient je dobře naladěný, ale působí, že je v mírné tenzi. Zprvu tvrdí, že chce mít vyšetření rychle za sebou, v průběhu se žene k dalším otázkám. Ke konci působí více uvolněně.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, a se svým zdravím je spokojen.

#### EMAS

- **Denní režim:** pacient vstává okolo osmé hodiny, dopoledne věnuje přípravě oběda. Odpoledne se věnuje práci kolem domu (sekání dřeva, řezání dřeva), večer se dívá na televizi, sleduje politické dění apod. Občas navštěvuje divadlo. Velmi rád jezdí na kole (to ještě nezkoušel) a hraje na kytaru.
  - o Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší rehabilitace, poté hraní na kytaru a jízda na kole.
- EMAS – 41/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **68,3 %**.
  - o Odpověď nikdy (1) a vždy (5) ne zvolena ani jednou
  - o Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: jsou oceňovány ostatními lidmi, pomáhají ostatním lidem.

- Odpověď občas (3) – aktivity, které dělám: vyjadřují mou kreativitu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní, mi pomáhají vyjádřit mé osobní hodnoty.
- Odpověď většinou (4) – volena 7/12.

**Závěr:** pacient se snaží být za každé okolnosti optimisticky naladěný, maximálně vnímá smysl svého života a život ho těší, okolí ho velmi podporuje. Jakékoliv negativní myšlenky okamžitě vytěsňuje a je se vším rychle hotov. Ve většině oblastech života je spokojen. Přesto vzhledem k současnému stavu nemá dostatečnou možnost věnovat se svým zálibám, především jízdě na kole, a pro svůj běžný život trochu potřebuje lékařskou podporu a mírně ho omezuje bolest.

- Poznámky: obecně se pacientovi dotazník líbil a uváděl, že je dobré se nad tím zamýšlet, ale některé položky EMASu mu přišly nejednoznačné a potřeboval by je více specifikovat, aby se mohl dobře zamyslet nad odpovědí. Například pocit kontroly – nad čím – nad sebou? Nad situací? Nevěděl, jak otázku pojmout a dobře si to představit. Při dotazu na denní režim odpověděl velmi stroze a nechtěl dál tuto oblast rozvádět.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: hra na kytaru, jízda na kole.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - Cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního a zápěstí, stimulace citlivosti, prodloužený strečink, trénink funkce HK: krájení, odemykání dveří, hra na kytaru, psaní, izolovaný pohyb ukazováku na klávesnici (enter + shift), dynamický prstový úchop tužky s pohybem, zvedání svazku klíčů, krájení jídelním nožem s rozšířeným úchopem, odemykání dveří klíčem, psaní s nástavcem na tužku.

## Další doporučení po přihlednutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL-BREF

- Rozhovor s pacientem o jeho denním režimu – co za den dělá a jak důležité pro něj určité aktivity jsou. Nejspíš je to pro pacienta citlivé téma, jelikož se nyní nemůže věnovat svým oblíbeným činnostem (hra na kytaru, jízda na kole). Vést rozhovor o alternativních možnostech, kompenzačních pomůčkách, nebo se zaměřit v terapii cíleně na to, aby postupně mohl začít své koníčky provozovat.

## 2.5.6 Kazuistika číslo 6

Muž, 41 let, utrpěl 7/2021 iCMP s příznaky pravostranné hemiparézy. Pohybuje se samostatně bez pomůcky. Dominantní pravá končetina je v lehkém Wernick-Mannově držení, ale je protažitelná. Nyní je v pracovní neschopnosti, živil se jako automechanik a poté řidič sanitky. Je svobodný, má dvě děti, které navštěvuje. Žije sám se psem v bytě ve třetím patře. Bariéry nepocituje. Je soběstačný ve všech iADL i pADL, potíže má s krájením chleba.

### VYŠETŘENÍ ZAPOJENÍ DO SMYSLUPLNÝCH AKTIVIT

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v klidné tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře, vyplňování chce mít rychle odbyté.
- Objektivně: pacient je velmi energický, přímý – co na srdci to na jazyku. Pozornost udržel dobrou po celou dobu dotazování.
- WHOQOL-BREF: celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, se svým zdravím není ani spokojen ani nespokojen.

### EMAS

- **Denní režim:** dle pacienta je jeho režim různorodý, podle toho, jakou má náladu, takže nelze popsat konkrétně. Většinou po snídani vyvenčí psa, udělá menší úklid, dá si oběd, kouká na televizi. Další aktivity, které dělá, jsou chození do divadla, plavání, vířivka, návštěva kina, výlety.
  - o Z těchto aktivit, které respondent uvedl, nedokáže vybrat ty, které mu přináší dobrý pocit ze sebe sama – dle jeho slov záleží na náladě, kterou ten den má. Uvedl jen plavání, ale další nechtěl uvádět z výše zmíněného důvodu.
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - o Odpověď nikdy (1) nezvolena ani jednou.
  - o Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: pomáhají ostatním lidem.
  - o Odpověď občas (3) - 5/12.
  - o Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: odrážejí to, jaký jsem člověk, vyjadřují mou kreativitu, mají tu správnou míru výzvy.
  - o Odpověď vždy (5) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, mi přinášejí potěšení, mi přinášejí pocit uspokojení.

**Závěr:** pacient je člověk, který se soustředí na to, aby v životě dělal hlavně to, co ho těší. Má dobré sociální zázemí a okolí, které ho podporuje. Vnímá velký smysl svého života, ale těší ho

jen středně. Není úplně spokojený s tím, jak je na tom nyní fyzicky a že se nemůže plně participovat ve všech aktivitách, co by rád. Přes jeho tvrzení, že všechno, co dělá, má smysl, zapojení do smysluplných aktivit v dotazníku vyšlo pouze 61 %. Z dotazníku i z rozhovoru vyplývá, že pro pacienta je smysluplné to, co ho baví a nejde mu už tolik o to, jaký vliv mají jeho aktivity na okolí, nebo jak činnosti vyjadřují jeho osobní hodnoty.

- Poznámky: pacient rozuměl dobře všem otázkám v dotazníku, přišly mu jednoznačné a dobře pochopitelné. Zmiňoval se ale, že všechny věci pro něj mají smysl, jinak by je nedělal. Nechápal, proč dotazník dělám zrovna s ním, když nad těmito věcmi by se měl zamýšlet úplně každý zdravý člověk.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: zlepšení funkce PHK, lepší cílení pohybů
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Cílená ergoterapie ruky: mobilizace pletence ramenního, mobilizace akra, uvolňování spasticity, protažení svalů ruky, měkké techniky, míčkování, kartáčování, stimulace citlivosti. ADL aktivity: krájení, ...

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQO-BREF

- Pokračování v intenzivní rehabilitaci PHK.
- Věnování se zlepšení fyzické kondice, jelikož je to oblast, se kterou není úplně spokojen – aby se pacient cítil jistěji v provádění činností, které mu dělají radost a mohl jejich repertoár rozšiřovat.
- V rámci ergoterapie by bylo možné vést rozhovor o tom, jak a zda je možné pacienta podpořit v tom, aby ho život více těšil. Zda jsou jeho občasné negativní pocity způsobeny nemocí, potížemi ve věnování se zálibám, nebo právě tím, že to, co dělá, nemá větší přesah, který by ho mohl naplňovat a případně společně s ním přijít na aktivity, které tento přesah mají.
- Tam, kde kompetence ergoterapeuta končí, by mohl navázat psycholog, jehož intervence by byla pro pacienta také vhodná.

## 2.6 Zhodnocení práce s dotazníkem

Dotazník je krátký a jeho vyhodnocení je snadné. Pracovalo se s ním celkově dobře, i když v průběhu nastaly některé neočekávané situace. U některých pacientů se díky němu odkryly zajímavé informace, u jiných tak velkou výpovědní hodnotu pro následnou terapii neměl. Je vhodné zvážit, s kým a kdy se bude dotazník dělat.

Pacienti po získaném poškození mozku, kteří splňovali kritéria pro výběr, byli vhodnou skupinou pro testování a pracovalo se s nimi dobře. Je ale možné dotazník dělat i s lidmi s jinou diagnózou/omezením.

Velkou roli při vyplňování hraje prostředí, ve kterém se odehrává, především zda dotazování probíhá za přítomnosti další osoby či jiných rušivých vjemů. Prostory Kliniky rehabilitačního lékařství byly pro dotazování vhodné. Zásadní jsou i okolnosti vyšetřování – jak je pacient naladěný, jak se cítí a zda dotazník vyplňovat chce. Otázky v dotazníku jsou pro některé respondenty obtížné uchopit a je potřeba, aby se na ně mohli dobře soustředit. S pacientkou z kazuistiky 1 bylo náročné dotazník dělat vzhledem k její velké únavě – otázky jí byly čteny a několikrát opakovány, a přesto se nad odpověďmi více nezamýšlela. V místnosti byl navíc další člověk.

→ Bylo by vhodné dělat dotazník v klidném prostředí a pouze u lidí, kteří jsou připraveni mu věnovat chvíli pozornost a nejsou výrazně unaveni, nebo ve špatném rozpoložení.

Úvodní odstavec obsahující informace, o čem dotazník je, je poměrně dlouhý. Vzhledem k povaze dotazníku a otázek, na které se doptává, je vhodnější působit na pacienta přívětivěji a osobněji, a proto je lepší nečíst ho, ale sdělit pacientovi do očí, udržet tak lepší pozornost.

→ Je možné úvodní informace o dotazníku říct vlastními slovy a udržovat oční kontakt s pacientem.

Důležitou součástí dotazování je úvodní rozhovor, který ale není oficiální součástí samotného dotazníku. Je pouze doporučeno ho před dotazováním využít k uvedení konverzace na téma aktivit, které člověk dělá. Při testování se osvědčilo tento rozhovor vést a pomohl i lepšímu navození atmosféry a získání pozornosti pacienta.

→ Přiložený úvodní rozhovor je doporučeno dělat vždy, kdy je to možné.

Výhodou dotazníku je, že je velmi rychlý a krátký. Samotné vyplnění dotazníku může trvat pacientům pod pět minut. Úvodní část obsahuje sice jen tři otázky, ale může trvat různě podle toho, kolik aktivit pacient má, jak moc je sdílný, otevřený a upřímný, i jak dobře se tazatel doptává, například s pacientem z kazuistiky č. 2, který aktivit mnoho nemá, trvala nejdéle, a to asi 20 minut. Pokud terapeut cítí, že je dobré se u této části pozastavit, je vhodné ji věnovat dostatek času a dát pacientovi prostor. Díky tomu se může dozvědět spoustu důležitých věcí, které mu pomohou pochopit kontext pacientovi situace apod.

→ Není vhodné dotazník vyplňovat ve spěchu. I když je velmi krátký, je potřeba mít na něj dostatek času a počítat i s časem pro úvodní rozhovor. Alespoň 15 minut.

Dobrá byla práce i s dotazníkem WHOQOL-BREF, který se zdál být naprosto srozumitelný a respondenti neměli s jeho vyplňováním žádné problémy. Díky nahlédnutí do obou dotazníků bylo o pacientově životě, aktivitách a obecné spokojenosti se životem možné vyčíst mnohem větší množství informací, než by bylo jen ze samotného EMASu.

→ Je žádoucí společně s EMASem testovat pacienta i nástrojem hodnotícím kvalitu života, například dotazníkem WHOQOL-BREF.

Komplikace v práci s dotazníkem byly především při nepochopení tvrzení ze strany pacientů. U více lidí (ale ne u všech) se stalo, že nevěděli, jak určitou otázku vnímat a požadovali je více konkretizovat. Stávalo se to opakovaně u otázky 5. *Aktivity, které dělám, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní* a 9. *Aktivity, které dělám, mi dávají pocit kontroly*. Po poskytnutí dovysvětlení odpověděli. Na druhou stranu druhá část respondentů neměla k srozumitelnosti jednotlivých tvrzení žádné výtky a odpovídali bez potíží.

→ Při překladu věnovat zvýšenou pozornost kulturní adaptaci nástroje, případně se doptat autorů, zda mají klíč k řešení těchto situací.

Vyhodnocení dotazníku EMAS je snadné. Maximální počet bodů, značící největší míru zapojení do smysluplných aktivit, je 60. To značí 100 procent. Vyhodnocení spočívá v tom, že se sečtou jednotlivá čísla a výsledek se přepočítá na procenta.

### 3 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá možnostmi a hodnocením smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické intervence. Snaží se o osvětlení základních ergoterapeutických pojmů a zároveň představuje smysluplnou aktivitu z různých úhlů pohledu. Vyzdvihuje jedinečnost ergoterapie a důležitost praxe zaměřené na klienta.

