

## 1. Úvod

Problematika rehabilitace osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu (CMP), je v dnešních dnech velmi aktuální. Počet osob, které mozkovou příhodu přežijí a čekají je další roky života, se zvyšuje úměrně s úrovní lékařské péče.

*„Dle Světové zdravotnické organizace po celém světě utrpí cévní mozkovou příhodu patnáct miliónů lidí každý rok. Z nich pět miliónů zemře a dalších pět miliónů je permanentně postiženo.“* (<http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>, 2010-10-10)

Tito lidé se po akutní léčbě chtějí vrátit do svých domovů. Sociální a zdravotní situace některých z nich, však návrat do domácího prostředí neumožňuje. Jsou proto umístováni do náhradních zařízení, kde z pohledu ergoterapie nelze dosáhnout smysluplného a samostatného života.

Místo ergoterapie v rámci rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, je právě v podpoře těchto osob žít i nadále samostatný a naplňující život.

Umožnit klientovi účelné zaměstnávání, je jedním z podstatných a základních stavebních kamenů ergoterapie a nese s sebou velký smysl pro duševní i fyzickou kondici jedince.

*„Ergoterapie nahlíží na zaměstnávání v činnosti jako na základní lidskou potřebu. Příležitosti a zdroje činnosti by měly být dostupné všem lidem, protože zaměstnání je potřebné pro přežití, zdraví a well – being.“* (Townsend, Polatajko, 2007)

Důležité je vhodné zvolení činnosti, tak aby přinášela smysl pro klienta. V tomto terapeutům pomáhají různé vyšetřovací a hodnotící metody. Jedním z hodnocení s širokou škálou využitelnosti je Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (Canadian Occupational Performance Measure - COPM). Vychází z Přístupu zaměřeného na klienta a od tradičních metod se liší právě zaměřením na vlastní priority a přání klienta. Jeho vytvoření podnítil dokument Toward Outcome Measures in Occupational Therapy z roku 1987, který formuloval kritéria, jež by měla být při hodnocení výkonu zaměstnávání dodržena.

Tvůrci COPM následovali celistvý Přístup zaměřený na klienta a dále vycházeli z Kanadského modelu zaměstnávání. Tyto přístupy budou popsány níže.

V této práci jsem se zaměřila na sběr dat souvisejících s COPM na využití a dopad COPM na činnost ergoterapeuta a jeho následnou spolupráci s klientem po cévní mozkové příhodě.

## 2. Specifika rehabilitace klientů po cévní mozkové příhodě

*„Počet cévních mozkových příhod v rozvinutých zemích klesá a to hlavně díky úsilí o snížení krevního tlaku a omezení kouření. Nicméně, celková míra cévních mozkových příhod zůstává vysoká v důsledku stárnutí populace.“*

(<http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>, 2010-10-10)

Lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, tvoří početnou skupinu klientů vyžadujících akutní a kontinuální rehabilitaci. Technická výbava pracoviště a informovaný personál je nezbytnou složkou celého procesu zotavení a návratu do společnosti.

*„Postižení mozku na vaskulárním podkladě je z 80% ischemické (malacie) a z 20% hemoragické (mozková hemoragie, subarachnoidální krvácení a arteriovenózní malformace)... CMP je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie.“* (Seidl, Jobenberger, 2004)

Stav nadcházející po cévní mozkové příhodě přináší širokou a různorodou škálu komplikací, které se promítají do celého života klienta a zahrnují více problémových oblastí. Fyzické postižení může být lokalizované (parézy a plegie jednotlivých svalů) či ovlivňující celkový pohyb jedince (ztráta rovnováhy a koordinace, závrať). Postižení kognitivních funkcí se projevuje nejčastěji jako potíže s mluvou, čtením, počítáním, psaním a pamětí. Postižena může být též celková orientace klienta. Defekt mozku může v důsledku ovlivnit též funkci zraku.

(<http://www.strokecenter.org/patients/warning.htm>, 2010-10-10)

*„CMP je nejvíce invalidizujícím chronickým onemocněním. Zvláště proto, že její následky postihují prakticky veškeré funkce: motorické funkce celkově, chuť, kapacitu zvládnout personální a instrumentální aktivity všedního dne, náladu, řeč, vnímání a kognici.“* (Mayo, 1999)

Proto musí být rehabilitační péče ucelená a musí brát v úvahu celkovou situaci jedince ve všech ohledech jeho života.

Zdravotnický personál by neměl opomínat též sekundární následky cévní mozkové příhody a její dopad na celkovou situaci klienta. Velkým problémem, který zneprůjemňuje život jedince a negativně ovlivňuje výsledky zdravotnické intervence je deprese, která poměrně často následuje mozkovou příhodou. Deprese výrazně ovlivňuje kvalitu života klienta, proto tento aspekt nesmí být opomíjen ani ze strany ergoterapeutů, jak tvrdí Chiung – Yu Huang (2010).

Studie, zabývající se právě příčinami a dopadem deprese následující mozkovou příhodou, určuje jako hlavní indikátory špatného mentálního stavu hlavně nedostatečnou společenskou podporu, problém ve funkčním výkonu a neodpovídající kvalitu života. Sociální či společenská podpora je pro klienta, který se nachází ve stavu trvalého stresu nezbytná. Společně s nespokojeností s vlastním životem a výkonem zhoršuje průběh rehabilitace i aktuální výkon klienta. (Chiung-Yu Huang, 2010)

Dosažení kvalitního života pro klienta je velký cíl veškeré intervence.

Dle Pfeiffera (2007) by léčebný proces a následná rehabilitace měla být výsledkem spolupráce celého multidisciplinárního týmu, který skloubí diagnostické, terapeutické, chirurgické i konzervativní postupy (neurolog, internista, kardiolog, odborník disponující moderními zobrazujícími technikami, okulista, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovník, laboratoř).

Všichni tito odborníci koordinují svou činnost a směřují snažení ke společnému cíli.

*„Od počátku je nutno řešit další osud postiženého z hlediska sociálního a pokud je v pracovním věku, tak i jeho začlenění do pracovního prostředí.“* (Pfeiffer, 2007)

Během své praxe jsem se setkala s mnoha odlišnými obrazy následných obtíží. Velké rozdíly byly samozřejmě patrné u pravostranných a levostranných mozkových příhod, ale také u příhod ischemických a hemoragických. Ale ani dva případy stejnostranné mozkové příhody stejného typu nemusí mít shodné spektrum a míru obtíží. U každého klienta bylo třeba využít jiných metod, zaměřit se na rozdílné problémové oblasti a aplikovat individuálně zvolený program intervence.

Právě správně zvolená intervence je klíčem k úspěšné terapii. Je proto podstatné přesně vystihnout cíle a priority každého klienta tak, aby sám shledával terapii přínosnou a smysluplnou.

Veškerá intervence, by měla směřovat k dosažení kvalitního života pro klienta ve všech oblastech jeho výkonu a působení.

*„Kvalita života je definována jako individuální dojem jedince, týkající se jeho pozice v životě v kulturním a hodnotovém kontextu jeho života a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Kvalita života zahrnuje tělesnou i duševní dimenzi a deprese je zdůrazňována jako důležitý výstup po cévní mozkové příhodě. Špatné výsledky zdržují rehabilitaci a prodlužují návrat fyzických i kognitivních funkcí.“*

(Chiung-Yu Huang, 2010)

### 3. Přístup zaměřený na klienta

Přístup zaměřený na klienta (CCP) jde ruku v ruce s moderní formou rehabilitace. Názor, že klient je středobodem veškeré intervence a celý proces rehabilitace by se měl odvíjet od individuálních potřeb klienta, je stále rozšířenější. Zvláště, co se týká ukotvení v teoretických přístupech. Avšak nároky praxe a nové trendy vyžadují důležitost převedení do běžné komunikace a spolupráce klienta s pomáhajícím personálem.

*„Pracovat v rámci přístupu zaměřeného na klienta zahrnuje náhled na klienta „tam, kde se momentálně nachází“, pokud jde o klientem udávané potřeby a přání, úroveň motivace a/nebo rozumění a náhled na problémy ve výkonu zaměstnávání, které klient v současné době má či může mít v budoucnu.“ (Fisher, 2009)*

CCP považuje klienta za nejpodstatnější komponentu jakékoli intervence. (Sumsion, 1999)

Jedná se o celistvý přístup, který prostupuje celý terapeutický proces. V rámci CCP klient spolupracuje se zdravotnickým personálem a dohromady usilují o dosažení společného cíle.

Ergoterapeutům může tento model poskytnout oporu a vodítko k řešení problémů klienta ve výkonu zaměstnávání a v tvorbě rámce terapie. Právě smysluplná aktivita, která je nástrojem i cílem ergoterapie, je úzce spjata s individualitou jedince. Smysluplný a plnohodnotný život obsahuje aktivity a hodnoty specifické pro každého jedince a právě tyto požadavky a nároky mohou být směrníci ergoterapeutické intervence.

*„Zaměstnávání je velmi osobní záležitost; zaměstnávání je jedinečné. Všichni lidé potřebují zaměstnání. Aktivity, které jedince zaměstnávají, jsou specifické stejně jako zkušenost jedince s danou aktivitou.“ (Townsend, Polatajko, 2007)*

Přístup zaměřený na klienta zahrnuje pět následujících fází.

**Doporučení** – Tento krok zprostředkuje úvodní setkání terapeuta s klientem. Nejedná se o určení cílů terapie, ale spíše o návrhy determinované klientem a terapeutem. Správné porozumění podstaty situace a pochopení návrhů je základ k pokračování intervence.

**Hodnocení a sběr dat** – Sběr informací a objasnění důvodu a jádra intervence. Diskuze o náhledu klienta na současnou situaci, cíle a přání. Touhy a požadavky klienta nemusí být vždy v souladu s prvotním názorem terapeuta.

*„Terapeut diskutuje o náhledu klienta na potíže, pro které byly vzneseny doporučení, cíle a přání týkající se změn.“ (Sumsion, 1999)*

Jako nástroj pro sběr dat a následnou diskuzi může být Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání, které je v souladu s CCP.

Tento krok může zahrnovat též diskuzi o CCP. Vysvětlení přístupu, který může být pro klienta nový (zvláště, co se týká rovné spolupráce mezi zdravotníkem a klientem), podpoří spolupráci a orientaci klienta v intervenci.

**Určení cílů klientem** – Terapeut a klient znovu diskutují dříve zmíněné potíže a výstupy. Terapeut se ujistí, zda klient dostal všechny potřebné informace a své situaci i souvisejícím okolnostem (možnostem a limitacím) rozumí v nejvyšší možné míře. Na tomto základě klient stanoví své cíle a zvolí metody intervence.

**Spolupráce k dosažení cílů** – Terapeut a klient usilují o dosažení stanovených cílů. Terapeut poskytuje odborné znalosti a též působí jako výchovný a podpůrný prvek v případech komplikací. Je vhodné provádět průběžná hodnocení a po dosažení stanovených cílů opakovat celý proces. Terapeut musí dbát na zachování partnerského vztahu a zároveň uvažovat i ostatní terapeutická hlediska.

**Hodnocení** – Hodnocení je podobné jako u tradičních přístupů. Podstatným rozdílem však je, že zahrnuje i názor a pohled klienta. Jako výstupní či průběžné hodnocení je možné využít COPM. (Sumsion, 1999)

Na ergoterapeuta je během intervence kladeno mnoho nároků. Jedním způsobem obrany je vytvoření jakési rezistence vůči těmto tlakům, což může učinit práci pro ergoterapeuta rutinní a systematickou a tím dále ohrožit úspěšnost intervence. Alternativní přístupy poskytují ergoterapeutovi vodítko k tomu být bdělý a zaměřený na jádro problému. CCP také posiluje vyrovnaný a oboustranně odpovědný vztah mezi ergoterapeutem a klientem. Rozdělení odpovědnosti a zdravý vztah podporuje dobrou psychickou kondici ergoterapeuta a tím nepřímo i výsledky celé intervence. Klient se rozhoduje na základě informací, které mu jsou podány. Tyto informace musí být celistvé a srozumitelné.

*„Partnerský vztah, který je klíčovou složkou Přístupu zaměřeného na klienta, nemůže nastat, dokud se toto zapojení nestane základem intervence.“ (Sumsion, 1999)*

Terapeuti si musí uvědomovat svou profesionalitu, potřeby a hranice během navazování kontaktu s klientem. Vztah, vzájemná důvěra a respekt nejsou závislé na osobních pocitech terapeuta. Pokud terapeut necítí hluboký vztah ke klientovi, stále pro něj může udělat mnoho pozitivního. Ergoterapeut, kladoucí důraz na denní aktivity a neformální aspekty, může využít této příležitosti k vyvinutí terapeutického vztahu s klientem. (Palmadottir, 2006)



#### **4. Model výkonu zaměstnávání**

Model výkonu zaměstnávání (Model of occupational performance) tvoří základ Přístupu zaměřeného na klienta. Jedná se o čistě ergoterapeutický model, který byl vytvořen Kanadskou asociací ergoterapeutů (CAOT) ve spolupráci s Národním oddělením zdraví a sociální podpory (Department of National Health and Welfare). Model byl představen v roce 1982 a poté byl dvakrát revidován a to v letech 1983 a 1997, kdy byl přejmenován na Kanadský model výkonu zaměstnávání. (Sumsion, 1999)

Model výkonu zaměstnávání staví jedince do středu tří vzájemně se ovlivňujících sfér. Tyto sféry působí na jedince a přímo ovlivňují jeho výkon. Jsou to: prostředí (sociální, fyzické a kulturní), oblasti výkonu a komponenty výkonu. Základním bodem, ke kterému směřuje ergoterapeutická intervence je oblast výkonu, jež obsahuje aktivity sebeobsluhy, produktivity a volného času. Komponenty výkonu jsou individuální schopnosti a vlastnosti jedince a tvoří centrální část modelu. Jsou to aspekty fyzické, kognitivní, psychické a sociokulturní. (Sumsion, 1999)

Podstata zdravého jedince je právě v rovnováze komponent výkonu a ve vyvážené interakci s oblastmi výkonu a prostředím.

Model zmiňuje faktory, které ovlivňují výkon jedince, a vyzdvihuje důležitost zohlednění těchto faktorů během intervence.

## 5. Kanadský model výkonu zaměstnávání

Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP - Canadian model of occupational performance) vznikl v roce 1997 transformací z původního Modelu výkonu zaměstnávání.

Vznikl jako výstup procesů podniknutých Kanadskou asociací ergoterapeutů a stal se jedním z hlavních prvků současné ergoterapeutické praxe. (Hemphill – Pearson, 2008)

*„CMOP je sociální model, který umísťuje jedince do socio-environmentálního kontextu spíše než uvažování prostředí mimo klienta.“* (Sumsion, 1999)

Model vyzdvihuje důležitost vzájemné interakce mezi klientem a okolním prostředím. Tato interakce je dynamická a přizpůsobuje se vzniklým změnám. Pro ergoterapeuta je přínosné uvažovat tyto změny i to, jak mohou ovlivnit klienta a koordinovat je s průběhem intervence.

Kanadský model výkonu zaměstnávání tvoří základ Přístupu zaměřeného na klienta a slouží jako výchozí bod ke Kanadskému hodnocení výkonu zaměstnávání. Správné rozumění všem komponentům CMOP je podstatné pro následnou aplikaci tohoto přístupu a hodnocení. Pokud ergoterapeut chápe jednotlivé komponenty, může správně rozpoznat problémové oblasti a učinit rozhodnutí týkající se intervence.

**Oblasti výkonu** (komponenty zaměstnávání) – Oblasti výkonu zahrnují aktivity všedního dne (ADL - activity of daily living), produktivitu a volný čas. ADL jsou činnosti, které jedinec vykonává rutinně a slouží k zajištění zdraví, duševní i tělesné pohody. Produktivita zaštiťuje aktivity, které jedinec vykonává, aby podpořil sebe, rodinu či společnost a to skrze statky či služby (nerozlišuje placené či dobrovolné aktivity). Produktivita zajišťuje jedinci pocit, že je potřebný a prospěšný. Do volného času spadají aktivity, které přinášejí jedinci pocit radosti a které nespádají do kategorie ADL ani produktivita.