Při hledání informací o smysluplné aktivitě a jejím využití a při pátrání po samotné definici, nastaly potíže s omezeným množstvím aktuální relevantní literatury a s nalezením těchto definic. V mnoha ergoterapeutických člancích se stále tyto nejasnosti vyzdvihují a autoři vyzívají k tomu, aby se zavedla jednotná terminologie. Chybí jednotná definice jak ergoterapie, tak kvality života z pohledu ergoterapie (Baron et al., 2019), definice zaměstnávání, smysluplných aktivit a dalších pojmů (Borell, Mondaca a Luborsky, 2022). Nikde ale nebylo uvedeno, že by se k tomuto cíli podnikaly konkrétní kroky, a tak tímto závěrem končilo mnoho studií. Také evidence o efektivitě rehabilitace založené na zaměstnávání a o využití smysluplných aktivit v intervencích, je poměrně omezená, přestože se má dle literatury i výuky ergoterapeutů jednat o základ ergoterapie. Může to být způsobeno právě tím, že ergoterapeuti neví, jakým způsobem by to bylo možné ohodnotit. Sloužit by pro tento účel mohly nástroje v práci rozebírané. Podílí se na tom také fakt, že v běžném provozu nemají ergoterapeuti dostatek prostoru smysluplné aktivity v terapii reálně využít nebo o nich jen zahájit diskuzi. I když mají potřebné vědomosti, nemají obvykle dostatek času, pomůcek a jsou často omezeni na prostory, které poskytuje jejich pracoviště (Krivošíková, 2011). Tato skutečnost může vést k frustraci a postupné rezignaci z toho, že terapeut nemá prostředky a prostory k tomu, aby svou práci dělal podle nejlepšího vědomí a svědomí. Je nutné podporovat ergoterapeuty v jejich snaze využívání smysluplných aktivit.

Jelikož na jednotné definici a vymezení ergoterapie se neshodují ani světové ergoterapeutické organizace a každá definice vyzdvihuje trochu jinou oblast, je pro ergoterapeuty obtížné veřejnosti vysvětlit, co vlastně dělají. Pro veřejnost je poté těžké udělat si o profesi adekvátní obrázek (Wan Yunus et al., 2022). S pocitem nepochopení se v praxi potýká velké množství ergoterapeutů. Pokud jsou potíže již v tak základní oblasti, jako je popsání, co to je ergoterapie, jak těžké poté bude vysvětlit další ergoterapeutické pojmy, jako je například zaměstnávání, nebo navíc smysluplné zaměstnávání, cílená aktivita a další. V českém jazyce je slovo *smysluplný* jednoznačné, oproti tomu pojem zaměstnávání je, na rozdíl od angličtiny, naprosto abstraktní a lidmi v ČR nepoužívaný, a tudíž i těžce pochopitelný.



Nedostatek zdrojů se projevil v mnohem větší míře při hledání nástrojů pro hodnocení smysluplných aktivit. Nástroje určené a vytvořené přímo pro tento účel byly nalezeny pouze dva – MAPA a EMAS. Oba nástroje mají co nabídnout, ale jejich využití má určitá úskalí.

Jelikož přeložený nástroj v České republice nemáme k dispozici, je možné zatím využít rozhovor nebo si pomoci jinými nástroji, jako je například COPM (Prat et al., 2019). COPM pomáhá identifikovat priority a problémové oblasti pacienta. Začíná tím, že pacient popíše svůj den a stanoví konkrétní aktivity, které dělá v těchto oblastech: soběstačnost, produktivita, volný čas. Ohodnotí, jak jsou pro něj tyto aktivity důležité a vybere pět nejdůležitějších problémových oblastí. U nich poté ohodnotí, jak je dokáže vykonávat a jak je s tímto výkonem spokojen (Carswell et al., 2004). Nehodnotí ale zapojení do smysluplných aktivit hlavně proto, že respondent neudává, jak často se aktivity účastní. Bylo by možné se nástrojem MAPA inspirovat, COPM využít trochu jinak a poté, co pacient uvede a ohodnotí důležité aktivity, se můžeme doptávat, jak často se jich účastní a jak smysluplné pro něj jsou. Je možné si díky tomu udělat obrázek o jeho zapojování do osobně smysluplných činností.

U nástroje MAPA není dostupná anglická verze online k nahlédnutí. Oproti tomu EMAS je v anglickém jazyce dohledatelný, a tak bylo možné ho před překladem prohlédnout a zjistit, jaké konkrétní otázky obsahuje.

MAPA obsahuje výčet pouze 28 aktivit, a tak nemůže pokrýt veškerý repertoár činností, kterých se mohou lidé účastnit a které pro ně mohou být smysluplné. Může nám pomoci dobře zmapovat činnosti, které náš pacient dělá a zároveň u každé této činnosti ohodnotí, jak je pro něj osobně smysluplná a jak často se jí účastní (Eakman, 2007). Nepokryje ale všechny aktivity, a proto je jistě žádoucí se doptávat, zda jsou ještě některé další činnosti, které dotazník nezmiňuje a které jsou pro našeho pacienta důležité. Tímto nástrojem je možné zhodnotit případné zlepšení/zhoršení v zapojení do smysluplných aktivit po ergoterapeutických intervencích, je ale potřeba počítat s tím, že seznam aktivit je omezený. Případně by byla možná jeho úprava a po rozhovoru s pacientem či jeho rodinou by se mohl doplnit seznam o aktivity, které jsou pro konkrétního pacienta důležité.

Oproti tomu EMAS je úplně jiný typ dotazníku, klade mnohem větší nároky na představivost, sebereflexi, sebeuvědomění. Obsahuje jen 12 tvrzení, u kterých pacient hodnotí, jak moc pro něj platí, jsou to ale tvrzení velmi abstraktní. EMAS je zajímavý právě v tom, že nerozebírá konkrétní činnosti, ale obecně předpokládá, že smysluplné jsou ty aktivity, které přináší pocit uspokojení, jsou oceňovány ostatními lidmi apod. (Goldberg, Brintnell a

Goldberg, 2002). Při jeho výběru pro překlad hrála velkou roli i zvědavost z neprobádaného, vzhledem k tomu, že podobný typ dotazníku nemáme a nebylo tedy jasné, jak budou pacienti schopni na něj odpovídat.

Původně byl EMAS vytvořen pro hodnocení zapojení do smysluplných aktivit u lidí s duševním onemocněním. To bylo v roce 2002, od té doby se v zahraničí používá i u jiných skupin pacientů. Pro tuto práci byli zvoleni pacienti po CMP. Na základě zvolených kritérií (minimálně tři měsíce v domácím prostředí po propuštění z hospitalizace; zachované kognitivní i fatické funkce) byli vybráni pacienti ergoterapeutkami z KRL 1.LF UK a VFN. Kritéria výběru pacientů byla pro první kontakt s dotazníkem vhodná. Tři měsíce se zdály jako přiměřená adekvátní doba, ale většina respondentů byla po příhodě mnohem déle. Čas, za který jsou pacienti schopni se zapojovat do domácnosti a do svých smysluplných aktivit, je ale individuální. Záleží na mnoha okolnostech, jako je například rozsah poškození mozku, rodinné zázemí, mentální nastavení pacienta atd. Zachování fatických funkcí bylo vzhledem k úvodnímu rozhovoru a zpětné vazbě potřebné, na druhou stranu byli z testování vyřazeni i pacienti, kteří měli mírnou poruchu exprese a porozumění měli zachované. Pokud by se EMAS využíval v praxi, bylo by možné ho používat i s pacienty s poruchou v oblasti exprese řeči. Své odpovědi by mohli napsat nebo by se využily kartičky s obrázky s různými aktivitami. Odpovědi je možné si také jen promyslet hlavě – úvodní rozhovor není oficiálně součástí dotazníku. Pro účely práce ale bylo potřeba, aby pacienti mohli o svých aktivitách dobře povídat a celý proces byl snazší. Kritérium zachování kognitivních funkcí bych doporučila specifikovat především na zachování náhledu a krátkodobé paměti. Při detailnějším zkoumání anamnézy pacienta z kazuistiky 2 bylo zjištěno, že mírnou poruchu kognitivních funkcí má, pohybuje se v pásmu podprůměru vzhledem k věku a vzdělání. Potíže má především v exekutivních funkcích a paměti, náhled má zachován. Pracovalo se s ním ale dobře, a proto byla i jeho kazuistika v práci zahrnuta.

Samotný EMAS má pouze dvanáct položek, ale autoři před ním využívají ještě další otázky, kterými uvedou respondenta do děje a naladí ho na téma. Úvodní otázky na denní režim a na další aktivity, které člověk dělá, i aktivity, které mu přinášejí dobrý pocit ze sebe sama, jsou velmi vhodné a žádoucí. Díky tomu jsou pacienti ukotveni teď a tady a uvědomí si, o čem bude dál řeč. Vyslovení těchto skutečností nahlas jim pomůže k uvědomění, jaké aktivity vlastně dělají. Mohou tak lépe ohodnotit výroky o svých aktivitách, když si je díky předchozímu rozhovoru dokážou konkrétně představit. Používat oficiální dvanácti položkový dotazník bez

této úvodní části je možné nejspíš v zahraničí, ale pro lidi v ČR jsou to velmi abstraktní tvrzení a otázky, natož kdyby byly položeny bez předchozího zamyšlení o tom, co vlastně denně dělají.

Dotazník navíc nenabízí žádné možnosti dovysvětlení jednotlivých tvrzení – autorka sama v e-mailu sdělila, že dovysvětlení či konkrétní příklady mohou respondenty až moc nasměřovat a ovlivnit tak jejich odpověď, a proto z dotazníku veškeré takové informace vyloučili. Často se ale při dotazování stávalo, že se pacient zeptal, jak má otázku chápat a že jí nerozumí.

Z dvanácti položek, které EMAS má, byly největší potíže s položkami 5 a 9.

U tvrzení **9 Aktivita, které dělám, mi dávají pocit kontroly** se opakovaly tyto reakce: *Kontroly nad čím? Nad situací, nebo nad sebou samým, nebo nad někým? A jak si takový pocit kontroly mám představit? Potřebuji to více konkretizovat. Na to nedokážu odpovědět.* Na tyto situace bohužel není žádný manuál ani doporučené vysvětlení jak reagovat. Proto byl problém s tím, že správně by se nejspíš nemělo blíže specifikovat, jak mají respondenti pocit kontroly vnímat, aby nebylo porušeno autorčino stanovisko (a také proto, že je to subjektivní vyložení si otázky), ale zároveň bylo potřeba odpověď od respondentů dostat. Proto na vyžádání bylo odpovězeno, že pocit kontroly je mnou vnímán jako *pocit mít život ve svých rukou*. S touto položkou se potýkali i při tvoření španělské, polské a francouzské verze nástroje právě proto, že se obávali, že pocit kontroly bude interpretován i jako pocit kontroly nad někým. Upravili překlad tak, aby bylo jednoznačné, že se jedná o kontrolu nad sebou a svými činy. Použili pro kontrolu hovorový výraz v jejich jazyce, který je obecně vnímán jako kontrola nad sebou samým (Fernández-Solano et al., 2022). Při tvoření oficiální české verze by bylo dobré zvážit, zda nedoplnit dovětek *kontroly nad sebou samým/svým životem*.

**5 Aktivita, které dělám, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.** Pocit kompetence většinou respondenti chápali, ale nevěděli, jak si ho spojit s aktivitami, které dělají. Může to být dáno tím, že lidé v ČR nejsou úplně zvyklí na hlubší přemýšlení nad svými aktivitami a nad tím, jak se u toho cítí, oproti jiným zemím, kde je to běžnou součástí života i studia. Opět nastala stejná situace a pocit kompetence byl popisován jako *pocit oprávněnosti k výkonu určité činnosti, že máme dovednosti, znalosti, kvalifikaci nebo schopnost plnit určité úkoly a cíle*.

Další položky, u kterých se někteří respondenti pozastavili, byly položky **1 Aktivita, které dělám, mi pomáhají starat se o sebe** nebo **2 Aktivita, které dělám, odrážejí to, jaký jsem člověk**. Toto pozastavení bylo ale způsobeno spíše zamyšlením a potřebou sebeuvědomění než

nepochopením. I když se stávalo, že žádali o konkretizování otázky, dokázali na ni nakonec bez nápovědy odpovědět. Bylo by vhodné se autorů doptat, do jaké míry je možné takto respondentům „radit“ a zda se s tím také v zahraničí setkávají. Případně navrhnout vytvoření manuálu k testu, aby se předešlo podobným nechtěným situacím.

Kvůli tomuto nepochopení docházelo i ke vzniku negativních pocitů ze strany respondentů. Možná jim bylo nepříjemné to, že nevěděli, jak na otázku odpovědět a jak ji chápat a nekonkrétnost otázek je rozhodila. Dva respondenti měli pocit, že otázky jsou všechny o tom samém dokola a neviděli smysl v jejich vyplňování. Byli to muži, kteří tvrdili, že vše, co dělají má přeci smysl a zároveň měli velký problém s tím vyhodnotit, které aktivity jim dávají dobrý pocit ze sebe sama. Možných důvodů je několik, oba pacienti měli podobnou náuru a povahové rysy, nebo to mohlo být způsobeno i tím, že jim nebyly dostatečně dobře předány informace o dotazníku a důvodech, proč je důležité a dobré ho dělat.

Myšlenka dát dotazník pacientovi na začátku ergoterapeutických intervencí a poté na konci, aby bylo možné zhodnotit případné zlepšení v participaci ve smysluplných činnostech, je dobrá. Zkušenosti s dotazníkem ukázaly, že není nejideálnější využít EMAS hned při prvním sezení. Pro tento typ dotazníku by bylo lepší nejprve navázat s pacientem terapeutický vztah a vést na téma smysluplnosti aktivit, kterých se pacient denně účastní, nestrukturovaný rozhovor. Obecně lidé v ČR nejsou zvyklí na podobné typy otázek a že by se nad podobnými věcmi měli více zamýšlet a sebereflektovat. Dotazník by proto bylo lepší využít až v momentě, kdy bude pacient připravený nad tím více přemýšlet. Poté by byl EMAS dobrým měřítkem zapojení do smysluplných aktivit a mohl by pomoci terapeutům ukázat, jakým směrem je dobré terapie směřovat a zda jejich intervence měla dopad.

Kombinace EMASu a dotazníku WHOQOL-BREF se zdála dobrá. Díky tomu, že se dělaly společně, mohli respondenti vnímat, že jejich zapojení do smysluplných aktivit určitým způsobem koreluje s tím, jakou vnímají kvalitu svého života. Ve WHOQOL-BREF se hodnotí kvalita života za poslední dva týdny. Pacienti měli tendenci vztahovat toto časové kritérium i na EMAS, ve kterém není žádné stanoveno. Díky tomu se ale pacienti zaměřili na to, jak se zapojují aktuálně a neměli tendenci hodnotit položky EMASu podle dřívějšího stavu před nemocí. Kombinace těchto dvou nástrojů se zdála velmi vhodná. Společně tyto nástroje dokázaly vypovědět mnoho informací a dobře se doplňovaly.

Metoda zpětného překladu se ukázala být dobrou, ale vzhledem k výše zmíněnému je velmi důležitou součástí překladu i mezikulturní adaptace, aby bylo jisté, že otázky pokládané

v dotazníku budou lidmi v ČR správně pochopeny. Při tvoření oficiální české verze by bylo vhodné následovat výzkum Eakmana (2012), který doporučil vyloučit z pětibodové Linkertovy škály odpověď 1 (nikdy), jelikož nebyla respondenty volena a čtyřbodová škála přinášela lepší výsledky. I při testování v rámci této práce nebyla hodnota 1 nikým zvolena.

Reakce na testování EMASem byly ze strany pacientů různorodé. Asi v polovině případů testování přineslo velmi kladné ohlasy. Několik respondentů zhodnotilo, jak dobré a zajímavé je se nad tím zamýšlet a že to ještě před tím nikdy neudělali. Také, že by se nad smysluplným trávením času měli pozastavit všichni lidé a nejen oni jako pacienti. Testování bylo z tohoto hlediska jistě prospěšné i pro osoby, které se účastnily pilotního testování. S pacientkou z kazuistiky 1 se potvrdilo to, že vliv na reakce a výsledky má únava, která je pro osoby po CMP typická, a která výrazně limituje jejich zapojení do smysluplných aktivit, jak uvedl Cheraghifard (2022). V textu práce jsou pacienti oslovováni i jako respondenti vzhledem k tomu, že byli testováni dotazníky.

Díky samotnému EMASU nezjistíme, jaké jsou konkrétní smysluplné aktivity daného pacienta. Zhodnotí ale míru zapojení obecně. Pro snazší sestavování terapeutických cílů a plánů by bylo žádoucí, aby se také definovaly smysluplné aktivity pro pacienta, a to buď pomocí rozhovoru, nebo s využitím nástroje MAPA či COPM (viz výše). EMAS slouží vyloženě pro zhodnocení účasti. Je vhodný pro zhodnocení účinnosti ergoterapeutických terapií a jejich dopadu na smysluplné zaměstnávání pacientů. Po práci a zkušenostech s nástrojem EMAS je možné se domnívat, že by byl pro pacienty v ČR nástroj MAPA snáze uchopitelný. A to především proto, že obsahuje konkrétní aktivity, které už stačí jen ohodnotit. Je potřeba se pouze zamyslet, jak často aktivitu pacient dělá a jak je pro něj smysluplná. EMAS ale oproti tomu nabízí hlubší zamyšlení a uvědomění si přesahu, který každodenní aktivity na život mají a díky mezikulturní adaptaci by se výše zmíněné problematické položky mohly upravit a dotazník by tak byl plně srozumitelný.

Ergoterapeuti často zapomínají na používání smysluplných aktivit v terapiích, pokud by ale měli k dispozici konkrétní nástroj, mohlo by jim to pomoci si znovu uvědomit, na čem ergoterapie stojí a jak důležité je v terapiích tyto aktivity využívat.

## 4 ZÁVĚR

Ergoterapeuti se snaží o zachování co největší kvality života u osob, které mají potíže s účastí na každodenních činnostech tím, že usilují o maximální soběstačnost těchto osob a podporují jejich zapojení do aktivit, které jsou pro ně osobně smysluplné. Ergoterapeuti jsou důležitými členy interdisciplinárního týmu proto, že důležitou součástí jejich praxe a hodnot je přístup zaměřený na klienta. Díky němu a dalším předpokladům jsou schopni dobře identifikovat potřeby klienta a aktivity, které jsou pro něj důležité a smysluplné a ty pak využít při terapii. Smysluplná aktivita je osobně významná činnost, které se člověk účastní – může se jednat o práci, volnočasové aktivity, péči o druhé a spoustu dalšího. Důležité je, že pro každého je touto aktivitou něco jiného. Snaha o jejich rozpoznání a následně i využití v terapii je pro ergoterapeuty typická. V České republice, na rozdíl od jiných států, není nástroj, který by jim usnadnil hodnocení těchto aktivit. Díky průzkumu literatury se podařilo nalézt dva hlavní nástroje zabývající se hodnocením zapojení do smysluplných aktivit. Jedná se o nástroj MAPA, který obsahuje výčet několika aktivit, kde lidé hodnotí, jak často se této aktivity účastní a jak je pro ně smysluplná a EMAS, který hodnotí zapojení do smysluplných aktivit obecně.

V rámci práce byl metodou zpětného překladu přeložen nástroj EMAS a poté vyzkoušen u šesti pacientů po CMP. Ukázalo se, že ne pro všechny pacienty je EMAS snadný k pochopení, jelikož se jedná o abstraktní otázky nutící pacienta k hlubšímu zamyšlení. Oproti tomu je v tomto ohledu nástroj MAPA jednodušší a pro pacienty v ČR snáz uchopitelný. Přesto je ale pro lidi více než prospěšné si své aktivity, jejich smysluplnost a vliv na kvalitu života více uvědomovat.

Vytvořením a testováním oficiální české verze EMASu by bylo možné validně vyhodnotit významy, které lidé přisuzují svým každodenním činnostem. Takové porozumění by mohlo podpořit intervence založené na zaměstnávání, jejichž cílem je zlepšit účast na smysluplných aktivitách, objasnit vztahy mezi smysluplnými aktivitami, zdravím a pohodou a usnadnit mezikulturní srovnání těchto konceptů.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AGUILAR, Alejandra, Christina BOEREMA a Jo HARRISON. Meanings attributed by older adults to computer use. *Journal of Occupational Science* [online]. 2010, **17**(1), 27-33 [cit. 2023-01-04]. ISSN 1442-7591. Dostupné z: doi:10.1080/14427591.2010.9686669

American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy in the Promotion of Health and Well-Being. *The American Journal of Occupational Therapy*[online]. 2020, **74**(3), 7403420010p1-7403420010p14 [cit. 2023-03-08]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2020.743003

American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2020, **74**(Supplement\_2), 7412410010p1-7412410010p87 [cit. 2023-04-21]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2020.74S2001

American Occupational Therapy Association. Statement—Fundamental Concepts of Occupational Therapy: Occupation, Purposeful Activity, and Function. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1997, **51**(10), 864-866 [cit. 2022-03-28]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.51.10.864

BARON, Haley, Natalie HAWRYLYSHYN, Samantha S. HUNT a Janette MCDUGALL. Understanding quality of life within occupational therapy intervention research: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2019, **66**(4), 417-427 [cit. 2023-03-08]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1111/1440-1630.12570

BAUM, C.M, EDWARDS, D. (2001) Activity Card Sort (ACS). *Test manual. Washington University School of Medicine, St. Louis.*

BAUM, Steven a Jr. Robert B. STEWART. Sources of Meaning through the Lifespan. *Psychological Reports* [online]. 1990, **67**(1), 3-14 [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.1.3

BORELL, Lena, Margarita MONDACA a Mark LUBORSKY. “Meaningful occupation” – challenges for occupational therapy research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2022, **29**(3), 257-258 [cit. 2023-03-06]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.1080/11038128.2021.1954996

BROŹEK, Agnieszka a Aleksandra TOKARZ. The Polish adaptation of the engagement in meaningful activities survey (EMAS). *Roczniki Psychologiczne* [online]. 2017, **20**(4), 913-929 [cit. 2022-11-01]. ISSN 15077888. Dostupné z: doi:10.18290/rpsych.2017.20.4-6en

BRYANT, Wendy, Jon FIELDHOUSE a Katrina BANNIGAN. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health, 5th Edition*. 5. Churchill Livingstone, 2014. ISBN 978-0-7020-4589-9.

*Canadian Occupational Performance Measure* [online]. © 2023 <https://www.thecopm.ca> [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://www.thecopm.ca>

CARSWELL, Anne, Mary Ann MCCOLL, Sue BAPTISTE, Mary LAW, Helene POLATAJKO a Nancy POLLOCK. The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004, **71**(4), 210-222 [cit. 2023-01-26]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/000841740407100406

CLARK, Florence A., Diane PARHAM a Michael E. CARLSON. Occupational Science: Academic Innovation in the Service of Occupational Therapy's Future. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1991, **45**(4), 300-310 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.45.4.300

CLARK, Florence. Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *JAMA* [online]. 1997, **278**(16), 1321-1326 [cit. 2023-02-08]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.1997.03550160041036

COOK, Glenda a Juliana THOMPSON. Purposeful activity. In: KAZER, Meredith Wallace a Kathy MURPHY. *Nursing Case Studies on Improving Health-Related Quality of Life in Older Adults*. New York: NY: Springer, 2015, s. 119-128. ISBN 9780826127037.

CREEK, Jennifer. *The Core Concepts of Occupational Therapy: A Dynamic Framework for Practice* [online]. 1. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010 [cit. 2023-02-24]. ISBN 9780857003621. Dostupné z: <https://ebookcentral-proquest-com.proxy.kib.ki.se/lib/ki/reader.action?docID=581454#>

CRENSHAW, Wendy, Mai Lee GILLIAN, Niki KIDD, Jenna OLIVO a Barbara A. Boyt SCHELL. Assisted Living Residents' Perspectives of Their Occupational Performance Concerns. *Activities, Adaptation & Aging* [online]. 2001, **26**(1), 41-55 [cit. 2023-01-26]. ISSN 0192-4788. Dostupné z: doi:10.1300/J016v26n01\_03

CRUYT, Ellen, Patricia DE VRIENDT, Miet DE LETTER, et al. Meaningful activities during COVID-19 lockdown and association with mental health in Belgian adults. *BMC Public Health* [online]. 2021, **21**(1) [cit. 2022-01-04]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-021-10673-4

Česká asociace ergoterapeutů [online]. Praha, © 2008–2023 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

EAKMAN, Aaron M. Measurement Characteristics of the Engagement in Meaningful Activities Survey in an Age-Diverse Sample. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **66**(2), e20-e29 [cit. 2022-01-04]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2012.001867



EAKMAN, Aaron M., Mike E. CARLSON a Florence A. CLARK. Factor Structure, Reliability, and Convergent Validity of the Engagement in Meaningful Activities Survey for Older Adults. *OTJR (Thorofare, N.J.)* [online]. Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2010, **30**(3), 111-121 [cit. 2022-11-01]. ISSN 1539-4492. Dostupné z: doi:10.3928/15394492-20090518-01

EAKMAN, Aaron M., Mike E. CARLSON a Florence A. CLARK. The Meaningful Activity Participation Assessment: A Measure of Engagement in Personally Valued Activities. *The International Journal of Aging and Human Development* [online]. 2010, **70**(4), 299-317 [cit. 2022-10-25]. ISSN 0091-4150. Dostupné z: doi:10.2190/AG.70.4.b

EAKMAN, Aron M. *A Reliability and Validity Study of the Meaningful Activity Participation Assessment*. Order No. 3278497 ed. United States -- California: University of Southern California, 2007 ProQuest Central. ISBN 978-0-549-23703-7.