**Komponenty výkonu** – Do komponent výkonu spadají tři oblasti, které vzešly ze čtyř původních komponent prvotního modelu zaměstnávání (duševní, psychické, fyzické a socio-kulturní). Tyto nově vyčleněné oblasti jsou ve vzájemné interakci a jsou to

emocionální, fyzické a kognitivní komponenty výkonu. Právě na komponenty výkonu směřuje ergoterapeut vyšetření a terapii (v souvislosti s prostředím a oblastmi výkonu). Emocionální složka je nejvíce proměnná. Jako nástroj hodnocení a vodítko k terapii může sloužit právě COPM, vystavené na zmiňovaných modelech. Výsledky COPM do značné míry ovlivňuje právě emocionální rozpoložení a přání klienta, které jiné standardizované hodnotící škály neberou v úvahu.

*„Duševní rozpoložení je ve skutečnosti součástí všech složek modelu. Je součástí jedince, formovaná prostředím a dodává smysl aktivitě.“ (Sumsion, 1999)*

**Prostředí** – Kanadský model zaměstnávání oproti klasickému modelu, který uvažuje kulturní, fyzické a sociální prostředí, zmiňuje ještě ekonomické, právní a politické prostředí. Tyto oblasti však blíže nedefinuje.

(Sumsion, 1999)

U klientů po cévní mozkové příhodě dochází ke změnám v těchto komponentech. Jaké změny nastanou, záleží na rozsahu a charakteru následků příhody. Jedinec nalézá nový způsob života a reorganizuje a přizpůsobuje ho nárokům změněných komponent. Ergoterapie se odvíjí od holistického pohledu na klienta a při poskytování intervence ergoterapeut uvažuje veškeré komponenty života jedince.

Sesterský model CMOP, který se nazývá The Person – Environment – Occupation model (PEO) nabízí odlišné uspořádání těchto složek. PEO klade výkon zaměstnávání do středu intervence a považuje ho za jádro a účel intervence.

## 6. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání

### 6.1 Seznámení s hodnocením

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) je poměrně moderní a mezinárodně uznávané hodnocení lidského výkonu zaměstnávání. Jedná se o individualizované hodnocení, kdy klient sám určuje rozsah svých potíží, jejich dopad na výkon a osobní spokojenost s výkonem. Slouží k určení priorit a vytvoření rámce terapie.

*„COPM se používá k určení problémových oblastí ve výkonu zaměstnávání, ke stanovení priorit klienta v oblasti výkonu zaměstnávání, zhodnocení výkonu a spokojenosti klienta ve stanovených problémových oblastech a k měření změn ve vnímání vlastního výkonu klienta v průběhu ergoterapeutické intervence.“* (Law at al., 2005)

Toto hodnocení vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání. Uvažuje činnosti v oblasti sebeobsluhy, produktivity a volného času. (Law at al., 2005)

*„Výkon zaměstnávání je výsledkem dynamického vztahu mezi jedincem, prostředím a zaměstnáváním.“* (Law at al., 2005)

COPM se využívá jako úvodní hodnocení, kdy pomáhá vytvořit rámec a cíle intervence. Identifikuje a pojmenovává problémové oblasti a priority ve výkonu zaměstnávání. V tomto případě také zprostředkovává prvotní kontakt s klientem a podporuje navázání a utváření vztahu mezi klientem a terapeutem.

COPM lze využít také jako hodnocení změn ve výkonu klienta a v subjektivním vnímání výkonu.

Využívá se v ergoterapii převážně v rámci Přístupu zaměřeného na klienta. (Law at al., 2005)

## 6. 2 Historie a vývoj

V roce 1983 vytvořila Kanadská asociace ergoterapeutů (The Canadian Association of Occupational Therapist) ve spolupráci s Úřadem národního zdraví (Health and Welfare Canada) konceptuální model a pravidla pro Přístup zaměřený na klienta v rámci ergoterapie. K tomuto modelu by se mělo vázat i relevantní hodnocení výkonu zaměstnávání.

Současně se zvyšujícím se důrazem na hodnocení v ergoterapii vyvstala otázka ohledně existence relevantního hodnocení, které by bylo v souladu s přístupem zaměřeným na klienta a vycházelo z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání. (Law; Baptiste; Carswell et al., 2005)

V roce 1987 byla shrnuta kritéria, kterým by mělo hodnocení v souladu s novým konceptuálním modelem odpovídat, v dokumentu *Toward Outcome Measures in Occupational Therapy*. (Law et al., 2005)

Tento dokument definoval 10 základních hledisek, které by mělo hodnocení výkonu zaměstnávání splňovat.

Na podkladě tohoto dokumentu provedli budoucí tvůrci COPM srovnání již existujících hodnocení, ze kterého vyplynulo, že žádné z nich plně nesplňuje daná kritéria.

Výsledky vyšetřování prokázaly, že existuje mnoho hodnocení zabývajících se hodnocením ADL a některá i produktivitou a volným časem. Každé však mělo nějaké omezení, které ho vylučovalo z využití jako primární nástroj ergoterapie. Nejčastěji hodnocení neuvažovala očekávání klienta a faktory prostředí. Mnoho z nich se také zaměřovalo pouze na komponenty výkonu a nebraly v úvahu funkční výkon. (Law; Baptiste; Carswell et al., 2005)

Původním záměrem tvůrců nebylo vytvořit nové hodnocení, ale jen upravit hodnocení existující. Na základě výsledků rozboru však vyvstala potřeba vytvořit hodnocení zcela nové. (Law et al., 2005)

Tvůrci COPM pocházeli z Kanady a reprezentovali všechny oblasti ergoterapie (klinická praxe, administrace, vzdělávání, výzkum a specifické oblasti – pediatrie, geriatrie atd.) a vytvářeli nové hodnocení na podkladě výsledků předchozího výzkumu. Preferovali individualizovaný přístup, jelikož umožňuje zahrnutí očekávání klienta a důraz na prostředí do hodnocení. Semi – strukturovaný rozhovor byl zvolen jako nejlepší metoda k rychlému určení zájmů klienta. (Law; Baptiste; Carswell et al., 2005)

„COPM se od prvního vydání v roce 1997 stalo jedním z hlavních prvků současné ergoterapeutické praxe v Kanadě.“ (Hemphill – Pearson, 2008)

### 6. 3 Specifikace základních pojmů

**Výkon zaměstnávání** – Vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání. Jedná se o funkční výkon jedince v oblastech aktivit běžného dne, produktivity a volného času. Je výsledkem vzájemného působení jedince, prostředí a zaměstnávání.

**Soběstačnost** – Aktivity, které jedinec běžně vykonává k zajištění své funkční nezávislosti.

„COPM měří soběstačnost ze tří hledisek: osobní péče, funkční mobilita a samostatnost v komunitě.“ (Law at al., 2005)

**Produktivita** – Obsahuje produktivní placené či dobrovolné činnosti, přinášející jedinci uspokojení či ekonomické nebo sociální zabezpečení. U dětí se do produktivity řadí hra.

**Volný čas** – Aktivity nespádající do oblastí soběstačnosti a produktivity.

Z pohledu COPM se jedná o aktivní i pasivní odpočinek a společenský život. (Law at al., 2005)

### 6. 4 Struktura

COPM je prováděno formou semi – strukturovaného rozhovoru. Terapeut poskytuje klientovi prostředí a inspiraci k určení problémových oblastí a priorit, které dále zpracovává.

Administrace trvá zkušenému ergoterapeutovi 15 – 30 min. (Law at al., 2005)

Průběh COPM sestává z několika navazujících kroků popsaných níže.