EDEMEKONG, Peter, Deb BOMGAARS a Suresh SUKUMARAN. Activities of Daily Living. In: *StatPearls*[online]. Bethesda: StatPearls Publishing, 2022, 19.11.2022 [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

ERLANDSSON, Lena-Karin, Mona EKLUND a Dennis PERSSON. Occupational value and relationships to meaning and health: Elaborations of the ValMO-model. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, **18**(1), 72-80 [cit. 2023-02-22]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038121003671619

FEIGIN, Valery L, Benjamin STARK, Catherine Owens JOHNSON, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology* [online]. 2021, **20**(10), 795-820 [cit. 2023-04-20]. ISSN 14744422. Dostupné z: doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0

FERNÁNDEZ-SOLANO, Judit, Antonio MERCHÁN-BAEZA JOSE, Maria RODRIGUEZ-BAILÓN, Erna I. BLANCHE a Aron EAKMAN. Translation and Cultural Adaptation into Spanish of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *Occupational Therapy International* [online]. 2022, **2022**, 1-7 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1557-0703. Dostupné z: doi:10.1155/2022/4492582

FRANKL, Viktor Emil. *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Expanded edition. New York: Penguin Group, 2014. ISBN 978-0-14-218126-3

GOLDBERG, Bluma, E. Sharon BRINTNELL a Jack GOLDBERG. The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabled by Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2002, **18**(2), 17-44 [cit. 2022-01-04]. ISSN 0164-212X. Dostupné z: doi:10.1300/J004v18n02\_03

GOVENDER, Paran a Lalit KALRA. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. *Expert Review of Neurotherapeutics* [online]. 2014, **7**(8), 1013-1019 [cit. 2023-02-21]. ISSN 1473-7175. Dostupné z: doi:10.1586/14737175.7.8.1013

GUSTAFSSON, Louise a Kryss MCKENNA. Is There a Role for Meaningful Activity in Stroke Rehabilitation?. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. 2015, **17**(2), 108-118 [cit. 2022-11-23]. ISSN 1074-9357. Dostupné z: doi:10.1310/tsr1702-108

HALAMA, Peter. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. *Československá psychologie*. 2002, **46**(3), 265-276.

HALAMA, Peter. *Zmysel života z pohľadu psychológie: The meaning of life from the viewpoint of psychology*. 1. Bratislava: SAP, 2007. ISBN 978-80-8095-023-1.

HAMMELL, Karen Whalley. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*[online]. 2004, **71**(5), 296-305 [cit. 2023-01-11]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/000841740407100509

HAMMELL, Karen Whalley. Sacred Texts: A Sceptical Exploration of the Assumptions Underpinning Theories of Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2009, **76**(1), 6-13 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/000841740907600105HAGEDORN, Rosemary. *Foundations for practice in occupational therapy*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 0-443-05292-1.

HANNAM, Deborah. More than a cup of tea: Meaning construction in an everyday occupation. *Journal of Occupational Science* [online]. 1997, **4**(2), 69-73 [cit. 2023-01-04]. ISSN 1442-7591. Dostupné z: doi:10.1080/14427591.1997.9686423

CHERAGHIFARD, Moslem, Malahat AKBARFAHIMI, Akram AZAD, Aaron M. EAKMAN a Ghorban TAGHIZADEH. Validation of the Persian Version of the Engagement in Meaningful Activities Survey (EMAS) in an Iranian Stroke Population: Predictors of Participation in Meaningful Activities. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2022, **76**(4) [cit. 2022-11-01]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2022.046623

CHOI, Heesu, Nam SANGHUN a Ickpyo HONG. Item-Level Psychometric Properties of the Life Satisfaction Index-Z. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2021, **75**(Supplement\_2), 7512500057p1-7512500057p1 [cit. 2022-10-26]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2021.75S2-RP57

CHRASTINA, J. Scoping review: theoretical framework and methodological notes. In *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2019, vol. 9, no. 2, pp. 56-61. Available on: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2019-rocnik-9/cislo-2/scoping-review-teoreticky-ramec-a-metodologicke-poznamky>.

IBRAHIM, Syamsul Anwar Sultan a Akehsan DAHLAN. Engagement in Occupational Activities and Purpose in Life amongst Older People in the Community and Institutions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2015, **202**, 263-272 [cit. 2023-04-19]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi:10.1016/j.sbspro.2015.08.230

- JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. Koncepce oboru ergoterapie. In: *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2007 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: [https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce\\_oboru\\_ergoterapie.pdf](https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf)
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha, Česká republika: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KAPLAN, Cyril. *Představy o smrti a prožívaná smysluplnost života*. nám. Jana Palacha 2, 2012. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Loneková, Katarína.
- KAUFMAN, Sharon R. *The Ageless self: Sources of Meaning in Late Life*. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 1986. ISBN 0-299-10860-0.
- KIM, Junhyoung, May KIM, Areum HAN a Seungtae CHIN. The importance of culturally meaningful activity for health benefits among older Korean immigrant living in the United States. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* [online]. 2015, **10**(1), 1-8 [cit. 2022-11-23]. ISSN 1748-2631. Dostupné z: doi:10.3402/qhw.v10.27501
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- LACROIX, Pier-Anne, Anne-Julie PELLETIER, Marie-Pier BLONDIN, Ariane DUGAL, Claudine LANGLOIS, Mélanie LEVASSEUR a Nadine LARIVIÈRE. Traduction et validation du Questionnaire sur l'engagement dans les activités signifiantes. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2018, **85**(1), 11-20 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/0008417417702925
- LAI, Sue-Min, Subashan PERERA, Pamela W. DUNCAN a Rita BODE. Physical and Social Functioning After Stroke. *Stroke* [online]. 2003, **34**(2), 488-493 [cit. 2022-11-09]. ISSN 0039-2499. Dostupné z: doi:10.1161/01.STR.0000054162.94998.C0
- LAPADATU, Irina a Reg MORRIS. The relationship between stroke survivors' perceived identity and mood, self-esteem and quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation* [online]. 2017, **29**(2), 199-213 [cit. 2022-11-01]. ISSN 0960-2011. Dostupné z: doi:10.1080/09602011.2016.1272468
- MANSBACH, William E., Ryan A. MACE, Kristen M. CLARK a Isabella M. FIRTH. Meaningful Activity for Long-Term Care Residents With Dementia: A Comparison of Activities and Raters. *The Gerontologist* [online]. 2017, **3**(57), 461–468 [cit. 2023-01-11]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gnv694
- MARGETIS, John L., Jamie WILCOX, Chelsea THOMPSON a Nicole MANNION. Occupational Therapy: Essential to Critical Care Rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2021, **75**(2), 1-5 [cit. 2023-02-06]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2021.048827

MCKENNA, Stephen P. a Lynda C. DOWARD. The Translation and Cultural Adaptation of Patient-Reported Outcome Measures. *Value in Health* [online]. 2005, **8**(2), 89-91 [cit. 2023-01-27]. ISSN 10983015. Dostupné z: doi:10.1111/j.1524-4733.2005.08203.x

*Meaningful activities - occupational therapy services* [online]. Adelaide, South Australia, © 2023 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <http://www.meaningfulactivities.com.au>

MENNE, Heather L., Justin D. JOHNSON, Carol J. WHITLATCH a Sarah M. SCHWARTZ. Activity Preferences of Persons With Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* [online]. 2012, **36**(3), 195-213 [cit. 2023-01-11]. ISSN 0192-4788. Dostupné z: doi:10.1080/01924788.2012.696234

MEYER, Adolf. The philosophy of occupation therapy. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1922, 1.1: 1-10.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Metodický pokyn – Péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou* [online]. ©2021 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicky-pokyn-pecce-o-pacienty-s-akutni-cevni-mozkovou-prihodou-2021/>

NAM, Sanghun, Aaron M. EAKMAN a Suyeong BAE. Item-Level Psychometrics of the Meaningful Activity Participation Assessment (MAPA) Scale. *The International Journal of Aging and Human Development* [online]. 2022, **96**(3) [cit. 2023-02-24]. ISSN 0091-4150. Dostupné z: doi:10.1177/00914150221143956

NICHOLAS, Marjorie L., Kari BURCH, Julianne R. MITCHELL, Annie B. FOX, Carolyn M. BAUM a Lisa Tabor CONNOR. Self-Perception of Physical Function Contributes to Participation in Cognitively- and Physically-Demanding Activities After Stroke. *Frontiers in Neurology* [online]. 2020, **11**(474), 1-10 [cit. 2022-11-23]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: doi:10.3389/fneur.2020.00474

O' FLYNN, Pdraic, Roisin O' REGAN, Ken O' REILLY a Harry G KENNEDY. Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: implications for occupational therapists. *BMC psychiatry* [online]. England: BioMed Central, 2018, **18**(1), 16-16 [cit. 2022-11-01]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-018-1605-2

OWEN, Rebecca, Katherine BERRY, Laura J E BROWN a Patricia C HEYN. Enhancing Older Adults' Well-Being and Quality of Life Through Purposeful Activity: A Systematic Review of Intervention Studies. *The Gerontologist* [online]. 2022, **62**(6), e317-e327 [cit. 2023-01-11]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gnab017

PACAK-VEDEL, Anna, Morten CHRISTOFFERSEN a Lars LARSEN. The Danish Purpose in Life test-Short Form (PIL-SF): Validation and age effects. *Scandinavian journal of psychology* [online]. Oxford: Blackwell Publishers, 2021, **62**(6), 833-838 [cit. 2022-10-31]. ISSN 0036-5564. Dostupné z: doi:10.1111/sjop.12776

- PERGOLOTTI, Mackenzi, Malcolm P. CUTCHIN a Hyman B. MUSS. Predicting participation in meaningful activity for older adults with cancer. *Quality of Life Research*[online]. 2015, **24**(5), 1217-1222 [cit. 2023-02-24]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-014-0849-7
- PERSSON, Dennis a Lena-Karin ERLANDSS. Value Dimensions, Meaning, and Complexity in Human Occupation - A Tentative Structure for Analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2009, **8**(1), 7-18 [cit. 2023-02-22]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.1080/11038120119727
- PETRUSEVICIENE, Daiva, Deive SURMAITIENE, Daiva BALTADUONIENE a Egle LENDRAITIENE. Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer. *Occupational Therapy International* [online]. 2018, **2018**(6798697), 1-13 [cit. 2022-06-28]. ISSN 0966-7903. Dostupné z: doi:10.1155/2018/6798697
- PHINNEY, Alison. Family Strategies for Supporting Involvement in Meaningful Activity by Persons With Dementia. *Journal of Family Nursing* [online]. 2006, **12**(1), 80-101 [cit. 2023-01-11]. ISSN 1074-8407. Dostupné z: doi:10.1177/1074840705285382
- PRAT, Gemma, Arantxa RIBOT, Sílvia RECODER a Francisco MUÑOZ. Psychometric properties of the Spanish version of the Engagement in Meaningful Activities Survey in people with serious mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*[online]. 2019, **82**(12), 743-749 [cit. 2023-04-21]. ISSN 0308-0226. Dostupné z: doi:10.1177/0308022619856557
- RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A. TROMBLY LATHAM. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 7th International edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 9781451189216 and 1451189214
- REKER, G. T., WONG, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214–246). Springer Publishing Company. <http://www.drpaulwong.com/wp-content/uploads/2013/09/1988-Reker-Wong-Toward-a-theory-of-personal-meaning.pdf>
- RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.
- RYFF, Carol D., SINGER, Burton. *The role of purpose in life and personal growth in positive human health*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1998.
- SERFONTEIN, Lyndall, Mia Elsabie VAN SCHALKWYK a Marieta VISSER. Informal caregivers for stroke survivors: what does occupational therapy offer?. *South African Journal of Occupational Therapy* [online]. 2020, **50**(1), 49-51 [cit. 2022-11-23]. ISSN 00382337. Dostupné z: doi:10.17159/2310-3833/2020/vol50no1a8

SCHULENBERG, Stefan E. a Amanda M. A. MELTON. A Confirmatory Factor-Analytic Evaluation of the Purpose in Life Test: Preliminary Psychometric Support for a Replicable Two-Factor Model. *Journal of Happiness Studies* [online]. 2010, **11**(1), 95-111 [cit. 2022-11-20]. ISSN 1389-4978. Dostupné z: doi:10.1007/s10902-008-9124-3

SCHULENBERG, Stefan E., Lindsay W. SCHNETZER a Erin M. BUCHANAN. The Purpose in Life Test-Short Form: Development and Psychometric Support. *Journal of Happiness Studies* [online]. 2011, **12**(5), 861-876 [cit. 2022-11-20]. ISSN 1389-4978. Dostupné z: doi:10.1007/s10902-010-9231-9

SKEVINGTON, S.M., M. LOTFY a K.A. O'CONNELL. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* [online]. 2004, **13**(2), 299-310 [cit. 2023-02-20]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

SMITH, Nick, Ann-Marie TOWERS a Sinead PALMER. Being occupied: supporting 'meaningful activity' in care homes for older people in England. *Ageing and Society* [online]. 2018, **38**(11), 2218-2240 [cit. 2023-03-02]. ISSN 0144-686X. Dostupné z: doi:10.1017/S0144686X17000678

SMULL, Michael W.; BOURNE, Mary Lou; SANDERSON, Helen. Becoming a person centered system. *Building Person-Centered Organizations: Fulfilling the Promise of Person-Centered Planning*, 2009.

TIERNEY, Laura a Elizabeth BEATTIE. Enjoyable, engaging and individualised: A concept analysis of meaningful activity for older adults with dementia. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 2020, **15**(2) [cit. 2023-01-11]. ISSN 1748-3735. Dostupné z: doi:10.1111/opn.12306

TICHÁ, Renáta. Importance of Engagement in Activities of Daily Living. In: *Handbook on Community Living and Employment*. 1. Minnesota: Institute on Community Integration, University of Minnesota, USA and Life Route Foundation, Moscow, Russian Federation, 2019, s. 67-74.

TOMORI, Kounosuke, Hirofumi NAGAYAMA, Kanta OHNO, Ryutaro NAGATANI, Yuki SAITO, Kayoko TAKAHASHI, Tatsunori SAWADA a Toshio HIGASHI. Comparison of occupation-based and impairment-based occupational therapy for subacute stroke: a randomized controlled feasibility study. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2015, **29**(8), 752-762 [cit. 2022-11-03]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi:10.1177/0269215514555876

TOWNSEND, Elizabeth. *Good intentions overruled: A critique of empowerment in the routine organization of mental health services*. University of Toronto Press, 1998. ISBN 0-8020-7802-8.

TSE, Tamara, Jacinta DOUGLAS, Primrose LENTIN a Leeanne CAREY. Measuring Participation After Stroke: A Review of Frequently Used Tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2013, **94**(1), 177-192 [cit. 2022-11-23]. ISSN 00039993. Dostupné z: doi:10.1016/j.apmr.2012.09.002

TURNER, Annie a Auldeen ALSOP. Unique core skills: Exploring occupational therapists' hidden assets. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2015, **78**(12), 739-749 [cit. 2023-03-13]. ISSN 0308-0226. Dostupné z: doi:10.1177/0308022615601443

VACKOVÁ, Jitka. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2434-3.

VAN DER ZEE, Carlijn H., Johanna M. A. VISSER-MEILY, Eline LINDEMAN, L. JAAP KAPPELLE a Marcel W. M. POST. Participation in the Chronic Phase of Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* [online]. 2015, **20**(1), 52-61 [cit. 2022-11-09]. ISSN 1074-9357. Dostupné z: doi:10.1310/tsr2001-52

VOTAVA, Jiří. REHABILITACE OSOB PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ. *Neurologie pro praxi* [online]. Solen, 2001, **23**(4), 184 - 189 [cit. 2023-02-03]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>

WAN YUNUS, Farahiyah, Nuralia Fatiha AHMAD RIDHUWAN, Muhammad Hibatullah ROMLI a Andrea GL SSEL. The Perception of Allied Health Professionals on Occupational Therapy. *Occupational Therapy International* [online]. 2022, **2022**, 1-8 [cit. 2023-03-13]. ISSN 1557-0703. Dostupné z: doi:10.1155/2022/2588902

Washington State Department of Social and Health Services. *DSHS Form 10-637 Meaningful Activity Plan (MAP) Discovery - Washington* [online]. In: . 1.7.2019, s. 2 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/forms/pdf/10-637.pdf>

WILCOCK, Ann A. Special issue on occupation and occupation-focused practice. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2003, **50**(2), 53-53 [cit. 2023-01-11]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1046/j.1440-1630.2003.00364.x

WILD, Diane, Alyson GROVE, Mona MARTIN, Sonya EREMENCO, Sandra MCELROY, Aneesa VERJEE-LORENZ a Pennifer ERIKSON. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* [online]. 2005, **8**(2), 94-104 [cit. 2022-11-20]. ISSN 10983015. Dostupné z: doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

*World Federation of Occupational Therapists*. [online]. © 2023 wfot.org., 2012 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

World Health Organization. *WHOQOL: Measuring Quality of Life* [online]. ©2023 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>

ZHANG, Longfei, Jingkai LIN, Kai LIU, Yan CAI a Dongbo TU. Factor structure and psychometric properties of the purpose in life test (PIL) in a sample of Chinese college students: An application of confirmatory factor analysis and item response theory. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)* [online]. 2021, 1-20 [cit. 2022-11-20]. ISSN 1046-1310. Dostupné z: doi:10.1007/s12144-021-02356-5



## 6 SEZNAM ZKRATEK

AA – alergologická anamnéza

ACM – arteria cerebri media

ADL – všední denní činnosti (angl. Activities of Daily Living)

AJOT – The American Journal of Occupational Therapy

AOTA – American Occupational Therapy Association

CIMT – Constraint Induced Movement Therapy

CMP – cévní mozková příhoda

COPM – Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (angl. Canadian Occupational Performance Measure)

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

ČR – Česká republika

DKK – dolní končetiny

EMAS – Engagement in Meaningful Activities Survey

EMAS-P – Persian version of Engagement in Meaningful Activities Survey

FA – farmakologická anamnéza

FIM – Funkční míra nezávislosti

HK – horní končetina

iADL – instrumentální všední denní činnosti

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

KRL – Klinika rehabilitačního lékařství

LF – lékařská fakulta

LHK – levá horní končetina

MAP – Meaningful Activity Plan

MAPA – Meaningful Activity Participation Assessment

MAPA-F – Meaningful Activity Participation Assessment – Frequency

MAPA-M – Meaningful Activity Participation Assessment – Meaningfulness

MHD – městská hromadná doprava

MOHO – Model Of Human Occupations

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NO – nynější onemocnění

OA – osobní anamnéza  
pADL – personální všední denní činnosti  
PANat – Pro-aktivní léčebná Aplikace v Neurorehabilitaci  
PHK – pravá horní končetina  
PIL – Purpose in Life test  
PIL – SF – Purpose in Life test Short form  
PIL-10 - Purpose in Life test verze 10  
QOL – Quality of life  
SA – sociální anamnéza  
SF-36 - Dotazník kvality života Short Form  
ŠPA – školní a pracovní anamnéza  
TA – toxikologická anamnéza  
UK – Univerzita Karlova  
UKAŽ – centrální vyhledávač Univerzity Karlovy od A do Ž  
ValMo – Value and Meaning in Occupations  
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice  
WFOT – World Federation of Occupational Therapists  
WHO – World Health Organization

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Kazuistika č. 1

Příloha č. 2 Kazuistika č. 2

Příloha č. 3 Kazuistika č. 3

Příloha č. 4 Kazuistika č. 4

Příloha č. 5 Kazuistika č. 5

Příloha č. 6 Kazuistika č. 6

Příloha č. 7 WHOQOL-BREF – vzor

Příloha č. 8 Informovaný souhlas pacienta – vzor

## 8 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1 - Kazuistika č. 1

- Žena, \*1978

#### ANAMNÉZA

- **NO:** spastická levostranná hemiparéza, plegie LHK status post i CMP v povodí ACM vpravo 6/2022, post-stroke deprese.
- **OA:** arteriální hypertenze, jinak žádné úrazy ani operace.
- **AA:** alergii na léky neguje.
- **TA:** nekouří, nepije.
- **FA:** Prenessa 4mg, Godasal 100mg, Atoris tbl. 40mg, Nolpaza 40mg, Itakem 10mg.
- **ŠPA:** sociální pracovnice, nyní v pracovní neschopnosti.
- **SA:** vdaná, 3 děti (16,13,9).
  - o Bytová situace: žije s manželem a dvěma dětma (nejstarší je na internátě) v bytě ve druhém patře bez výtahu.
    - Bariéry v interiéru neudává.
    - Bariéry v exteriéru: schody do druhého patra bytu (zvládne se supervizí), nerovný terén v přírodě, kopce.
- **Předchozí rehabilitace:** hospitalizace ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, rehabilitace v Ústřední vojenské nemocnici (zde zahájení léčby spasticity), poté Kladruby tři měsíce.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** četba, poslech hudby.
- **Kompenzační pomůcky:** vycházková hůl, samo zavazovací tkaničky, židlička na koupání.
- **Mobilita:** pohybuje se samostatně na kratší vzdálenosti a po bytě, na delší vzdálenosti s oporou o jednu vycházkovou hůl, schody se supervizí druhé osoby.

- **Soběstačnost:**
  - pADL: pacientka připraví jednodušší jídlo, ale krájení ji dělá potíže. Má pomalejší tempo při oblékání, je nutná dopomoc při zapínání zipů. Osobní hygienu provádí pravou rukou, culík si neudělá. Přesuny a koupání ve vaně zvládá samostatně, potřebuje supervizi při chůzi do schodů. Je kontinentní.
  - iADL: zvládá menší nákupy, platí samostatně kartou i penězi. Doma dělá menší úklid, potřebuje ale často odpočívat. Pečuje o tři děti, o domácnost se stará spolu s manželem. Většinou ji vozí manžel autem, chce se věnovat jízdě MHD. Léky bere samostatně.
  - FIM: 111/126
- **HHK:** dominantní PHK, patologie na LHK.
  - Vzhled: spastická hemiparéza, flekční držení lokte, pronační držení akra, subluxace ramenního kloubu.
  - Citlivost: hypestezie akrálně, na paži normostezie.
  - Končetina je plegická bez aktivního a funkčního využití (neprovede žádný typ úchopu, neprovede aktivní pohyby).
- **Kognitivní funkce:** bez větších problémů, pomalejší psychomotorické tempo, zvýšená unavitelnost.
- **Psychosociální funkce:** z vyšetření psychologem vyplývá mírná úzkostná a depresivní symptomatika, doporučuje systematickou psychoterapii v místě bydliště.

#### VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v odpočinkové místnosti, pacientka leží na lůžku. V průběhu hodnocení do místnosti vchází ještě další člověk.
- Subjektivně se cítí unavená. Dotazníky ale přesto vyplňovat chce, ale v leže a formou rozhovoru.
- Objektivně: soustředěnost kolísá v průběhu hodnocení, výrazný pokles na konci dotazníku. Odráží se to i na volených odpovědích.

#### WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny

- Celkově kvalitu svého života hodnotí respondentka jako dobrou, ale se svým zdravím je nespokojena.

- **Fyzické zdraví:** 22/35, 13, 56
  - V doméně fyzického zdraví je respondentka nejvíce limitována únavou a nedostatkem energie. Bolest ji omezuje středně v tom, co potřebuje dělat. Pohybuje se dobře, ale je nespokojena se svou schopností provádět každodenní aktivity. S pracovním výkonem je ale spokojena. Lékařskou péči potřebnou k tomu, aby mohla běžně fungovat, potřebuje jen trochu.
- **Psychické zdraví:** 18/30, 12, 50
  - Život respondentku těší středně, ale smysl svého života vnímá velký. Soustředit se dokáže středně. Respondentka spíše nedokáže akceptovat svůj tělesný vzhled a sama se sebou je nespokojena. Někdy prožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.
- **Sociální vztahy:** 9/15, 12, 50
  - Respondentka je velmi spokojena s podporou, kterou ji poskytují přátelé, ale je nespokojena se svými osobními vztahy a sexuálním životem.
- **Životní prostředí:** 26/40, 13, 56
  - Prostředí, ve kterém žije, hodnotí respondentka jako středně bezpečné a středně zdravé. Je nespokojena s podmínkami v místě, kde žije. Spíše nemá dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Většinou má přístup k potřebným informacím a má možnost věnovat se svým zálibám. S dostupností zdravotní péče a dopravou je spokojena.

## EMAS

- **Denní režim:** pacientka vstává okolo osmé hodiny a poté, vzhledem k velké únavě, odpočívá, podílí se na chodu domácnosti, uklízí a vaří oběd, po obědě dělá se synem úkoly, kouká na televizi a jde brzy spát. Výjimečně jde na oslavu, nebo rodinnou sešlost.
  - Z těchto aktivit, které respondentka uvedla, ji dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší rehabilitace, poté podílení se na chodu domácnosti a vaření.
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a vždy (5) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: odrážejí to, jaký jsem člověk a

přinášejí mi potěšení.

- Odpověď občas (3) volena více než v polovině případů 7/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, dávají mi pocit úspěchu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.
- **Závěr:** velkou limitací je únava. Pacientka je nespokojená se svou situací a snaží se dělat vše pro to, aby se zlepšilo její fyzické zdraví. To ji přináší dobrý pocit ze sebe samotné, cítí se poté více kompetentní a práce na fyzickém zdraví je pro ni velmi smysluplnou činností. Stejně tak jako to, že se může zapojit do domácnosti a pomáhat. Psychicky by ale potřebovala zpracovat na sebezpřijetí a aby znovuobjevila i věci, které má ráda a které ji baví a měla z nich a ze sebe radost.
- **Poznámky:** prostředí, ve kterém vyšetření probíhalo nebylo ideální. Bylo by vhodné odmítnout pacientčinu volbu dělat dotazníky v odpočinkové místnosti, ještě spolu s další osobou. Únava měla velký vliv na to, jak pacientka odpovídala, vyšetření budilo dojem, že nad otázkami nechce moc přemýšlet a chce mít testování rychle za sebou. Opakovaně jí bylo připomínáno, že je možné testování přesunout na jindy, až se bude cítit lépe, ale odmítala. Respondentka hodnotila dotazník jako srozumitelný a neměla ani žádné poznámky k otázkám v průběhu vyšetření, ale mohlo to být dáno únavou a nesoustředěností. Některé otázky byly opakovány a čteny dvakrát.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: zvýšení soběstačnosti, jízda MHD, nakupování, seberozvoj.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - Přístup ADL: opakovaný trénink, cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního, zápěstí, péče o jizvu, stimulace/reedukace citlivosti, prodloužený strečink, nácvik úchopů, aktivních pohybů, využití robotiky: Amadeo, prvky Bobath konceptu, PANat, PNF pro lopatku a HK, senzorická stimulace, Mirror terapie, trénink fatických funkcí, kognitivních funkcí s využitím CogniPlus.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF

- Pokračování ve cvičení s cílem zlepšit ADL – hlavně oblékání, péče o domácnost, transport a nakupování. Pravidelné protahování, léčba spasticity. Pokračování fyzioterapie i ergoterapie, cvičení jsou pro pacientku velmi smysluplná.