**Vyplnění záznamového listu** – Základní informace o klientovi a demografická data. Vyplnění listu společně s klientem podpoří rozvinutí diskuze a pomůže k navázání kontaktu s klientem. (Law at al., 2005)

**Definice problému** – Semi - strukturovaný rozhovor s klientem. Terapeut vede rozhovor ohledně výkonu zaměstnávání klienta. Během rozhovoru směřuje klienta k přímým a cíleným odpovědím. Rozhovor by se měl týkat aktivit, které klient vykonává, chtěl by vykonávat či musí vykonávat. Poté ergoterapeut zjišťuje, zda je klient schopen zvolené aktivity vykonávat a jak je se svým výkonem spokojen. Podstatný je individuální pohled klienta. Pokud on určitou aktivitu, která je z pohledu ergoterapeuta problémová, jako problém nevnímá, nebude se dále diskutovat v rámci COPM. (Law at al., 2005)

**Hodnocení důležitosti** – Klient určuje, jak jsou pro něj jím definované problémy důležité pomocí stupnice 1 – 10.

**Bodování** – Klient určuje 5 aktivit, které z definovaných problémů jsou nejurgentnější. Ergoterapeut může poskytnout podporu tím, že klientovi ukáže pět problémů, které ohodnotil nejvyšším stupněm v hodnocení důležitosti. Toto také umožní klientovi zpětně zhodnotit jeho bodování a v případě nesrovnalosti bodování opravit. Dále klient opět boduje těchto pět problémů, konkrétně hodnotí způsob, kterým činnost vykonává a poté, jak je spokojen s vlastním výkonem v dané činnosti. (Law at al., 2005)

**Kontrolní hodnocení** – Po určitém intervalu se provede kontrolní COPM. Klient znovu hodnotí svůj výkon a spokojenost v problémových oblastech zvolených v prvním hodnocení.

Pro správné provedení hodnocení jsou nutné patřičné schopnosti ergoterapeuta vést relevantně rozhovor, poskytnout přiměřenou míru podpory a se zjištěnými daty nadále pracovat. Toto vyžaduje vzdělání a výcvik, který v dnešní době není v České republice k dispozici. Stejně tak doplňkové materiály jako například instruktážní video či pracovní sešit je možno pouze objednat v anglické verzi.

## 6. 5 Psychometrické vlastnosti COPM

Jelikož se jedná o standartizované hodnocení, prošlo COPM procesem validizace a ověřování jeho psychometrických vlastností. Pilotní testování se skládalo z několika fází a podíleli se na něm ergoterapeuti a klienti z Kanady, Británie, Řecka a Nového Zélandu. (Sumsion, 1999)

### **Reliabilita**

- Spolehlivost hodnocení dosáhnout shodného výsledného bodování u stejného klienta v různých podmínkách. (Law at al., 2005)

U COPM je podstatné dodržet stabilitu hodnocení v čase, aby bylo možno porovnat změny v hodnocení spokojenosti a výkonu. Zkoumáním spolehlivosti COPM při opakovaném hodnocení se zabývaly studie, které zahrnovaly různorodé klienty odlišného věku a postižení. Výsledky studií indikovaly vysoký stupeň reliability. (Sumsion, 1999)

### **Validita**

- Platnost hodnocení. (Law at al., 2005)

K COPM se váží tři druhy validity.

Validita obsahová (zda test skutečně hodnotí danou oblast) byla podpořena již samotným způsobem vzniku hodnocení. (Sumsion, 1999)

Kriteriální validita (výsledky souhlasí s výsledky ostatních standartizovaných testů zabývajících se stejnou oblastí). V rámci COPM je podstatných právě pět zvolených problémových oblastí výkonu. Výsledky prokázaly, že při užití COPM měli dotazovaní tendenci stanovit více problémových oblastí. COPM bylo také úspěšnější v identifikaci problémů v individuálním výkonu zaměstnávání. (Sumsion, 1999)

Konstruktová validita znamená, že „...měřený konstrukt vykazuje takové vztahy s dalšími proměnnými, jaké předpokládá teorie.“ (Law at al., 2005).

Všechny druhy validity jsou dle studií uspokojivé. (Sumsion, 1999)



## **Utilita**

- Funkční využitelnost. (Law at al., 2005)

Většina uživatelů shledala COPM jednoduché k administraci a uváděla průměrný čas 30 – 45 minut. Ergoterapeuti také uvedli, že COPM poskytuje užitečný rámec pro úvodní hodnocení a pomáhá jim realizovat Přístup zaměřený na klienta. Někteří z nich také zmínili lepší pochopení pozice ergoterapie ve zdravotnickém systému z pohledu klienta. (Sumsion, 1999)

Článek zabývající se právě utilitou COPM však zmiňuje, že opatrnost je potřeba při interpretaci sebehodnocení a spokojenosti s výkonem. V tomto případě je nutné brát ohled na duševní kondici jedince či případný stupeň úzkosti. (Jenkinson, Ownsworth, Shum, 2007)

Klienti převážně uváděli, že jim COPM pomohlo jasněji definovat potíže ve výkonu zaměstnávání a uvědomit si osobní priority. Někteří však nebyli zvyklí určovat problémové oblasti a priority pro intervenci a shledávali proces nezvládnutelným. Rozdílné ohlasy byly též na přesun části odpovědnosti z terapeuta na klienta. Pro některé to bylo velmi obtížné, pro jiné naopak povzbuzující a ocenili roli partnera v procesu rehabilitace. (Sumsion, 1999)

## **Citlivost**

- Citlivost určuje schopnost zachytit změny ve výkonu zaměstnávání. (Law at al., 2005)

Citlivost byla hodnocena v rámci pilotních testování a byly prokázány rozdíly v úvodním a kontrolním hodnocení. (Sumsion, 1999)

Souhrnně důkazy prokázaly, že COPM je klinicky využitelné hodnocení, které má adekvátní reliabilitu, dobrou citlivost a celkově odpovídající validitu. (Sumsion, 1999)

## 7. Současný stav v České republice

Trend využití Přístupu zaměřeného na klienta a s tím i COPM se dostává i do České republiky. Teorie přístupu se vykládá a zdůrazňuje během výuky stejně jako tendence k vnímání individuální a holistické situace klienta. Ze svých zkušeností však soudím, že praxe je za teorií stále o krok pozadu. Zkusila jsem se zamyslet proč tomu tak je a co stojí v cestě, případně brzdí rozvoj oboru.

**Časové a individuální možnosti terapeuta** – Je běžné, že na pracovišti je zaměstnán jeden či dva ergoterapeuti, na které připadá poměrně velký počet klientů. Během svých praxí jsem se setkala s místy, kde na terapii pro jednoho klienta bylo vyhrazeno 30 min. Nedostatek času je nevhodným indikátorem k užití COPM a dodržení CCP během intervence a může na ergoterapeuta vyvíjet tlak a vzbuzovat v něm pocit potřeby stihnout to, co je v jeho očích opravdu podstatné.

**Prostorové možnosti** – COPM zasahuje do soukromého života klienta, diskutuje jeho osobní a mnohdy choulostivé potíže a proto je vhodné dodržení soukromí klienta. Poslouchající spolubydlíci na společném pokoji netvoří vhodné zázemí a ruší klienta.

**Školení** – Správné využívání Kanadského hodnocení výkonu zaměstnávání vyžaduje určité schopnosti ergoterapeuta vhodně vést celý proces. Ergoterapeut musí plně rozumět smyslu a důvodu využití COPM. Musí poskytnout klientovi dostatečnou podporu a zároveň neovlivňovat jeho rozhodování. Ergoterapeut by měl být informován o zásadách a postupech při provádění COPM. V dnešní době neprobíhají v České republice žádné kurzy a pracovní listy s instruktážním videem jsou k dispozici pouze v angličtině.

**Pokračování v zavedených postupech, tlak rutiny** – Pokud ergoterapeut nově nastoupí na již fungující pracovní místo, většinou začne pokračovat v dosud fungujícím tradičním modelu. Společně s nedostatkem času a velkým množstvím klientů následuje zaběhnuté postupy.

Při zavádění nových přístupů se průkopníci musí vždy potýkat s různými překážkami. Důležitá je podpora týmu a vědomí vlastního konání.

Během svého působení v České republice jsem se setkala se třemi pracovišti, které COPM využívají (Ergoaktiv – centrum odborné péče pro osoby po cévní mozkové příhodě, Asistence o. s., Klinika rehabilitačního lékařství Albertov).

## Praktická část

### 8. Metodologie

#### 8. 1 Definice problému

Cévní mozková příhoda je ve vyspělých i rozvojových zemích nejčastější příčinou invalidity u občanů středního a vyššího věku. (Mervartová, 2010)

Stejně tak je tomu i v České republice. Invalidita zatěžuje jedince a značně ovlivňuje kvalitu jeho života. Stejně tak je náročná pro stát (z ekonomického hlediska), vzhledem k nutnosti zajištění potřebné péče. Avšak ani v tomto případě sociální ani ekonomická podpora nevyhradí jedinci samostatný a sebeuspokojivý život.

Základem prevence invalidity je dostatek specializovaných pracovišť. Jedná se o zařízení primární péče (iktová centra a jednotky) a sekundární péče (rehabilitační pracoviště). Kvalitní pracoviště je schopno poskytnout intenzivní, kvalifikovanou péči a zavádět nové sofistikované metody. (Mervartová, 2010)

Ergoterapeut je nedílnou součástí takového pracoviště a zaměřuje se zvláště na soběstačnost klienta. Jako součást týmu by měl též podporovat zavádění nových perspektivních metod a sledovat světové trendy.

Klienti po CMP vyžadují akutní rehabilitaci. Čím přesněji je cílená na oblasti, které shledávají za problematické, tím se zvyšuje šance k úzdavě a návratu do domácího prostředí.

COPM jako poměrně moderní hodnocení a pomáhá podporovat tyto požadavky. Ve světě je hojně používané a nese s sebou převážně kladné ohlasy.

Vzhledem k obvyklé věkové kategorii klientů, se jedná o jedince s již zaběhnutým způsobem života a stanovenými prioritami. Proto je COPM vhodné pro tuto skupinu. Také se úzce váže k Přístupu zaměřenému na klienta, který je v ergoterapii velmi aktuální. V České republice se však COPM na převážné většině pracovišť nevyužívá.

*„Smysluplné role, aktivity a vztahy jsou základem k naplnění a nalezení radosti v běžném životě.“ (Wood, 2010)*

## 8. 2 Cíl

Zvolila jsem tři hlavní cíle praktické části své bakalářské práce, které spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se.

- Ověřit, zda je COPM vhodné pro klienty po cévní mozkové příhodě. Jednak z pohledu klienta (zda mu vyhovuje průběh hodnocení a přístup terapeuta, zda je spokojen s určenými problémovými oblastmi a plánem terapie). A dále vzhledem k požadavkům ergoterapeuta (časové možnosti, získaná data, plánování následné intervence, spolupráce s klientem).
- Provést hodnocení po proškolení běžně dostupnými materiály v České republice. A zda je hodnocení jasné a srozumitelné pro ergoterapeuta a následně i pro klienta, zda se v něm oba orientují a rozumí jeho účelu.
- Shrnout po praktické zkušenosti dopad COPM na následnou intervenci a spolupráci klienta s ergoterapeutem. Zhodnotit přínos a omezení hodnocení. Uvážit široký důsledek a okolnosti pro užití COPM v rámci vstupního vyšetření.

## 8. 3 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka mé bakalářské práce vychází ze stanovených cílů a z praktické aplikace COPM.

- Je v rozdíl v intervenci po užití COPM jako součást vstupního vyšetření oproti užití běžně užívaného vyšetření na pracovištích v České republice?

Tato otázka se týká širokého spektra okolností. Zahrnuje pohled terapeuta i klienta a uvažuje subjektivní (spokojenost, spolupráce) i objektivní (dopad na intervenci a případné výsledky) fakta.

## 8. 4 Použité metody a techniky

Prvotní oporu jsem čerpala z literatury a z internetových databází.

V praktické části své práce využiji kvalitativní i kvantitativní formu výzkumu.

Jedna z forem kvalitativního výzkumu je přímou součástí samotného COPM a jde o úvodní semi - strukturovaný rozhovor. Tato část je podstatná pro správné pokračování hodnocení. Pro ergoterapeuta může být obtížná a vyžaduje patřičné zkušenosti.

Rozhovor je jednou z nejobtížnějších metod sběru kvalitativních dat. Úzce souvisí se schopností terapeuta pozorovat a relevantně analyzovat odpovědi dotazovaného, což zahrnuje i sebereflexi tazatele (pocity při rozhovoru umožňují navázat vztah s klientem a podávají informace např. o motivaci klienta).

Semistrukturovaný rozhovor shrnuje výhody plně strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru, vyžaduje však pečlivou technickou přípravu tazatele.

*„Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se účastníků budeme ptát.“ (Miovský, 2006)*

Toto schéma tvoří tzv. jádro rozhovoru, které je dále vhodné doplnit o rozvíjející otázky pro vysvětlení odpovědí, a umožňují tazateli plně pochopit řešený fenomén, zde se odráží individuální schopnost tazatele.

Pravidel kvantitativního výzkumu využiji při zjišťování spokojenosti pacientů s provedeným COPM.

Skupinu určím náhodným výběrem šesti pacientů ze skupiny pacientů Rehabilitační kliniky Malvazinky, která bude splňovat určité požadavky (pacienti po cévní mozkové příhodě).

K provedení vlastního výzkumu (zjištění rozdílů po provedení běžného hodnocení a COPM z pohledu pacienta) užiji dotazníku s následnou analýzou dat.

Otázky musí být srozumitelné pro konkrétní respondenty a jednoznačné. Dotazník by měl mít přiměřenou délku a otázky by neměly být náročné na paměť. Podstatné je též rozvržení otázek. Začátek dotazníku by měl upoutat pozornost dotazovaného. V první třetině jsou umístěny nejdůležitější otázky. (Zich, 2004)

Ve své práci zvolím dotazník s 13 otázkami otevřenými i uzavřenými (s ohledem na schopnosti dotazovaných a následnou schopnost interpretace údajů).

U tří klientů bylo provedeno vstupní ergoterapeutické hodnocení běžně užívané na klinice, u tří dalších bylo provedeno COPM. Následně byl každý klient požádán o vyplnění dotazníku týkajícího se průběhu a výstupů hodnocení.

## 9. Výsledky

### 9. 1 Literatura a zdroje

Jednou ze základních myšlenek ergoterapie je, že práce či zaměstnání je podstatné pro zdraví, štěstí a well – being. Zaměstnání zahrnuje skupinu aktivit a úkolů během každodenního života jedince. Lze pojmenovat, organizovat, dává smysl a přináší hodnotu životu jedince. Zaměstnání je vše, co jedinec vykonává (ADL, produktivita a volný čas). (Townsend, Polatajko, 2007)

Je však nutné, aby zaměstnávání, které má jedinci přinášet tyto aspekty, bylo smysluplné a uspokojivé. Ergoterapeut, který využívá aktivitu a zaměstnávání jako nástroj terapie, musí být schopen poskytnout klientovi takovou oporu, aby byl cíl terapie správně zvolen a aplikován. V tomto procesu slouží COPM jako vhodné hodnocení.

COMP je hodnocení postavené na základu definovaného Kanadského modelu zaměstnávání. Jeho účelem je podpora služeb ergoterapie. (Sumsion, 1999)

COPM je vhodné pro širokou škálu klientů. Klienti po cévní mozkové příhodě jsou vhodnou cílovou skupinou pro užití COPM. Avšak je možno narazit na určité komplikace, zvláště při poruše kognitivních funkcí u klientů.

Klient po cévní mozkové příhodě s následnou poruchou kognitivních funkcí, může mít potíže zvláště s udržením pozornosti během hodnocení, s pamětí či pochopením abstraktního bodovacího systému. V těchto případech jsou kladeny větší nároky na ergoterapeuta. Je zapotřebí kreativity, přizpůsobení a vhodného zvolení času a místa pro hodnocení. (Law at al., 2005)

V případě poruch paměti je vhodné hodnocení rozdělit do více částí a neprovádět celé COPM najednou.

Důležité je též zvolit správný čas v procesu úzdravy k provedení COPM a s ohledem na stav jedince. Pokud se hodnocení provede moc brzy, může mít klient dojem, že není zdaleka schopen žádné, z pro něj důležitých, aktivit. Naopak pokud se provede až v pozdní fázi rehabilitace, může být hodnocení komplikováno předchozími zkušenostmi, které ovlivnily schopnost klienta rozumět jeho vlastním prioritám. (Hemphill – Pearson, 2008)



Ergoterapeut však musí mít stále na paměti zachování Přístupu zaměřeného na klienta a nesmí být potlačeny priority a přání klienta.