- Zaměření se na vaření, které je pro pacientku důležité a snaha jeho usnadnění (výběr vhodných kompenzačních pomůcek).
- Většina cílů se týká zlepšování na fyzické úrovni. Je to pochopitelné vzhledem k tomu, že je pacientka kvůli své fyzické disabilitě omezena ve spoustě činností. Vhodné by bylo ale i posilování v psychické sféře. Terapie by bylo dobré cílit i na definování osobních hodnot a cílů a sestavení podrobného plánu, jak jich může dosáhnout. Sloužit by k tomu mohl například model CARE a nástroje, které nabízí. (Metoda CARE je univerzální rehabilitační metoda, použitelná v širokém spektru různých zařízení a služeb, která se zaměřuje v první řadě na zlepšení kvality života, převzetí odpovědnosti sám za sebe a začlenění do komunity).
- Vyhradit si čas na to vést podrobnější rozhovor o aktivitách pacientky a zjistit záliby, koníčky a probrat možnosti aktivit, které slouží k péči o duševní zdraví. Zkusit navrhnout vyzkoušení koníčků, které měla před příhodou.
- Věnovat se vztahům pacientky s blízkými lidmi, jelikož je to oblast, se kterou je nespokojena. Sestavit cíle i v této oblasti a plán k naplnění těchto cílů.
- Kompenzační strategie při únavě, dělání si častějších přestávek, krájení v sedě apod.
- Řízené relaxace, dechová cvičení, Feldenkreisova metoda, prvky tance v terapii, muzikoterapie.



## Příloha č. 2 - Kazuistika č. 2

- Muž, \*1971

### ANAMNÉZA

- **NO:** iCMP 7/2019 - pravostranná hemiparéza středně těžká, dystonie PHK.
- **OA:** do CMP se s ničím neléčil.
- **AA:** alergii na léky neguje.
- **FA:** Trombex, Mertenil, Pantoprazol.
- **TA:** nyní nekouří (kouřil deset let), alkohol příležitostně.
- **ŠPA:** vystudovaná vysoká škola (Technika a ekonomika), práce v účetnictví, management, dříve osoba výdělečně činná.
- **SA:** rozvedený, dcera (24let).
  - o Bytová situace: žije sám ve druhém patře domu s výtahem.
    - Bariéry v interiéru ani exteriéru neudává.
- **Předchozí rehabilitace:** hospitalizace ve Fakultní nemocnici Motol, poté Kladruby, Ergoaktiv, stacionář KRL.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** dříve sporty (volejbal, basketbal, jachting) a četl literaturu, nyní na to nemá náladu, nepamatuje si, co četl.
- **Kompenzační pomůcky:** molitanový míček, ježek.
- **Bolest** neguje.
- **Mobilita:** pohybuje se samostatně i na delší vzdálenosti, schody zvládá.
- **Soběstačnost:**
  - o pADL: pacient je soběstačný ve všech pADL, problémy mu dělá zapínání knoflíků a střihání nehtů na LHK.
  - o iADL: soběstačný ve všech iADL, doma ale nevaří, ani více neuklízí.
  - o FIM 108/126

- **HHK:** dominantní PHK, patologie na PHK
  - Vzhled: končetina je v neustálém pohybu – přítomna dystonie a při cílených pohybech a manipulaci s předměty přítomen třes
  - Rozsahy pohybů jsou plné aktivní i pasivní, provede válcový, kulový a s obtížemi i špetkový a pinzetový úchop. Neprovede klíčový a tužkový úchop
    - neobratná manipulace s předměty, vypadávají z ruky, slabší síla stisku
  - Citlivost: hluboké cití normostezie, akrum hypestézie taktilního cití
  - Pacient píše levou rukou, pravou zapojovat chce, ale nejde mu to, vykonává vše levou rukou. Pravá končetina je nekoordinovaná a je přítomen třes.
- **Kognitivní funkce:** v pásmu podprůměru vzhledem k věku, oslabení paměti a exekutivních funkcí, zabíhavé myšlení, náhled zachován.
- **Psychosociální funkce:** psychomotorické tempo v normě, pozornost udrží během celého vyšetření, lehce odbíhá od tématu, ale uvědomí si to sám.  
Z vyšetření psychologem se ukazuje zhoršená nálada – depresivní až úzkostné symptomy.

#### VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře.
- Objektivně: přichází pozitivně naladěm, pozornost udržel v průběhu obou dotazníků.

#### WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny

- Celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, ale se svým zdravím je nespokojen.
- **Fyzické zdraví:** 24/35, 14, 63
  - Bolest respondenta omezuje jen trochu v tom, co potřebuje dělat. Nepotřebuje lékařskou péči k tomu, aby mohl běžně fungovat. Pro každodenní život má středně energie. Pohybovat se nedokáže ani dobře ani špatně. Není ani spokojen ani nespokojen se svou schopností provádět každodenní aktivity. S pracovním výkonem je nespokojen. Se spánkem je spokojen.
- **Psychické zdraví:** 16/30, 11, 44
  - Respondenta život těší trochu a trochu se mu zdá, že má jeho život smysl.

Soustředit se dokáže jen trochu. Sám se sebou respondent není spokojen ani nespokojen. Svůj tělesný vzhled dokáže akceptovat středně. Někdy prožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.

- **Sociální vztahy:** 10/15, 13, 56
  - Respondent je spokojen s podporou, kterou mu poskytují přátelé, i se svými osobními vztahy. Je nespokojen se svým sexuálním životem.
  
- **Životní prostředí:** 29/40, 15, 69
  - Prostředí, ve kterém žije, hodnotí respondent jako středně bezpečné a hodně zdravé. Většinou má dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Většinou má přístup k potřebným informacím. Spíše nemá možnost věnovat se svým zálibám. S dostupností zdravotní péče, s podmínkami v místě, kde žije a s dopravou je spokojen.

## EMAS

- **Denní režim:** výrazně se liší dle toho, jestli se jedná o den, kdy jede do Prahy, nebo den volna. Do Prahy jezdí tři až čtyři dny v týdnu a jsou to dny, kdy je respondent produktivní. Vstává v sedm hodin, zabalí si a jede do Prahy, po cestě si dá snídani. Jde do práce, kde je co nejdéle, klidně i přesčas. Kolem šesté večer se vrací a po vybalení a hygieně jde maximálně číst noviny, ale kolem sedmé usíná. Oproti tomu dny, kdy nemá práci, jsou velmi prázdné, pouze leží v posteli, snaží se alespoň jednou denně jíst, ale pocit hladu nemá nikdy. Občas si čte noviny, o víkendu chodí na oběd k matce a dceři.
  - Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší práce, poté pravidelné obědy. Třetí aktivitu nedokázal uvést.
  
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a vždy (5) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: vyjadřují mou kreativitu a mé osobní hodnoty.
  - Odpověď občas (3) volena více než v polovině případů 8/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, odrážejí to, jaký jsem člověk.

- **Závěr:** pacient sám uvádí, že jediná aktivita, kterou dělá, je práce. Ta je pro něj velmi smysluplná a důležitá. Pokud ale není v práci, své dny nedokáže naplnit ničím a pouze leží v posteli (vyjma návštěv u rodiny). Tento životní styl nyní měnit nechce, nebo neví jak. Nic ho nebaví a netěší.
- **Poznámky:** překvapivá byla odpověď na první otázku: aktivity, které dělám mi pomáhají starat se o sebe, kde uvedl odpověď většinou (4) – přitom respondent nenakupuje, nevaří, neuklízí a nestará se o sebe tak, jak by se očekávalo, že bude, když odpovídá „většinou.“ Na konci dotazníku respondent uvedl, že pokud by to bral jako vyložene péči o sebe, označil by menší číslo. On ale mezi aktivity, které dělá, počítá jen své zaměstnání, a to ho živí, a tak má pocit, že se o sebe díky němu stará.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: procházky, více aktivit během dne, alespoň jedno jídlo denně
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Pacient dochází na kliniku již dlouhou dobu, zde se zaměřovali na terapii kognitivních funkcí, na terapii ruky, přístup ADL i zaměření na volnočasové aktivity a vyplnění dne.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF

- Opětovné zaměření ergoterapie na oblast volnočasových aktivit a smysluplného trávení volného času. Zmapování zájmů, které pacient má/měl a rozšíření obzoru v tomto ohledu – co by ho mohlo zaujmout/bavit dělat. Tyto terapie již probíhaly na klinice, ale bylo by vhodné znovu nabídnout pacientovi zamyšlení se nad tím, co by mohl rád dělat. K tomu by bylo možné využít model MOHO a nástroje z něj vycházející.
- Pravidelná návštěva psychoterapeuta či psychologa, vzhledem k depresivním a úzkostným symptomům a stavům apatie, které se u pacienta vyskytují.

### Příloha č. 3 - Kazuistika č. 3

- Žena, \*1944

#### ANAMNÉZA

- **NO:** 14.10. 2020 iCMP, ischemie pravého thalamu a hippocampu, lehká levostranná hemiparéza a hemihyestezie.
- **OA:** hypertenzní nemoc, hyperlipoproteinemie, st. p. totální kyčelní endoprotéze vpravo, osteosyntéza levé klavikuly.
- **SA:** vdova, nyní žije s přítelem. Má dva syny a vnoučata.
  - Bytová situace: žije v rodinném domě v přízemí s přítelem. Má sprchový kout se sedačkou, madla a protiskluzové podložky v koupelně. U vstupu do domu jsou tři schody.
  - Bariéry v exteriéru ani interiéru neuvádí.
- **PA:** střední škola s maturitou, nyní starobní důchod.
- **FA:** Euthyrox, Agen, Stacyl, Rivotril, Neuronti, Baclofen, Atoris.
- **AA:** na léky neguje.
- **TA:** nekuřačka, alkohol nepije, často pije kávu.
- **Předchozí rehabilitace:** Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Kladruby, denní stacionář na KRL 1.LF UK.
- **Bolest** neguje.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** háčkování, plavání, procházky, čtení, kulturní akce.
- **Kompenzační pomůcky:** madla v koupelně, sedačka do vany.
- **Mobilita:** pohybuje se samostatně na kratší i delší vzdálenosti, nejistota při otočkách a rychlém pohybu.
- **Soběstačnost**
  - pADL: pacientka zvládá samostatně přesuny, koupání, osobní hygienu, toaletu, oblékání, sebesycení i chůzi, pouze vnímá pomalejší tempo při zapínání

knoflíků a při jídle.

- iADL: samostatně zvládá všechny iADL, v autě je vždy jen spolujezdkyně.
- FIM: 121/126
- **HHK:** dominantní PHK, patologie na LHK
  - Vzhled: bez známek patologie, pouze občas mimovolný pohyb pátého prstu.
  - Citlivost: Hypestezie taktilního čítí až anestezie akrálně (riziko úrazu, stříhnutí se nůžkami apod.).
  - Aktivní rozsahy neomezeny na obou HK, přítomna spasticita ve flexorech lokte.
  - Úchopy zvládá všechny, potřeba kontroly zrakem, pomalejší tempo.
- **Kognitivní funkce:** z psychologického vyšetření vyplívá, že výkonnost pacientka se s ohledem na věk a dosažené vzdělání pohybuje v pásmu širší normy.
- **Psychosociální funkce:** přiměřené psychomotorické tempo. Náhled na obtíže má pacientka zachován, nejeví se depresivní či úzkostné symptomy.

VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit.

- **Prostředí:** dotazníky jsou vyplňovány s pacientkou v odpočinkové místnosti denního stacionáře u stolu, celou dobu bez vyrušení.
- Subjektivně se cítí dobře.
- Objektivně: spolupráce je dobrá, pacientka je velmi ochotná a milá.

WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny

- Celkově kvalitu svého života hodnotí respondentka jako velmi dobrou a se svým zdravím je také velmi spokojena.
- **Fyzické zdraví:** 31/35, 18, 88
  - Respondentka své fyzické zdraví hodnotí velmi kladně. Bolest ji vůbec neomezuje, lékařskou péči pro běžné fungování také vůbec nepotřebuje. Má zcela dostatek energie pro každodenní život. Svou schopnost pohybovat se hodnotí jako dobrou. Se svým pracovním výkonem i se schopností provádět běžné činnosti je spokojena. Se spánkem je také spokojena.
- **Psychické zdraví:** 26/30, 17, 81
  - Život respondentku těší maximálně, stejně tak vnímá jeho smysl. Soustředit se

dokáže hodně. Respondentka zcela dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled a sama se sebou je spokojena. Někdy prožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.

- **Sociální vztahy:** 13/15, 17, 81
  - Respondentka je velmi spokojena s podporou, kterou ji poskytují přátelé, stejně tak se svými osobními vztahy. Se sexuálním životem není spokojena ani nespokojena.
- **Životní prostředí:** 36/40, 18, 88
  - V každodenním životě se cítí hodně bezpečně a prostředí, ve kterém žije, vnímá jako maximálně zdravé. Je velmi spokojena s podmínkami v místě, kde žije. Má zcela dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Zcela má přístup k potřebným informacím. Možnost věnovat se svým zálibám má středně. S dostupností zdravotní péče je zcela spokojena a dopravou je spokojena.