## **9. 2 Praktické výsledky**

### **9. 2. 1 Dotazník**

Dotazník byl sestaven s ohledem na klienty, pro které byl určen. Jednalo se o rehabilitační zařízení převážně s klienty v akutním stavu po onemocnění. Vzhledem k možným potížím, které tito klienti mohou mít po cévní mozkové příhodě (potíže s pozorností, psaním, čtením či porozuměním), jsem zvolila jednoduché a převážně uzavřené otázky a kratší formu dotazníku. Dotazník přiložen níže.

### **9. 2. 2. Prezentace a interpretace výsledků**

Kromě odpovědí jsem sledovala i chování klienta a celkovou spolupráci před, během a po provedení COPM. Následuje podrobnější popis jednotlivých případů a výsledků hodnocení.

#### **Běžné vstupní hodnocení (s následnou analýzou a stanovením cílů terapie)**

- Pan K.

*Narození:* 1938

*Dg.:* ischemická cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou (8. 10. 2010), přidružená expresivní fatická porucha

*Popis vyšetření:* S klientem bylo provedeno běžné vstupní vyšetření, které zahrnovalo vyšetření horních končetin a kognitivních funkcí. Jako hlavní cíl terapie bylo zvoleno zlepšení funkcí pravé horní končetiny se zaměřením na jemnou motoriku a zlepšení psaní.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?

- ✓ Spíše ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?
  - ✓ Spíše ano
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?
  - ✓ Spíše ano
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Spíše ne
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Spíše aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Ano
- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Spíše ano
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Aktivní
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl
  - ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?
  - ✓ Spíše ano
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „Celý pocit je zcela v pořádku.“

*Závěr:* Během terapií se u klienta projevoval nedostatek motivace a velká nespokojenost se současným výkonem. Po vstupním vyšetření byl stanoven jako hlavní problém a následně i plán nácvik psaní. Při opakovaném tréninku to však klienta již nebavilo a nepracoval s chutí.

- Paní Kr.

*Narození:* 1950

*Dg.:* subarachnoidální krvácení z ruptury aneurysmatu ICA vlevo při odstupu ACoP, následně rozvoj ischemie v části povodí ACM centrálně vlevo s těžkou pravostrannou hemiparézou a fatickou poruchou (30. 11. 2009)

*Popis vyšetření:* Vyšetření proběhlo standardně. Klientka udává samostatnost ve veškerých činnostech sebeobsluhy. Instrumentální ADL zatím nezkoušela. Jako cíle terapie bylo zvoleno zlepšení funkcí horní končetiny (koordinace, JM) a kognitivních funkcí.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?
  - ✓ Ano
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?
  - ✓ Ano
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Spíše ano
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Spíše aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Ano

- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Ano
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Aktivní
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl
  - ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?
  - ✓ Ano
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „Účelnost.“

*Závěr:* Bezproblémový průběh intervence. Došlo ke zlepšení funkcí horní končetiny. Potřeba zapojovat končetinu do více činností. Z vyšetření však nevyplývalo, které činnosti z instrumentálních ADL jsou pro klientku podstatné a mohly by být problémové.

- Pí. Š.

*Narození:* 1978

*Dg.:* hemoragická CMP s afázií a pravostrannou symptomatologií, těžká expresivní fatická porucha

*Popis vyšetření:* Vyšetření komplikované fatickou poruchou. Klientka potřebuje dopomoc u všech aktivit pADL (kromě WC), převážně kvůli nejisté mobilitě a nepoužitelné pravé horní končetině. Aktivity iADL zatím nezkoušela. Za hlavní cíl terapie bylo určeno zlepšení aktivní hybnosti, ovlivnění spasticity a reedukace čítí.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?

- ✓ Ne
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Spíše ne
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?
  - ✓ Ne
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Ne
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Ano
- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Ne
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Aktivní
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl
  - ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?
  - ✓ Ne
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „OK“

*Závěr:* Klientka během terapie dobře spolupracovala. Intervence byla zaměřená na funkci pravé horní končetiny. K nácviku komplexní aktivity nedošlo.

## Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání (COPM)

- Pan M.

*Narození:* 1948

*Dg.:* ischemická CMP z ACM dx. při aneurymu plátu v bifurkaci ACI dx. (21. 2. 2010), levostranná hemiparéza

*Popis hodnocení:* Hodnocení proběhlo bez potíží. Klient pochopil systém hodnocení a neměl problémy s určením problémových oblastí. Jako hlavní priority určil návrat do zaměstnání, chůze, řízení auta, užití MHD a návštěvu restauračních zařízení.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?
  - ✓ Ano
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?
  - ✓ Spíše ano
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Spíše ne
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Spíše ano
- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Spíše ne
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Vstřícný
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl

- ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?
  - ✓ Ano
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „Všechno v normě“

*Závěr:* Po provedení hodnocení a detailním probrání aktivit, byl klient mírně posmutnělý. Na dalších terapiích již bylo vše v pořádku. Narazila jsem však na problém, že v daném prostředí s omezenými možnostmi, nebyla možnost pracovat na zvolených cílech. Věnovali jsme se jednotlivým komponentám výkonu, převážně funkci horní končetiny, ale celistvou činností jako takovou nebylo možné aplikovat (nebyla například možnost vyrazit do terénu) či se překrývala s fyzioterapeutickou intervencí.

- Pí. Ki.

*Narození:* 1939

*Dg.:* ischemická CMP s levostrannou hemiparézou s hemianopsií a neglect syndromem (25. 2. 2010)

*Popis hodnocení:* Hodnocení proběhlo bez potíží. Klientka neměla problémy s průběhem ani stanovením priorit. Jako nejdůležitější problémové oblasti zvolila oblékání, osobní hygienu, chůzi, návrat do zaměstnání a přípravu jídla.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?
  - ✓ Ano
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?

- ✓ Ano
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Ne
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Spíše aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Ano
- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Ano
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Aktivní, vstřícný
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl
  - ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?
  - ✓ Spíše ano
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „ - “

*Závěr:* S touto klientkou bylo COPM provedeno až v průběhu intervence po předchozím vyšetření a terapiích ergoterapeutky pracoviště. Bylo však aplikováno jako počáteční vyšetření s nově zvolenými cíly. Před provedením COPM byla s klientkou komplikovaná spolupráce. Odmítala se věnovat nácviku jakýchkoliv aktivit ADL, i když její funkční stav byl na dobré úrovni a neschopnost provést tyto aktivity jí bránily vést samostatný život (argumentovala tím, že jí vždy někdo pomůže). Bylo možné provádět pouze terapii horní končetiny. Po provedení COPM byla klientka velmi smutná až plačtivá. V následných terapiích se však již z chutí věnovala nácviku ADL a sama žádala o nácvik oblékání, který zvolila jako hlavní prioritu.



- Pan P.

*Narození:* 1950

*Dg.:* ischemická CMP s pravostrannou hemiparézou (5. 7. 2009)

*Popis hodnocení:* Hodnocení proběhlo v pořádku. Klient udával plnou soběstačnost v ADL. Potíže mu činila chůze a omezovalo ho, že nemůže navštěvovat kulturní události.

*Výsledky dotazníku:*

- Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?
  - ✓ Spíše ano
- Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?
  - ✓ Ano
- Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?
  - ✓ Ano
- Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?
  - ✓ Ano
- Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?
  - ✓ Spíše ne
- Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?
  - ✓ Aktivní
- Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?
  - ✓ Ano
- Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?
  - ✓ Spíše ne
- Přístup vyšetřujícího k Vám byl
  - ✓ Aktivní
- Přístup vyšetřujícího k problematice byl
  - ✓ Aktivní
- Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?

- ✓ Ano
- Jste spokojen s vyšetřením?
  - ✓ Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?
  - ✓ „Pocity z vyšetření mám velmi dobré“

*Závěr:* S klientem jsme se nedohodli na pokračování ergoterapeutické intervence. Návčik chůze probíhal s fyzioterapeutem a návštěva kulturních zařízení nebyla za daných podmínek možná k návčiku. Klient odcházel s tím, že ví, co od ergoterapie očekávat a pokud narazí během pobytu na nějaké obtíže či otázky kontaktuje ergoterapii sám.

### **9. 2. 3 Shrnutí**

Celkově lze říci, že výsledky dotazníku byly podobné. Hlavní rozdíly jsem spatřovala v průběhu terapie. Obecně lze říci, že cíle určené běžným vyšetřením byly zaměřené na jednotlivé komponenty výkonu. Zatímco cíle vycházející z COPM byly vesměs celistvé aktivity.

Rozdíl jsem pocítila v následné spolupráci s klienty (popsáno níže).

## 10. Diskuze

V této části bych se chtěla zaměřit a shrnout výsledky celé práce, s orientací na prakticky získané zkušenosti. Dále se zamyslím nad otázkami či nesrovnalostmi, které vyvstaly v průběhu mé práce.

COPM je obecně vhodné pro klienty po cévní mozkové příhodě. Bylo konstruováno pro širokou škálu klientů. Může nastat případ, že klient nebude schopen COPM provést kvůli věku, intelektuálním schopnostem či nedostatku náhledu, v tom případě může být dotazování provedeno s rodinnými příslušníky či pečovateli. Pokud znají prostředí a potřeby klienta, mohou být schopni hodnocení relevantně doplnit. (Law, Babbiste, McColl, 1990)

U klientů, se kterými jsem pracovala, jsem pozorovala určitou změnu nálady po provedení COPM. Dle mého názoru se jedná o důsledek rozdílnosti přístupu během COPM a během v České republice běžné zdravotnické intervence. COPM svým způsobem přinutilo klienty uvažovat o své celkové situaci. Otevřel se jim pohled na vlastní zdravotní stav nezastíněný lékařskými definicemi, medikací či pokyny. Toto může být pro klienta obtížné, podívá se zpět do svého předchozího života a uvědomí si rozdílnost své situace. V dalších terapiích jsem však sledovala změnu v přístupu k terapii a to zvláště ve větší motivaci klienta a v uvědomění si vlastní odpovědnosti.

Během užití COPM je klientovi umožněno pojmenovat a uspořádat jeho potíže. Dovolí klientovi být odborníkem na jeho vlastní situaci a posiluje jeho kritický pohled na vlastní výkon. (Parker, Sykes, 2006)

Celý proces ve svém důsledku podpoří klienta v obrácení své pozornosti na sebe samého.

Ze své zkušenosti usuzuji, že COPM pomůže klientovi pochopit smysl ergoterapie a v čem spočívá její pomoc. To v návaznosti ovlivní přístup klienta k následné intervenci. Z pohledu ergoterapeuta může být zpočátku obtížné zařadit COPM do běžného programu. Hodnocení svým průběhem však určuje směr terapie a v základu definuje obraz spolupráce klienta s ergoterapeutem.

Hodnocení jsem provedla po prostudování 4. vydání příručky Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání a článků týkajících se průběhu hodnocení. Výsledky hodnocení a zvolené cíle byly dle výsledků dotazníku odpovídající. Postrádám však odbornou zpětnou vazbu ohledně provedení hodnocení.

Obecně v České republice neprobíhá odborné školení k užití COPM. Ergoterapeut může následovat jednotlivé kroky a instrukce, avšak pro relevantní provedení hodnocení by byla odborná konzultace či školení velice přínosná. Takto se průběh hodnocení odvíjí od individuálních schopností terapeuta, což je u standardizovaného hodnocení poněkud zavádějící.

Dopad COPM na následnou intervenci a spolupráci s klientem bych celkově zhodnotila jako pozitivní. Největší přínos jsem zaznamenala v následné spolupráci s klientem. Klienti byli více motivovaní a rozuměli důvodu k tréninkovým činnostem. Také si ujasnili, jaký přínos pro ně může ergoterapie mít a co od ní očekávat. Pro některé z nich bylo provedení COPM náročné. Otevřelo jim náhled na reálnou situaci v kontextu jejich dřívějšího života a možnosti a aspekty zpětného začlenění (změna role, úprava dosavadních aktivit, změna priorit). Celkově však byl celý proces prospěšný pro průběh následné intervence.

Při užití klasického vyšetření se může stát, že klient nepostřehne proces definice cílů a nerozumí následným aktivitám. Oproti tomu, v COPM určuje cíle sám klient a v následujících aktivitách rozpozná sebou zvolené cíle a priority.

V průběhu sběru materiálů a podkladů jsem narazila na další aspekty a okolnosti, které jsem při plánování práce neočekávala.

Překvapivé pro mne byly shodné výsledky dotazníků od obou skupin klientů. Vysvětlují si to tím, že klienti neměli možnost porovnání obou metod sběru dat a definice cílů. Běžné vyšetření tedy bylo shodné s ostatními zkušenostmi z hospitalizace a jevílo se jim jako vyhovující. Naopak samotné provedení COPM může být pro některé klienty náročné a tudíž subjektivně nepříjemné.

Při shrnutí cílů definovaných jednotlivými postupy je zřetelné, že z běžného vyšetření s následnou analýzou dat jsou zvolené cíle převážně komponenty výkonu, zatímco cíle definované COPM zahrnují již celistvé činnosti a aktivity. Na tomto lze demonstrovat rozdílnost pohledu zdravotního pracovníka a klienta. Zatímco ergoterapeut uvažuje v široké škále činností a za cíl volí komponenty výkonu ovlivňující množství aktivit, klient se zaměřuje na jednotlivé činnosti, které jsou pro něj stěžejní. Oba tyto pohledy jsou opodstatněné a smysluplné. Mělo by však dojít k symbióze obou. Klient určí oblasti a aktivity a ergoterapeut poskytne profesionální zázemí, s čímž je spojen právě trénink komponent výkonu. Klient však v tom případě lépe rozumí terapii a chápe přímou návaznost k jeho vlastním prioritám.

Na problém jsem narazila, pokud klient určil jako priority činnosti, jejichž jednotlivé komponenty zvládl, bylo však potřeba trénovat činnost v celém kontextu (prostředí, kombinace jednotlivých komponent výkonu). Většinou šlo o terénní aktivity jako např. návštěva kulturního zařízení, které nebylo možno trénovat v nemocničním prostředí a nastavení pracovního místa ergoterapeuta nedovolovalo terénní terapii. V tom případě, došlo k definici priorit, kterými se nebylo možné zabývat.

Na závěr bych chtěla upozornit na rozpor v názvu a obsahu práce. V názvu je užito slovo pacient, v celé práci jsem však užívala označení klient. Téma je úzce spojené s Přístupem zaměřeným na klienta a samotné COPM propaguje partnerský vztah mezi ergoterapeutem a klientem. Přemýšlela jsem o změně názvu práce, rozhodla jsem se však daný název zachovat a využít jako námět k zamyšlení. Pokud se má využívat COPM v praxi, měl by být zachován Přístup zaměřený na klienta, se kterým COPM úzce souvisí i v následné intervenci. Se zaváděním nových metod a modelů souvisí i přidružené změny v celém terapeutickém přístupu. Užívání COPM by mělo fungovat v synchronizaci s celým rehabilitačním programem. I v nemocničním prostředí lze uplatňovat partnerský přístup a při užívání COPM upustit od klasického modelu vztahu pacient a terapeut.

## 11. Závěr

*„Podpora klientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, k návratu do společnosti žádá velkou spolupráci mezi poskytovateli lékařské péče a klienty po cévní mozkové příhodě. Priority pro uzdravení se liší z pohledu klienta a poskytovatele zdravotní péče. Zaměřují se na sociální kontext, zahrnují „normalizaci“ a znovuzískání dřívější identity a rolí. V kontrastu s tím, se poskytovatelé zdravotní péče primárně zaměřují na návrat jednotlivých fyzických funkcí.“ (Wood, 2010)*

Je zřejmý rozdíl v prioritách z pohledu klienta a ergoterapeuta. Každý má své odůvodnění. Odpovědnost za zdravotní stav však nese klient, proto je podstatné, aby intervenci rozuměl a shledával jí smysluplnou. Toto ovlivňuje celou spolupráci a i výsledky terapie.

Dle Wood (2006) představuje zaměstnávání v rámci smysluplných aktivit a rolí další výzvu pro klienty po cévní mozkové příhodě k návratu do společnosti. Smysluplné aktivity a role zahrnují, ale nejsou limitovány placeným zaměstnáním, dobrovolnictvím či postavením v rodině. Smysluplné role poskytují potěšení, naplnění a kvalitu života.

Proto je podstatné vhodné zvolení činností a priorit. COPM pomáhá klientům i ergoterapeutům určit cíle a celkově se zorientovat v probíhané terapii.

Ruku v ruce s hodnocením COPM jde Přístup zaměřený na klienta. Pokud se COPM užije v počátcích terapie, podpoří utváření zdravého vztahu klient – ergoterapeut, kdy klient cítí odpovědnost za svůj zdravotní stav a zároveň může očekávat profesionální podporu. Vztah, vzniklý mezi klientem a terapeutem nepřímo ovlivňuje výsledky intervence.

*„Vztah mezi terapeutem a klientem byl rozpoznán jako důležitá determinanta úspěchu či selhání ergoterapie.“ (Palmadottir, 2006)*

V rámci rozvoje oboru je podstatné zavádění nových metod a přístupů, což souvisí s poskytováním kvalitní péče. V České republice je stále nedostatek kvalifikovaných pracovišť pro klienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a v rámci návratu do smysluplného a uspokojivého života je pro ně stěžejní, aby na těchto pracovištích obdrželi co nejefektivnější možnou péči.

Souhrnně COPM podporuje motivaci klienta a pomůže mu pochopit smysl ergoterapie. Klienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, jsou vhodnou skupinou klientů pro užití COPM (usilují o návrat do dříve fungujícího života a mají individuální potřeby k dosažení uspokojení v běžném životě). Pro některé může být provedení hodnocení náročné (samostatné rozhodování, otevření nezastíněného náhledu na situaci), ale v širokém důsledku ho shledávám, jako prospěšné.

## 12. Seznam použité literatury

### Knižní zdroje

- FEIGIN, Valery. Cévní mozková příhoda, prevence a léčba mozkového iktu, Galén, 2007. 207 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 428 – 7
- FISHER, Anne G.; Occupational therapy intervention process model: a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions, Three star press, 2009. 188 s. ISBN 0977430154, 978097743015
- HEMPHILL – PEARSON, Barbara J. Assessments in Occupational Therapy Mental Health, An Integrative Approach, SLACK incorporated, 2008, USA. 499 s. ISBN 978 – 1 – 55642 – 773 - 2
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, Portál, Praha 2005. 408 s. ISBN 80 – 7367 - 040 – 2
- CHIUNG – YU HUANG at al. *Mediatin Roles of Social Support on Poststroke Depression and Quality of life in Patients with Ischemic Stroke*, Journal af clinical nursing. October 2010. Vol. 19.
- JENKINSON, Narina; OWNSWORTH, Tamara; SHUM, David. *Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community – based brain injury rahabilitacion*,
- KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, Lenka; POLESNÝ, Michal; et al. Analýza a mapování potřeb uživatelů a práce s informacemi v komunitním plánování (online), Centrum komunitní práce Ústí nad Labem, (cit. 2010-26-2 ), Dostupný WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/6816/05\\_metodika.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6816/05_metodika.pdf)
- LAW, Mary; BAPTISTE Sue; CARSWELL Anne et al. , Kanadské hodnocení výkonu zaměstnání, CAOT publication ACE, 2005, čtvrté vydání, ISBN 1 – 895437 – 69 – 5
- LAW, Mary; BAPTISTE, Sue; MCCOLL, M.; at al. , *The Canadian occupational performance measure: An outsome measure for occupational therapy*, Canadian journal of occupational thery, 1990 April
- MAYO, E. Nancy at al. *Disablement following stroke*, Disability and rehabilitation, 1999. Vol. 21. 258 – 268 s.



- MERVARTOVÁ, Ivana. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. Věstník MZ ČR, 2/2010. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha. 16 s.
- MIOVSKÝ, Michael. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Grada Publishing 2006. 332 s. ISBN 80 – 247 – 1362 – 4
- PARKER M. Davina, SYKES H. Catherine. *A Systematis Review of the Canadian Occupational Performance Measure*, The British Journal of Occupational Therapy. April 2006. Vol. 69.
- PALMADOTTIR Gudrun. *Client – Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation*, British Journal of Occupational Therapy. September 2006
- PHIPPS Shawn; RICHARDSON Pamela, *Occupation therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure*, American journal of occupational therapy, May – jun 2007, s 328 - 334
- PFEIFFER, Jan. Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi, Grada Publishing 2007. 351 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1135 – 5
- SEIDL, Zdeněk; JOBENBERGER, Jiří. Neurologie pro studium a praxi, Grada Publishing 2004. 363 s. ISBN
- SUMSION, Thelma. *Client – Centered Practice in Occupational Therapy*, Churchill Livingstone, 1999. 123 s. ISBN 0 443 06127 0
- TOWNSEND, Elizabeth; POLATAJKO, Helene. *Enabling Occupation 2: Advancing an occupational therapy, vision for health, well – being and justice through occupation*, CAOT Publications ACE, Ottawa 2007. 418 s. ISBN 978 – 1 – 895437 – 76 – 8
- WOOD P. Jenifer; CONNELLY M. Denise; MALY R. Monica. „*Getting back to real living“: a qualitative study of the process of community reintegration after stroke*, Clinical rehabilitation. August 2010.
- ZICH, František. Úvod do sociologického výzkumu, Eupress 2004. 115 s. ISBN 8086754197

### **Internetové zdroje**

- [www.strokecenter.org](http://www.strokecenter.org)

## 13. Přílohy

### 13. 1. Dotazník

*Datum nar.:*

*Dg.:*

#### 1. Máte pocit, že se o Vás terapeut během vyšetření dozvěděl vše potřebné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

#### 2. Byly během vyšetření vystiženy Vaše priority?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

#### 3. Zabývá se (bude se zabývat) terapie Vaším největším problémem, se kterým se setkáváte v běžném životě?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

#### 4. Byly během vyšetření zmíněny všechny Vaše současné obtíže týkající se Vaší zdravotní či sociální situace?

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne

**5. Měl jste po skončení vyšetření potřebu vyšetřujícímu ještě sdělit něco dalšího, co by se týkalo léčby?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**6. Byl jste během vyšetření aktivní či pasivní činitel?**

- Aktivní
- Spíše aktivní
- Spíše pasivní
- Pasivní

**7. Byl Vám dán během vyšetření prostor k Vašemu vyjádření?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**8. Přineslo Vám vyšetření něco nového (nový pohled na situaci, objevení nové problémové oblasti, rada)?**

- Ano

- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**9. Přístup vyšetřujícího k Vám byl**

- Aktivní
- Vstřícný
- Nezájem
- Pasivní

Pozn.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Přístup vyšetřujícího k problematice byl**

- Aktivní
- Zaujatý
- Rutinní, stereotypní
- Pasivní

Pozn.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Bylo během vyšetření zmíněno, co Vám v životě nejvíce omezuje?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

## 12. Jste spokojen s vyšetřením?

- Ano, byly zachyceny potíže, se kterými se setkávám v životě. Byly zachyceny mé priority, na kterých bych chtěl během terapie pracovat.
- Ano, byl jsem spokojen, ale nebyly zachyceny veškeré problematické oblasti.
- Ano, byl jsem spokojen, vyšetření zachytilo problémové oblasti, nezaznamenalo však můj největší problém.
- Ne, nebyl jsem spokojen, vyšetření nezachytilo mé subjektivní obtíže a problémy se kterými se setkávám.
- Ne, průběh vyšetření a přístup terapeuta mi nevyhovoval.

## 13. Jaké jsou Vaše celkové pocity z vyšetření (účelnost, přístup, zachycení Vašich priorit atd.)?

---

---

---

---

---

---

**Děkuji Vám za ochotu!!!**