## EMAS

- **Denní režim:** každý den má naplněn trochu jinak, ale každé ráno se jde před snídaní projít na boso po trávě. Poté si dá snídani a čte zprávy na internetu. Dopoledne připravuje oběd. Ráda háčkuje a chodí plavat. Další aktivity jsou: cvičení, káva s kamarádkami, čas s vnučkou, procházky Prahou, divadlo, akademie třetího věku atd.
  - Z těchto aktivit, které respondentka uvedla, ji dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší káva s kamarádkami, poté plavání a cvičení.
- EMAS – 46/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **76,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a zřídka (2) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď občas (3) volena v polovině případů 6/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: mi pomáhají dosáhnout něčeho, co mi dává pocit úspěchu, pomáhají ostatním lidem.
  - Odpověď Vždy (5) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, přinášejí mi potěšení, mi přinášejí pocit uspokojení, mají tu správnou míru výzvy.
- **Závěr:** pacientka je velmi vitální, bere život s lehkostí, je vděčná za to, že je na tom tak, jak je a má pozitivní přístup ke svému životu. Ve svém životě je spokojená, trápí

ji jen to, že má pouze středně možnost věnovat se svým zálibám, a to především kvůli zhoršené stabilitě a levé ruce. Přesto se ale snaží zapojovat do všech aktivit. Se sexuálním životem není spokojena ani nespokojena, ale jinak je se svými osobními vztahy maximálně spokojena.

- **Poznámky:** s pacientkou byla dobrá spolupráce. Dotazník WHOQOL BREF měla vyplněný rychle, nemusela se déle zamýšlet, věděla vždy jednoznačnou odpověď. S dotazníkem EMAS to bylo o něco horší, musela déle přemýšlet nad odpověďmi. Zarazila se hned u první otázky: *aktivity, které dělám mi pomáhají starat se o sebe*. Okomentovala to, že asi dělá vše pro sebe, jako třeba plavání, a zaškrtnula pětku. Na konci uváděla, že otázky v EMASu byly náročnější v tom, že nebyly snadno uchopitelné, ale vyplnit se daly.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: upravit citlivost levé ruky a pohyb malíčku levé ruky, aby mohla dělat věci, co má ráda, naplno.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Dříve se v terapiích zaměřovali hlavně na reedukaci citlivosti, která se nedařila. Nyní jsou terapie pouze výjimečně a jsou zaměřeny hlavně na řešení co pacientce doma funguje, co nefunguje, navrhnou se možné kompenzace a strategie.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF

- Není již na místě věnovat se reedukaci citlivosti, i když by si ji pacientka přála navrátit, ale vhodné by bylo pokračovat v zavedených kontrolních setkáních, věnovaných momentálním potřebám pacientky. I když nemá problémy přijmout svůj stav, stále je nespokojená s tím, že nemůže dělat naplno své koníčky, což je ale naprosto pochopitelné. Z výsledků dotazníků vyplývá, že terapie jsou úspěšné a dobře nastavené, pacientka je spokojená ve většině oblastech svého života.
- Pravidelná fyzioterapie zaměřená na stabilitu a balanční reakce by pacientce mohla umožnit ještě kvalitnější zapojení do oblíbených aktivit.
- Vzhledem k obtížím pacientky v oblasti sexuálního života by mohla být prospěšná intervence psychologa, se kterým by toto téma mohla blíže otevřít, ale z vyšetření není jasné, jak velké téma to pro pacientku je.



## Příloha č. 4 - Kazuistika č. 4

- Muž, \*1970

### ANAMNÉZA

- **NO:** 12/2021 iCMP, levostranná hemiparéza spastická.
- **OA:** diabetes mellitus II. typu, hypertenzní nemoc, hyperlipidémie, žádné předchozí operace či úrazy, coxalgie, omalgie bilaterálně.
- **SA:** je ženatý, má dvě děti.
  - o Bytová situace: žije s rodinou v rodinném domě, před domem je pět schodů, ve sprše má sedačku, ale nevyužívá ji.
  - o Bariéry v exteriéru ani interiéru neudává.
- **ŠPA:** střední škola s maturitou (ekonomie), osoba výdělečně činná – jednatel společnosti (reality a úvěry).
- **FA:** Trombex, Glyclada, Pantoprazoi, Rosucard, Prestarium, Tresiba.
- **TA:** kouří IQOS (15/den), jednou denně pivo a káva.
- **AA:** acylpirin, kiwi.
- **Předchozí rehabilitace:** Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, poté Kladruby, denní stacionář KRL 1.LF UK a VFN.
- **Bolest LHK** v lokti při pohybu, bolest kolen a kyčle.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** dříve tai-chi, četba, procházky (ujde kolem pěti km), plavání, zahradničení.
- **Kompenzační pomůcky:** vycházková hůl (využívá doma i venku), peroneální ortéza.
- **Mobilita:** pohybuje se samostatně s využitím jedné vycházkové hole.
- **Soběstačnost:** pacient je soběstačný ve všech ADL, pro jejich provedení jen potřebuje více času (koupání, knoflíky).
  - o pADL: pacient zvládá samostatně sebesycení (jí hlavně levou rukou), přesuny, toaletu, koupání (zde má potíže při mytí DKK) a oblékání (potíže se zapínáním

- knoflíků). Při stříhání nehtů druhé ruky potřebuje asistenci druhé osoby.
- iADL: péči o domácnost a přípravu jídla zajišťuje manželka. Nakupuje společně s manželkou. Vedení domácnosti zvládá, telefon ovládá pravou rukou, léky bere samostatně. Řídí auto.
- FIM:118/126
- **HHK:** dominantní PHK, patologie na LHK
  - Vzhled: ruka je volně podél těla, přítomen mírný otok prstů.
  - Citlivost: normostezie povrchového i hlubokého cití, hyperstezie konečku prstů.
  - Funkční rozsahy provede v minimální kvalitě.
  - Přítomna spasticita, výrazně snížená svalová síla LHK.
  - Provede všechny typy úchopů, ale drobné úchopy s velkými obtížemi, narušena koordinace a manipulace.
- **Vyšetření kognitivních funkcí:** kognitivní výkonnost se s ohledem na věk a dosažené vzdělání pohybuje na průměrné úrovni.
- **Psychosociální funkce:** přiměřené psychomotorické tempo. Mírné projevy desinhibice v průběhu psychologického vyšetření. Náhled na obtíže má pacient zachován, nejeví se depresivní či úzkostné symptomy.

#### VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře, jen má „unavené končetiny“ po terapii.
- Objektivně: na začátku je v dobrém rozpoložení. Chce mít vyplňování rychle hotové, nepřemýšlí dostatečně nad otázkami. Hodně komentuje jednotlivé položky, že jsou to „blbé“ otázky apod.

#### WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny.

- Celkově kvalitu svého života nehodnotí respondent ani jako dobrou, ani špatnou a se svým zdravím také není ani spokojen, ani nespokojen.
- **Fyzické zdraví:** 20/35, 11, 44
  - Bolest ho trochu omezuje v tom, co potřebuje dělat, lékařskou péči pro běžné fungování potřebuje středně. Spíše nemá dostatek energie pro každodenní život. Svou schopnost pohybovat se hodnotí jako špatnou. Se svým pracovním

výkonem je spokojen, se schopností provádět běžné činnosti není spokojen ani nespokojen. Se spánkem je nespokojen.

- **Psychické zdraví:** 20/30, 13, 56
  - Život respondenta těší středně, středně vnímá i jeho smysl. Soustředit se dokáže hodně. Většinou dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled a sám se sebou není spokojen ani nespokojen. Středně často prožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.
- **Sociální vztahy:** 9/15, 12, 50
  - Respondent není ani spokojen, ani nespokojen s podporou, kterou mu poskytují přátelé, stejně tak se svými osobními vztahy, a i se sexuálním životem.
- **Životní prostředí:** 29/40, 15, 69
  - V každodenním životě se cítí středně bezpečné a prostředí, ve kterém žije, vnímá jako středně zdravé. Většinou má dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Středně má přístup k informacím potřebným pro jeho každodenní život. Možnost věnovat se svým zálibám většinou má. S dostupností zdravotní péče je spokojen, s dopravou je spokojen. Je spokojen s podmínkami v místě, kde žije.

## EMAS

- **Denní režim:** liší se vždy množstvím práce, obvykle ale jede do práce ráno, často má klienty na různých místech a dojíždí za nimi autem. Kolem poledne má oběd, po kterém odpočívá a jde na procházku. Večer kouká na televizi. Často dojíždí za lékaři. Občas vaří, peče vánočky, cvičí tai-či, chodí za kulturou (divadla, koncerty).
  - Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší tai-či, poté divadlo a na třetím místě čas s přáteli.
- EMAS – 51/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **85 %**.
  - Odpověď nikdy (1), zřídka (2) a občas (3) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď většinou (4) – 9/12
  - Odpověď Vždy (5) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, mi pomáhají dosáhnout něčeho, co mi dává pocit úspěchu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní.

- **Závěr:** pacient se svým životem není úplně spokojen, největší problémy vidí v nedostatku energie a v tom, jak se pohybuje. Nyní se mu zhoršil i spánek. Přesto vnímá, že všechny aktivity, které dělá, jsou většinou nebo vždy smysluplné, protože mají nějaký význam.
- **Poznámky:** spolupráce byla na začátku dobrá, postupně se ale zhoršovala. Bylo mu nepříjemné vyplňovat WHOQOL-BREF. Když si nebyl jistý, kterou odpověď vybrat, více se nad tím nezamýšlel. U EMASu mu přišlo, že všechny otázky jsou si podobné a ptají se na to samé. Na konci testování řekl, že mu test připadá zbytečně, protože vše, co dělá, pro něj má smysl.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: znovu hrát na kytaru, jezení vidličkou, plavání, četba.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního a zápěstí, stimulace citlivosti, prodloužený strečink, trénink funkce HK, repetitivní trénink aktivních pohybů zadaných v rámci autoterapie, kontrola zadaného cvičení. Snaha o lepší zapojení palce do rozevírání ruky. Pacient provádí polohování HK a chlazení pro zmírnění otoku. Zapojení LHK do aktivit – úchopy, nácvik sebesycení vidličkou. Terapie s využitím PANat dlah. Instruktaž k prodlouženému strečinku v domácím prostředí.

## Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF

- Pro pacienta není potřeba soustředit se na hledání aktivit, které by pro něj měly smysl – ten pro něj má všechno, co dělá, bylo by dobré se zaměřit spíše na jeho subjektivní pocit pohody a vnímání celého smyslu života. K tomu by mohla pomoci i podpůrná psychoterapie, kde by mohl ventilovat své vnitřní pocity a probrat i potíže s osobními vztahy.
- Aktivní cvičení tai-či, které ho bavilo a přijde mu smysluplné, by mohlo prospět jeho vnímanému smyslu pohody. Dobré by bylo přijmout nabídku, kterou nyní dostal na klinice – předcvičovat tai-či dalším lidem po CMP.

## Příloha č. 5 - Kazuistika č. 5

- Muž, \*1955

### ANAMNÉZA

- **NO:** atypické krvácení do frontálního laloku vlevo 4/2021, pravostranná hemiparéza.
- **OA:** arteriální hypertenze, totální endoprotéza pravého kolene.
- **AA:** alergii na léky neguje.
- **TA:** exkuřák (15let), alkohol příležitostně.
- **FA:** Prenessa, Agen.
- **ŠPA:** střední škola strojní, stavbyvedoucí, nyní ve starobním důchodu.
- **SA:** rozvedeny, dvě dospělé děti, má přítelkyni.
  - o Bytová situace: žije sám v bytě ve čtvrtém patře s výtahem, pět schodů před domem.
    - Bariéry v interiéru ani exteriéru neudává.
- **Předchozí rehabilitace:** Ústřední vojenská nemocnice, KRL, Kladruby, CIMT stacionář na KRL 1.LF UK a VFN.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** jízda na kole, hra na kytaru.
- **Kompenzační pomůcky:** vycházková hůl.
- **Mobilita:** chůze s oporou o vycházkovou hůl.
- **Soběstačnost:**
  - o pAD: plně soběstačný, výkon trvá jen delší dobu.
  - o iAD: soběstačný, potřebuje pomoc při stříhání nehtů.
  - o FIM: 115/126
- **HHK:** dominantní PHK, patologie na PHK.
  - o Vzhled: flekční držení v lokti, akrálně se objevuje otok.
  - o Citlivost: v normě.

- Funkční rozsahy provede, problémy s drobnými úchopy, pocit neobratnosti ruky, snížená síla PHK, podepíše se s obtížemi PHK.
- **Kognitivní funkce:** v pásmu nižšího průměru.
- **Psychosociální funkce:** psychomotorické tempo v normě, spolupráce dobrá.

#### VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit

- **Prostředí:** vyšetřování probíhalo v klidné tiché místnosti, celou dobu jsme nebyli rušeni.
- Subjektivně se cítí dobře, chce oba dotazníky vést formou rozhovoru.
- Objektivně: pacient je dobře naladěný. Zprvu tvrdí, že chce mít vyšetření rychle za sebou, v průběhu se žene k dalším otázkám. Ke konci působí více uvolněně.

#### WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny

- Celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, a se svým zdravím je spokojen.
- **Fyzické zdraví:** 27/35, 15, 69
  - Bolest omezuje respondenta trochu v tom, co potřebuje dělat. Lékařskou péči potřebnou k tomu, aby mohl běžně fungovat, potřebuje jen trochu. Většinou má dostatek energie pro každodenní život. Pohybuje se dobře, je spokojen se svou schopností provádět každodenní aktivity i s pracovním výkonem (i když již nepracuje). Se spánkem není spokojen ani nespokojen.
- **Psychické zdraví:** 25/30, 17, 81
  - Život respondenta těší hodně, zdá se mu, že jeho život má smysl maximálně. Dokáže se maximálně soustředit. Respondent dokáže středně akceptovat svůj tělesný vzhled a sám se sebou není spokojen ani nespokojen. Nikdy neprožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.
- **Sociální vztahy:** 13/15, 17, 81
  - Respondent je velmi spokojen se svými osobními vztahy i s podporou, kterou mu poskytují přátelé. Se svým sexuálním životem není ani spokojen, ani nespokojen.
- **Životní prostředí:** 29/40, 15, 69
  - Prostředí, ve kterém žije, hodnotí respondent jako hodně bezpečné a zdravé. Je

spokojen s podmínkami v místě, kde žije. Spíše nemá dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Spíše nemá možnost věnovat se svým zálibám. Má zcela přístup k potřebným informacím. S dostupností zdravotní péče a dopravou je spokojen.

## EMAS

- **Denní režim:** pacient vstává okolo osmé hodiny, dopoledne věnuje přípravě oběda. Odpoledne se věnuje práci kolem domu (sekání dřeva, řezání dřeva), večer se dívá na televizi, sleduje politické dění apod. Občas navštěvuje divadlo. Velmi rád jezdí na kole (to od příhody ještě nezkoušel) a hraje na kytaru.
  - Z těchto aktivit, které respondent uvedl, mu dobrý pocit ze sebe sama na prvním místě přináší rehabilitace, poté hraní na kytaru a jízda na kole.
- EMAS – 41/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **68,3 %**.
  - Odpověď nikdy (1) a vždy (5) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: jsou oceňovány ostatními lidmi, pomáhají ostatním lidem.
  - Odpověď občas (3) – aktivity, které dělám: vyjadřují mou kreativitu, přispívají k tomu, že se cítím kompetentní, mi pomáhají vyjádřit mé osobní hodnoty.
  - Odpověď většinou (4) – volena 7/12.
- **Závěr:** pacient se snaží být za každé okolnosti optimisticky naladěný, maximálně vnímá smysl svého života a život ho těší, okolí ho velmi podporuje. Jakékoliv negativní myšlenky okamžitě vytěšňuje a je se vším rychle hotov. Ve většině oblastech života je spokojen. Vzhledem k současnému stavu ale nemá dostatečnou možnost věnovat se svým zálibám, především jízdě na kole, a pro svůj běžný život trochu potřebuje lékařskou podporu a mírně ho omezuje bolest.
- **Poznámky:** obecně se pacientovi dotazník líbil a uváděl, že je dobré se nad tím zamýšlet, ale některé položky EMASu mu přišly nejednoznačné a potřeboval by je více specifikovat, aby se mohl dobře zamyslet nad odpovědí. Například pocit kontroly: nad čím – nad sebou? Nad situací? Nevěděl, jak pojmout a jak si to dobře představit. Při dotazu na denní režim odpověděl velmi stroze a nechtěl dál tuto oblast rozvádět.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: zlepšení jemné motoriky, hra na kytaru, jízda na kole, krájení nožem.

- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Cílená ergoterapie ruky: techniky měkkých tkání, mobilizace pletence ramenního a zápěstí, stimulace citlivosti, prodloužený strečink, trénink funkce HK: krájení, odemykání dveří, hra na kytaru, psaní, izolovaný pohyb ukazováku na klávesnici (enter + shift), dynamický prstový úchop tužky s pohybem, zvedání svazku klíčů, krájení jídelním nožem s rozšířeným úchopem, odemykání dveří klíčem, psaní s nástavcem na tužku.

#### **Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF**

- Rozhovor s pacientem o jeho denním režimu – co za den dělá a jak důležité pro něj určité aktivity jsou. Nejspíš je to pro pacienta citlivé téma, jelikož se nyní nemůže věnovat svým oblíbeným činnostem (hra na kytaru, jízda na kole). Vést rozhovor o alternativních možnostech, kompenzačních pomůckách, nebo se zaměřit v terapii cíleně na to, aby postupně mohl začít své koníčky provozovat.
- Zaměření se na oblast ADL pro rychlejší kvalitnější provedení.



## Příloha č. 6 - Kazuistika č. 6

- Muž, \*1982

### ANAMNÉZA

- **NO:** iCMP 7/2021 – faciobrachiální paréza vpravo, dysartrie, hemiparéza PHK.
- **OA:** arteriální hypertenze, inguinální hernie, operace menisku levého kolene.
- **AA:** alergii na léky neguje.
- **TA:** kuřák (IQOS), alkohol příležitostně.
- **FA:** Agen, Godasal, Indapamid, Piramil, Torvarard
- **RA:** matka hypertenze.
- **ŠPA:** vzdělání střední s výučním listem, automechanik, řidič sanitky, nyní pracovní neschopnost.
- **SA:** svobodný, má dvě děti školního věku. Občas navštěvuje děti, nemají střídavou péči.
  - Bytová situace: bydlí sám se psem v činžovním domě ve třetím patře.
    - Bariéry v interiéru ani exteriéru neudává.
- **Předchozí rehabilitace:** Fakultní Thomayerova nemocnice.
- **Denní režim:** viz vyšetření pomocí EMAS.
- **Zájmy:** cestování, dříve tenis, vycházky se psem.
- **Kompenzační pomůcky:** nemá.
- **Mobilita:** pohybuje se samostatně bez pomůcky.
- **Soběstačnost:**
  - pADL: nezávislý ve všech pADL.
  - iADL: dělá vše samostatně (nákup, léky, řídí auto, domácí práce, funkční komunikace, vedení domácnosti, péče o psa, příprava jídla). Při přípravě jídla má problémy s krájením.
  - FIM: 120/126

- **HHK:** dominantní PHK, patologie na PHK
  - Vzhled: lehké Wernick-Mannovo držení PHK.
  - Aktivní rozsahy jsou omezeny hlavně u prstů a palce, pasivně protažitelné.
  - Končetina je neobratná, vážne fáze uchopení a sevření ruky, síla stisku je v normě, normostezie všech kvalit cití.
- **Kognitivní funkce:** v pásmu průměru.
- **Psychosociální funkce:** spolupracuje dobře, psychomotorické tempo v normě.

#### VYŠETŘENÍ DOTAZNÍKY – kvalita života, zapojení do smysluplných aktivit

- **Prostředí:** vyšetření probíhá v klidné a tiché místnosti bez vyrušení další osobou.
- Subjektivně se cítí dobře, vyplňování chce mít rychle odbyté.
- Objektivně: pacient je velmi energický, přímý – co na srdci to na jazyku. Pozornost udržel dobrou po celou dobu dotazování.

#### WHOQOL BREF: hodnocení kvality života za poslední dva týdny

- Celkově kvalitu svého života hodnotí respondent jako dobrou, se svým zdravím není ani spokojen, ani nespokojen.
- **Fyzické zdraví:** 27/35, 15, 69
  - Bolest vůbec nebrání respondentovi v tom, co potřebuje dělat. Lékařskou péči k tomu, aby mohl běžně fungovat, potřebuje jen trochu. Většinou má dostatek energie pro každodenní život. Pohybovat se nedokáže ani dobře ani špatně. Není ani spokojen ani nespokojen se svou schopností provádět každodenní aktivity i s pracovním výkonem. Se spánkem je velmi spokojen.
- **Psychické zdraví:** 25/30, 17, 81
  - Život respondenta těší středně, ale zdá se mu, že jeho život má maximální smysl. Soustředit se dokáže maximálně. Respondent většinou dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled a sám se sebou je spokojen. Někdy prožívá negativní pocity, jako je úzkost, beznaděj a deprese.
- **Sociální vztahy:** 14/15, 19, 94
  - V oblasti osobních vztahů je spokojen. S podporou, kterou mu poskytují přátelé i se svým sexuálním životem je velmi spokojen.

- **Životní prostředí:** 34/40, 17, 81
  - Pro prostředí, ve kterém žije, hodnotí respondent jako hodně bezpečné a hodně zdravé. Je velmi spokojen s podmínkami v místě, kde žije. S dostupností zdravotní péče a dopravou je velmi spokojen. Většinou má dostatek peněz pro uspokojení svých potřeb. Většinou má přístup k potřebným informacím. Věnovat svým zálibám se může středně.

## EMAS

- **Denní režim:** dle pacienta je režim různorodý, podle toho, jakou má náladu, a proto nelze popsat konkrétně. Většinou po snídani vyvenčí psa, udělá menší úklid, dá si oběd, sleduje televizi. Další aktivity, které dělá, jsou chození do divadla, plavání, vířivka, návštěva kina, výlety.
  - Z těchto aktivit, které respondent uvedl, nedokáže vybrat ty, které mu přináší dobrý pocit ze sebe sama, dle jeho slov záleží na náladě, kterou ten den má. Uvedl jen plavání, ale další nechtěl uvádět z výše zmíněného důvodu.
- EMAS – 37/60. Zapojení do smysluplných aktivit: **61,7 %**.
  - Odpověď nikdy (1) nezvolena ani jednou.
  - Odpověď zřídka (2) – aktivity, které dělám: pomáhají ostatním lidem.
  - Odpověď občas (3) - 5/12.
  - Odpověď většinou (4) – aktivity, které dělám: odrážejí to, jaký jsem člověk, vyjadřují mou kreativitu, mají tu správnou míru výzvy.
  - Odpověď vždy (5) – aktivity, které dělám: mi pomáhají starat se o sebe, mi přinášejí potěšení, mi přinášejí pocit uspokojení.
- **Závěr:** pacient je člověk, který se soustředí na to, aby v životě dělal hlavně to, co ho těší. Má dobré sociální zázemí a okolí, které ho podporuje. Vnímá velký smysl svého života, ale těší ho jen středně. Není úplně spokojený s tím, jak je na tom nyní fyzicky a že se nemůže plně účastnit všech aktivit, co by rád. Přes jeho tvrzení, že všechno, co dělá, má smysl, zapojení do smysluplných aktivit v dotazníku vyšlo pouze 61 %. Z dotazníku i z rozhovoru vyplývá, že pro pacienta je smysluplné to, co ho baví a nejde mu už tolik o to, jaký vliv mají jeho aktivity na okolí, nebo jak činnosti vyjadřují jeho osobní hodnoty.
- **Poznámky:** pacient rozuměl dobře všem otázkám v dotazníku, přišly mu jednoznačné a dobře pochopitelné. Zmiňoval se ale, že všechny věci pro něj mají smysl, jinak by je

nedělal, a proto pro něj dotazník není úplně vhodný. Nechápal, proč dotazník dělám zrovna s ním, když nad těmito věcmi by se měl zamýšlet úplně každý zdravý člověk.

## CÍLE A PLÁNY

- Cíl pacienta: zlepšení funkce PHK, lepší cílení pohybů.
- Terapie probíhající na KRL 1.LF UK a VFN
  - o Cílená ergoterapie ruky: mobilizace pletence ramenního, mobilizace akra, uvolňování spasticity, protažení svalů ruky, měkké techniky, mičkování, kartáčování, stimulace citlivosti. ADL aktivity: krájení, ...

## **Další doporučení po přihlédnutí na výsledky dotazníku EMAS a WHOQOL BREF**

- Věnování se zlepšení fyzické kondice, jelikož je to oblast, se kterou není úplně spokojen – aby se pacient cítil jistěji v provádění činností, které mu dělají radost a mohl jejich repertoár rozšiřovat.
- V rámci ergoterapie by bylo možné vést rozhovor o tom, jak a zda je možné pacienta podpořit v tom, aby ho život více těšil. Zda jsou jeho občasné negativní pocity způsobeny nemocí, potížemi ve věnování se zálibám, nebo právě tím, že to, co dělá, nemá větší přesah, který by ho mohl naplňovat a případně společně s ním přijít na aktivity, které tento přesah mají.
- Tam, kde kompetence ergoterapeuta končí, by mohl navázat psycholog, jehož intervence by byla pro pacienta také vhodná.

## KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

### WHOQOL-BREF (krátká verze)

#### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

## **Příloha č. 8 - Informovaný souhlas pacienta – vzor**

### **Informovaný souhlas**

Název bakalářské práce: Možnosti a hodnocení smysluplné aktivity v rámci ergoterapeutické intervence

Smysluplná aktivita je hlavním terapeutickým prostředkem ergoterapeutů. Ve své bakalářské práci se věnuji představení nástrojů na hodnocení smysluplné aktivity, jeden z nich překládám a zkouším jeho použitelnost v běžné praxi ergoterapeuta v ČR. Tento dotazník zjišťuje, jak moc jsou lidé zapojeni do aktivit, které pro ně mají smysl. Toto zjištění pomůže nejen ergoterapeutům k lepšímu nastavení cílů a plánů, ale i pacientům více přemýšlet nad svými aktivitami.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: