

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



**Ergoterapeutické vstupní vyšetření z hlediska Mezinárodní klasifikace
funkčních schopností, disability a zdraví**

**Occupational initial examination from the perspective of International
Classification of Functioning, Disability and Health**

Pavla Hamplová DiS.

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená

Praha 2012

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Kateřině Svěcené za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty při zpracování bakalářské práce a vyzkoušení formuláře. Za vyzkoušení formuláře a zpětnou vazbu chci poděkovat také Mgr. Pavlíně Svozílkové a Bc. Alžbětě Rejmanové DiS.

Dále bych chtěla poděkovat i Antonínu Sadilovi za pomoc při překladu cizojazyčné literatury.

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze dne 29. 6. 2012

.....

Podpis studenta

Jméno: Pavla Hamplová DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená

Název bakalářské práce:

Ergoterapeutické vstupní vyšetření z hlediska Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

Identifikační záznam:

HAMPLOVÁ, Pavla. *Ergoterapeutické vstupní vyšetření z hlediska Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. [Occupational initial examination from the perspective of International Classification of Functioning Disability and Health]*. Praha, 2012. 71 s., 2 příl. Bakalářská práce. (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Svěcená, Kateřina.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Hlavním smyslem je využití klasifikace při ergoterapeutickém vstupním vyšetření. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje základní terminologii, dále se zabývá charakteristikou MKF, jejími cíly, filozofií, vývojem a přehledem komponent. Další kapitola se zabývá využitím MKF v rehabilitaci a ergoterapii. Závěr teoretické části se věnuje ergoterapeutickému vyšetření.

Praktická část se zabývá možnostmi využití MKF v ergoterapii při vstupním vyšetření. Hlavním cílem praktické části je vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF a aplikace tohoto vstupního vyšetření u pacientů. Formulář vstupního ergoterapeutického vyšetření s kódy z MKF by měl sloužit Klinice rehabilitačního lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (KRL) v praxi.

Klíčová slova:

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF); ergoterapie; vstupní vyšetření; multidisciplinární tým; disabilita

Abstract

The focus of this Bachelor's dissertation is International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and its applicability to occupational therapy initial examination. This dissertation is divided into sections: theoretical and practical.

Basic terminology as well as the ICF framework, goals, philosophy, development and the overview of its components can be found in theoretical section. Moreover, it describes the links between rehabilitation, occupational therapy and the ICF. The end of the theoretical part gives information about occupational therapy examination.

Practical section explores possible use of the ICF in occupational therapy initial examination. The main goal of practical part is to create an occupational therapy initial examination form based on the ICF and to apply it on patients. This form ought to be practically used by The Department of Rehabilitation Medicine, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague.

Key words:

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); occupational therapy; initial examination; multidisciplinary team; disability

Obsah:

Úvod.....	1
1. Teoretická část	4
1.1. Vymezení základní terminologie	4
1.2 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.	6
1.2.1 Cíle MKF.....	6
1.2.2 Aplikace MKF	7
1.2.3 Filozofie MKF	7
1.3 Vývoj International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)....	8
1.4 MKF v České republice	9
1.5 Použití MKF v praxi.....	10
1.5.1 Klinické nástroje MKF	10
1.6 Přehled komponent a domén MKF	12
1.6.1 Tělesné funkce (Body functions - b)	13
1.6.2 Tělesné struktury (Body structures - s)	13
1.6.3 Aktivity a participace (Activities and participation - d).....	15
1.6.4 Faktory prostředí (Environmental factors - e).....	16
1.6.5 Osobní faktory (personal factors).....	17
1.7 Rehabilitace a MKF	18
1.7.1 MKF a multidisciplinární tým	18
1.7.2 MKF a ergoterapie.....	19
1.8 Vyšetření v ergoterapii.....	22
1.8.1 Druhy vyšetření v ergoterapii.....	22
1.8.2 Základní důvody provádění ergoterapeutického vyšetření.....	23
1.8.3 MKF a vyšetření	23
2. Praktická část	24

2.1 Metodologie	24
2.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
2.3 Postup ve výzkumu	26
2.3.1 Práce s MKF	26
2.3.2 Ergoterapeutické vstupní vyšetření	26
2.3.3 Tvorba formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF	26
2.3.4 Přiřazení a aplikace kódů z MKF k položkám vstupního ergoterapeutického vyšetření	27
2.3.5 Kazuistika	39
2.3.6 Vyzkoušení formuláře ergoterapeutkami z KRL	42
3. Shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumné otázky	45
4. Diskuze	49
5. Závěr	53
6. Seznam literatury a použitých zdrojů	55
7. Seznam zkratk	59
8. Seznam příloh	61

Úvod

Podle organizace spojených národů (OSN) má přibližně 10% světové populace nějakou disabilitu. Jedná se tedy o nejpočetnější menšinu na světě. Proto je nejen morální a etické, ale i ekonomicky výhodnější objektivní zhodnocení funkční schopnosti pacientů a zmírnění následků onemocnění, úrazů nebo vrozených vad pomocí rehabilitace. (WHO, 2008)

Žijeme v době, kdy už nestačí jen diagnostikovat onemocnění či poruchu etiologickou diagnózou. Úraz i nemoc se dá totiž hodnotit ze dvou základních pohledů. Prvním pohledem je etiologie, jde o patologické agens či mechanickou příčinu, které lze zhodnotit z hlediska Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10). Druhým pohledem je pak to, co disabilitu člověku způsobilo a jak to na něj působí a omezuje v osobním i společenském životě, což nám nyní může objasnit Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). (Pfeiffer, 2007) Je tedy nezbytné standardizovat jak následky etiologických diagnóz, tak jejich funkční projevy, kdy funkční diagnóza v průběhu porušeného zdravotního stavu je na stejné úrovni jako etiologická diagnóza, ale postupem času se v různých životních situacích může stát i důležitější. (Švestková, a kol., 2010)

MKF se v poslední době v naší republice stává více známou, než tomu bylo dříve. Na základě přeložení MKF a jejího vydání v českém jazyce v roce 2008 se dostává do povědomí odborné společnosti, neboť je od 1. července 2010 povinen používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví, každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. (ČR, 2009)

MKF je tedy aktuální téma, které je u nás v začátcích a bude ještě nějaký čas trvat, než se dostane do většího povědomí a dostatečné aplikaci v praxi. Proto jsem se na základě předložených témat bakalářských prací, rozhodla zpracovat Ergoterapeutické vstupní vyšetření z hlediska Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Spousta českých a zahraničních odborníků a zastánců této problematiky totiž

věří, že MKF pomůže v ucelení rehabilitace v České republice. MKF je u nás prozatím v „plenkách“ a ještě několik let potrvá, než bude fungovat tato klasifikace tak, jak je tomu v jiných státech - např. v Německu či v Itálii. Proto bych chtěla svou bakalářskou práci přispět k rozšíření povědomí o MKF a zamyšlení se nad použitím MKF v ergoterapii.

MKF posuzuje disabilitu z pohledu biopsychosociálního modelu, zahrnuje všechny složky činnosti člověka, jeho role a úkoly, což je velmi blízké ergoterapii. Z definice ergoterapie, která dle Světové federace ergoterapeutů 2004 zní: *„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.“* (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009, s. 13) vyplívá propojenost mezi MKF a ergoterapií.

Pro ergoterapeutickou intervenci je potřeba provést vstupní vyšetření, díky kterému získá ergoterapeut dostatek informací o pacientovi. Nejen ergoterapeuti, ale i další členové multidisciplinárního týmu a profesionálové pracující s člověkem, který má nějakou disabilitu, provádějí vstupní vyšetření či šetření, kterými získávají informace. Každé vstupní vyšetření se však dle své odbornosti liší, a snaží se zjistit to, co je pro ně nejpodstatnější a potřebné pro další spolupráci s člověkem, který je disabilní. Ergoterapeut se ve vstupním vyšetření zaměřuje především na personální a instrumentální ADL (pADL a iADL), které člověk vykonává každý den, a proto je pro ergoterapeuta důležité vědět, jak je schopen činnosti vykonávat a v kterých činnostech má problémy. Dále je dominantou ergoterapeuta vyšetření horních končetin. Je nezbytné vědět, zda člověk s disabilitou využívá kompenzační pomůcky. Ve vstupním vyšetření by nemělo chybět ani zjištění bariér a úprav domácího prostředí. Orientačně pak během vyšetření zjišťuje i kognitivní funkce a smysly.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části se na úvod snažím vymezit základní terminologii, které je potřeba porozumět, charakterizují MKF a dále se zmiňuji o využití MKF v rehabilitaci a ergoterapii. V závěru teoretické části se zaměřuji na ergoterapeutické vyšetření. Praktická část se zabývá možností využití MKF v ergoterapii při vstupním vyšetření.

Hlavním cílem praktické části je vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF. Tento formulář vychází ze vstupního vyšetření Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (KRL). Vytvořené ergoterapeutické vstupní vyšetření s kódy z MKF by mělo sloužit k praktickému používání na KRL. Dílčím cílem v praktické části je vysvětlení přiřazení kódů z MKF k ergoterapeutickému vstupnímu vyšetření a aplikace tohoto formuláře u pacientů. Posledním dílčím cílem je vytvoření příručky s vybranými kódy pro přehlednější a snadnější kódování jednotlivých komponent a domén, které jsou obsaženy ve formuláři ergoterapeutického vstupního vyšetření.

1. Teoretická část

1.1. Vymezení základní terminologie

Pro upřesnění některých pojmů, se budu na úvod zabývat definicemi, které jsou důležité v problematice rehabilitace, ergoterapie a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).

Rehabilitace (Rehabilitation) - Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation), dále jen WHO, definuje rehabilitaci od roku 1981 takto: „*Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disability, následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.*“ (Kolář, 2009, s. 2) „*Je koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Tento proces zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku.*“ (Kolář, 2009, s. 1) Ucelená rehabilitace je definovaná jako „... *vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé a nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.*“ (Kolář, 2009, s. 2)

Disabilita (Disability) - návrh definice disability byl přijat podle MKF. Definice zní: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se zdravotní stav setkává s bariérami v prostředí.*“ (WHO, 2008) Pojem disabilita není přeložen do češtiny a jde tedy o anglicismus, který však odpovídá mezinárodní konotaci. Pojem disabilita nám umožňuje, aby nedocházelo k zaměňování pojmů, jako je zdravotní postižení, invalidita, omezení, porucha. (Švestková a Pfeiffer, 2004)

Porucha (impairment) - základním schématem MKF je porucha (impairment) jde o „*problémy tělesných funkcí nebo struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.*“ (WHO, 2008)

Komponenty - mají tři základní celky: **1. Tělesné funkce a struktury**, **2. Aktivity a participace** a **3. Faktory prostředí a osobní faktory**. Tyto komponenty se dělí na jednotlivé kapitoly a ty pak dále na domény. (WHO, 2008)

Domény – se v MKF definují jako „*praktické, smysluplné celky, které se vztahují k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám nebo oblastem života.*“ (WHO, 2008)

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) – je soustava položek, do kterých se zařazují nozologické jednotky podle stanovených kritérií. (WHO, 2009)

Vyšetření (examination) – „*se vztahuje k fyzikálnímu vyšetření pacienta a jeho základních postupů. V ergoterapii se uplatňuje hlavně vyšetření pohledem a pohmatem. Obsahuje vyšetření jednotlivých systémů.*“ (Krivošíková, 2011, s. 162)

Hodnocení (assessment) – je objektivní popis funkčních dovedností při každodenních úkolech, provádí se prostřednictvím klinického pozorování, testů, rozhovorů s pacientem. V užším významu jde o systematický sběr dat a informací k zjištění funkční úrovně klienta. Hodnocení se opakuje, dle potřeby pro zjištění vývoje zdravotního stavu. V ergoterapii je assessment v obecné rovině jakékoliv posuzování či měření. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Evaluace (evaluation) – je zhodnocení chování jedince, jeho vlastností, výkonu a funkčního stavu, které se získává pomocí testů, klinického pozorování a dalších postupů. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

1.2 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

MKF je výsledkem dlouhodobého myšlenkového vývoje, který procházel mnohými úskalími, především v terminologii. Klasifikace vznikla díky WHO a za spolupráce neurologů, psychiatrů, ortopedů, pediatrů, tělovýchovných lékařů, posudkových lékařů, speciálních pedagogů, psychologů, inženýrů, profesionálních politiků, architektů a jiných odborníků zabývajících se touto problematikou. Jde o teoretického průvodce moderní rehabilitací, která stále nabývá na svém významu. (Schuntermann, 2007; Švestková, et. kol., 2010)

MKF je navržena k zaznamenávání a zorganizování velkého rozsahu informací ohledně zdraví a stavů se zdravím souvisejících. (Stucki, Cieza, Ewert, a kol., 2002) Nedílnou součástí je tedy pochopit a znát cíle, aplikace a filozofii MKF.

1.2.1 Cíle MKF

MKF je klasifikací, která má víceúčelovou funkci, slouží různým disciplínám a různým sektorům. Hlavním cílem klasifikace je dát k dispozici jednotný (univerzální) a standardizovaný nástroj pro hodnocení celkového stavu člověka. (Peterson, 2005; WHO, 2008)

- ***Sjednocení terminologie*** – zavést společný jazyk při popisování zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů za účelem zlepšení komunikace mezi různými uživateli, jako jsou pracovníci ve zdravotní péči, vědci, političtí pracovníci a také osoby s disabilitami.
- Umožnit ***srovnávání dat*** mezi zeměmi, disciplínami zdravotní péče, službami a časem.
- Poskytnout ***vědecké báze*** k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů, východisek a determinant.
- Poskytnout ***systematické kódovací schéma***

(WHO, 2008)

1.2.2 Aplikace MKF

MKF je propojena zejména s MKN-10, ale je také užívána v různých oborech – pojišťovnictví, sociální zabezpečení, práce, výchova, ekonomika, sociální politika a ve vývoji celkové legislativy a životního prostředí. (WHO, 2008)

Aplikace MKF

- hodnocení stupně disability
- posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní)
- posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání
- předepisování a proplácení zdravotnických prostředků
- pro účely zdravotních pojišťoven
- pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení
- pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v zaměstnanosti
- pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu

(WHO, 2008)

1.2.3 Filozofie MKF

Základní filozofií MKF je „zdraví“ v různých životních situacích, poukazuje na to, že jedinec je schopen využívat své funkční schopnosti, i když je zdravotně postižený (disabilní). (Švestková, Pfeiffer, 2010) Klasifikace přináší nový směr a pohled na hodnocení a řešení vztahů a využívá k tomu biopsychosociálního modelu, který integruje jak medicínský pohled na pacienta zdůrazňující především nedostatky tělesných struktur a funkcí, které lze vhodnou léčbou odstranit nebo zmírnit, tak i pohled sociální, který hledá problémy spíše v komplexu podmínek vytvářených prostředím. (WHO, 2008)

Celý systém MKF neklasifikuje člověka, ale jeho disability, která by mohla být též nazvána jako situace, ve které se snížená aktivita střetává s výkonem, který člověk provádí. (Švestková, Pfeiffer, Angerová, a kol., 2006)

MKF vychází z neutrálních hodnot, ne z patologických projevů (fyziologické funkce a struktury, aktivity a participace), zdůrazňuje tedy pozitivní postoj rehabilitace a vyhýbá se nevalorizujícím označením člověka. (WHO, 2008)

1.3 Vývoj International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

WHO přijala v roce 1980 dokument International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH), který se vztahuje k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad. Tato klasifikace vychází z International Classification of Diseases (ICD). (Janovský, Pfeiffer a Švestková, 2005; Schuntermann, 2007)

ICF tedy vychází ze zkušební verze ICIDH, která bezpochyby vylepšila předchozí klasifikační nástroj založený na etiologických jevech (ICD-10). (Maini, Nocentini, Prevedini, a kol., 2008) ICIDH vyšla poprvé v rámci WHO v roce 1980, a šlo o zkušební vydání této klasifikace. Původně se předpokládalo, že bude klasifikace ve zkušebním období pouze 10 let, ale toto období trvalo skoro dvacet roků, kdy se získalo mnoho důležitých a nových poznatků z celého světa. Dospělo se tedy k závěru, že je nutná revize, která reaguje na doporučení uživatelů, odborníků a spolupracujících center WHO. ICIDH vzbudila po celém světě vysoký ohlas a je tedy výsledkem dlouhodobé intenzivní spolupráce a myšlenkového vývoje více než 70 států. (WHO, 1997)

V roce 2000 se ve Florencii dohodla Evropská unie (EU) společně s WHO, že přijmou tuto klasifikaci jako základ k politice rehabilitace v EU. V průběhu vývoje MKF se měnily názvy jednotlivých verzí, jde tedy o výsledek úsilí o co nejobektivnější pojetí a co nejsrozumitelnější definování jednotlivých pojmů této koncepce. Klasifikace je výsledkem práce mnoha odborníků i celých odborných skupin z celého světa, které se na klasifikaci podílely. (Švestková, Angerová a Sládková, 2009) Na 54. Světovém zdravotnickém shromáždění v Ženevě dne 22. května 2001 byla projednávána finální verze International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), která byla přijata všemi členskými státy WHO. (WHO, 2008) Všech 191 členských států potvrdilo klasifikaci jako standard pro popis a měření zdraví a zároveň jako základní filozofii a politiku rehabilitace. (WHO, 2002)

ICF je čím dál tím více aplikováno v klinických výzkumech a klinické praxi v rehabilitaci po celém světě. (Stucki, Ewert a Cieza, 2002)

1.4 MKF v České republice

První překlad ICIDH do českého jazyka přeložil prof. MUDr. Jan Pfeiffer DrSc. a doc. MUDr. M. Palát CSc. v časopise *Rehabilitácia* v roce 1984 a šlo o Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů (MKPDH). (WHO, 1997)

Profesor Jan Pfeiffer se podílel i na překladu poslední verze klasifikace MKF společně s docentkou Olgou Švestkovou z KRL. Díky českému překladu první verze MKF se v roce 2008 dostává klasifikace v České republice (ČR) do větší známosti a pozornosti. (Svěcená, Sládková a Švestková, 2011)

Další osvětou a pozitivním přínosem byl i první seminář, který sloužil k zavádění MKF v ČR. Konal se 6. října 2009 v Praze pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí za aktivní spoluúčasti Ministerstva zdravotnictví. Hlavním přednášejícím semináře byl Doc. PhDr. Michael F. Schuntermann (Švestková a Pfeiffer, 2010)

Zavedení MKF do praxe v ČR bylo určeno Českým statistickým úřadem ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, a to dne 18. listopadu 2009, kdy bylo přijato sdělení o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Jde o sdělení č.431/2009 Sb. „Podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen klasifikace MKF). Klasifikaci MKF je povinen použít každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována“. (ČR, 2009)

Česká republika se zapojuje do mezinárodních projektů a studií. Jedním z mezinárodních programů je projekt Measurement Health And Disability In Europe (MHADIE). Tento projekt, prokázal praktickou použitelnost MKF jak v oblasti hodnocení funkčních schopností pacientů, tak v oblasti školství, sociálních služeb i zaměstnanosti. (Švestková a Pfeiffer, 2009)

1.5 Použití MKF v praxi

V předchozí kapitole se zmiňují o tom, že v ČR se má podle zákona č. 85/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů MKF používat v praxi, proto uvádím tuto kapitolu, věnující se aplikaci MKF v praxi.

První krok při zavádění MKF do praxe bude záležet především na rehabilitačních a posudkových lékařích, kteří musí klasifikaci rozumět a správně ji používat. (Švestková a Hoskovcová, 2010) Pro praktické kódování podle MKF je nezbytné pochopit filozofii a aplikaci celé této klasifikace, proto se doporučuje projít kurzem. (Schuntermann, 2007) Z počátku není totiž používání klasifikace v praxi zcela jednoduché. V České republice, tyto kurzy zajišťuje Metodické centrum pro MKF - Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ). Jde o Certifikovaný kurz: **„Aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).“** KRL získala certifikát č. 114 vydaný The European Board of Physical and Rehabilitation Medicine s platností od března 2009 do r. 2014. Dále paní doc. Švestková získala certifikát č. 2050 vydaný Fellow of the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (FEBPRM) s platností od května 2010 do r. 2017. Tyto certifikáty opravňují a umožňují na KRL pořádat školení zdravotnických odborníků v praktické aplikaci MKF. Současné pořádané kurzy, které probíhají na KRL mají tři části. První část je Základní kurz, který je dvoudenní, poté následuje druhá část, která je formou E-learningu a trvá tři měsíce, třetí část je Pokročilý kurz a je opět dvoudenní. Kurz je určen nejen pro lékaře, ale i pro ostatní odborníky z multidisciplinárního týmu (fyzioterapeuty, sociální pracovníky, logopedy, ergoterapeuty, psychology, speciální pracovníky apod.). (Svěčená, Sládková a Švestková, 2011) Tento kurz je povinný v postgraduálním vzdělávání oboru Rehabilitační a fyzikální medicíny. (Švestková a Pfeiffer, 2010)

1.5.1 Klinické nástroje MKF

Současný výzkum ohledně MKF v rehabilitaci a jeho implementaci směřuje k identifikaci a validaci jednoduchých klasifikačních nástrojů, které mohou být aplikovány v klinické praxi. (Maini, Nocentitni, Prevedini, Giardini a Muscolo, 2008)

Mezi takové klinické nástroje MKF patří např. Checklist, Core set a Case Record Form.

ICF CHECKLIST je obecný formulář, který obsahuje standardizovaný soubor ICF kategorií. Jde o praktický nástroj k získání a zapsání informací o funkcích a disabilitách. ICF Checklist byl vytvořen WHO¹.

ICF CORE SETY jsou specializované klinické formuláře pro jednotlivá onemocnění - jde o soubor vybraných kategorií a problémů pro specificky danou diagnózu¹. Jde o rehabilitační záznam nebo rehabilitační program. Je to dokument, který uvádí důležité údaje o jednotlivých projevech (doménách) dané choroby, úrazu nebo vrozené vadě, které nesmí být opomenuty a musí být řešeny v rehabilitačním programu. V současné době jde o věc vývoje Core setů. Výzkumy probíhají v podobě mezinárodních studií, ve kterých jsou ICF Core sety testovány v mnoha zemích, v různých sociálních a zdravotních prostředích. (Švestková, et. kol., 2010) Jednou z prvních takových studií byla multicentrální studie, která začala v lednu 2005 v Itálii, financovaná italským ministerstvem zdravotnictví a koordinovaná nadací Scientific Institute of Montescano-Salvatore Maugeri, která vyhodnocovala aplikovatelnost čtyř ICF Core setů – chronickou bolest, osteoporózu, obstrukční plicní nemoc a mozkovou příhodu v devíti rehabilitačních centrech rozdělených rovnoměrně po celé Itálii. (Maini, Nocentitni, Prevedini, a kol., 2008)

ICF Core sety pro pacienty po poranění mozku jsou používány i na KRL, která používá zkrácenou verzi (short version)¹.

Pro lepší představu uvádím webovou stránku, kde je možné získat odkazy na některé Core Sety v anglickém jazyce².

CASE RECORD FORM (CRF) jsou soubory dotazníků jak pro pacienty, tak pro zdravotníky, mohou být ve formě papírové nebo elektronické a používají se především v klinickém hodnocení výzkumu pro sběr dat¹.

¹ Informace ze dne 6. 3. 2012, Dostupné z: <http://www.mkf-cz.cz/node/4>

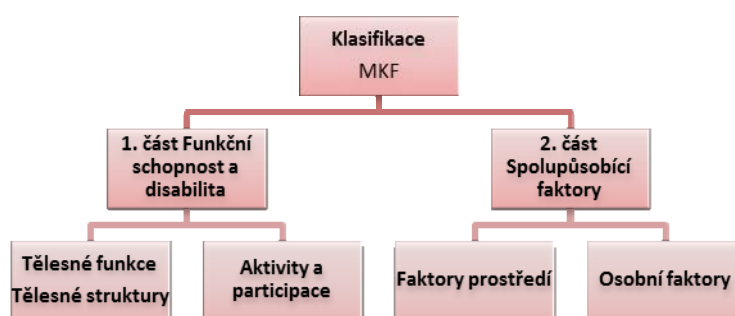
² <http://www.icf-research-branch.org/research/reaserchprojects.htm>

1.6 Přehled komponent a domén MKF

Pro používání MKF v praxi je potřeba mít přehled a orientovat se v komponentách, doménách a kvalifikátorech klasifikace.

MKF se skládá ze dvou částí, každá tato část obsahuje dvě komponenty (obr. 1). Na rozdíl od MKN-10, používá MKF pro označení komponent malá písmena a využívá až čtyřmístného číselného řazení v podobě detailních definic z třístupňové klasifikace. (Janovský, Pfeiffer a Švestková, 2005) Každá komponenta v klasifikaci může být vyjádřena z hlediska pozitivního nebo negativního kvalifikátoru. Komponenty se skládají z různých kapitol. Celá klasifikace je dělena podle alfanumerického systému, numerické kódy a jejich kvalifikátory upřesňují rozsah nebo velikost výkonu nebo zdravotního postižení v dané kategorii nebo rozsah příslušného vlivu faktoru prostředí, které je buď facilitující (usnadňující) nebo omezující (bariérové). (Votava, 2005; WHO, 2008) V jednotlivých doménách jsou kategorie, které jsou jednotkami klasifikace. Každá doména má určitý kód nebo kódy a přiřazují se k nim jeden až tři kvalifikátory, které jsou uváděny jako jedno nebo více čísel za tečkou (nebo dělítkem) každého kódu. (Zeman, 2010) V opačném případě, tedy pokud není uveden kvalifikátor u jednotlivých kódů, nemá klasifikace smysl. (WHO, 2008)

Obr. 1: Schéma klasifikace MKF



Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Jednostupňová klasifikace obsahuje seznam názvů kapitol (např. b7 Funkce neuromuskuloskeletární a funkce vztahující se k pohybu,...). **Dvoustupňová klasifikace** se vyznačuje seznamem názvů kapitol a prvního stupně větvení klasifikace (např. b710 Funkce kloubní hybnosti,...). **Třístupňová klasifikace** je pak podrobná klasifikace s definicemi včetně toho, co obsahuje a co se vylučuje (např. b7102 celková hybnost

kloubů,...) s ohledem na to, jak je možné být v daném případě konkrétní. (WHO, 2008; Zeman, 2010)

1.6.1 Tělesné funkce (Body functions - b)

Tělesné funkce jsou fyziologické funkce tělesných systémů včetně funkcí psychických a jsou klasifikovány pouze jedním kvalifikátorem (obr. 2). Jde o kvalifikátor s negativní stupnicí, který nám vymezuje rozsah nebo velikost nějaké poruchy. Tělesné funkce obsahují 8 kapitol (obr. 3). (WHO, 2008)

Obr. 2: Kvalifikátor tělesných funkcí

První kvalifikátor:	Rozsah poruch	Procenta
Žádná, zanedbatelná	bxxxxx.0	0-4%
Lehká, mírná, nepatrná	bxxxxx.1	5-24%
Středně těžká, mírná snesitelná	bxxxxx.2	25-49%
Těžká, silná	bxxxxx.3	50-95%
Úplná, kompletní	bxxxxx.4	96-100%
Nespecifikováno	bxxxxx.8	
Neaplikovatelné	bxxxxx.9	

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Obr. 3: Jednotlivé kapitoly Tělesných funkcí.

1. kapitola – Mentální funkce
2. kapitola – Smyslové funkce a bolest
3. kapitola – Funkce hlasu a řeči
4. kapitola – Funkce kardiovaskulární, hematologické, imunologické a respirační
5. kapitola – Funkce zaživací, metabolické a endokrinní
6. kapitola – Funkce urogenitální a reprodukční
7. kapitola – Funkce neuromuskulární a pohybové
8. kapitola – Funkce pokožky a jejich struktur

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

1.6.2 Tělesné struktury (Body structures - s)

Tělesné struktury charakterizují anatomické části těla, jako jsou orgány, končetiny a jejich součásti, a jsou klasifikovány třemi kvalifikátory (obr. 4 a 5). První kvalifikátor má negativní škálu a označuje rozsah a velikost poruch. Druhý kvalifikátor charakterizuje povahu změn vztahující se k tělesné struktuře a její poruše. Třetí

kvalifikátor nám označuje lokalizaci poruchy. Tělesné struktury obsahují 8 kapitol (obr. 6). (WHO, 2008)

Obr. 4: První kvalifikátor tělesných struktur

První kvalifikátor:	Rozsah poruch	Procenta
Žádná, zanedbatelná	sxxxxx.0	0-4%
Lehká, mírná, nepatrná	sxxxxx.1	5-24%
Středně těžká, mírná snesitelná	sxxxxx.2	25-49%
Těžká, silná	sxxxxx.3	50-95%
Úplná, kompletní	sxxxxx.4	96-100%
Nespecifikováno	sxxxxx.8	
Neaplikovatelné	sxxxxx.9	

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Obr. 5: Druhý a třetí kvalifikátor tělesných struktur

Druhý kvalifikátor:	Povaha	Třetí kvalifikátor:	Lokalizace
Není změna ve struktuře	sxxxxx._0	Více než jedna oblast	sxxxxx.__0
Úplná ztráta	sxxxxx._1	Vpravo	sxxxxx.__1
Částečná ztráta	sxxxxx._2	Vlevo	sxxxxx.__2
Přídavná část	sxxxxx._3	Na obou stranách	sxxxxx.__3
Aberantní (nepřiměřené) rozměry	sxxxxx._4	Vpředu	sxxxxx.__4
Discontinuita	sxxxxx._5	Vzadu	sxxxxx.__5
Odchylná (vybočená) pozice	sxxxxx._6	Proximálně, nahoře	sxxxxx.__6
Kvalitativní změny struktury	sxxxxx._7	Distálně, dole	sxxxxx.__7
Nespecifikováno	sxxxxx._8	Nespecifikováno, jiné	sxxxxx.__8
Neaplikovatelné, blíže neurčené	sxxxxx._9	Neaplikovatelné, blíže neurčené	sxxxxx.__9

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Obr. 6: Jednotlivé kapitoly tělesných struktur

1. kapitola – Struktury nervového systému
2. kapitola – Oko, ucho a příslušné struktury
3. kapitola – Struktury vztahující se k hlasu a k řeči
4. kapitola – Struktury kardiovaskulárního, imunologického a respiračního systému
5. kapitola – Struktury vztahující se k zažívání, metabolismu a endokrinnímu systému
6. kapitola – Struktury vztahující se k genitourinárnímu a reprodukčnímu systému
7. kapitola – Struktury vztahující se k pohybu
8. kapitola – Kůže a k ní se vztahující struktury

1.6.3 Aktivity a participace (Activities and participation - d)

Aktivita je v MKF definovaná jako provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem. *Aktivita snižená (limitovaná)* jsou obtíže, které člověk může mít, při provádění úkolu (úkonu), tedy aktivity.

Participace je zapojení se do životní situace. *Participace a její omezení* jsou problémy, které člověk prožívá při zapojování se do běžných denních situací. Aktivity a participace mají dva kvalifikátory.

První kvalifikátor je pro *výkon* (performance - provedení výkonu) a ukazuje rozsah omezení participace, při provedení úkolu nebo akce osoby v jejím běžném prostředí (zahrnutí do životní situace nebo prožívaná zkušenost lidí v aktuálních souvislostech, ve kterých právě žijí). Běžné prostředí se také popisuje kódováním s užitím komponent faktorů prostředí. Kvalifikátor výkonu měří obtíže, které respondent zakouší při děláni věcí, za předpokladu, že je chce dělat. (WHO, 2008)

Druhým kvalifikátorem je *kapacita* ukazuje nejvyšší pravděpodobný stupeň funkční schopnosti člověka provést aktivitu a participaci v danou chvíli. Kvalifikátor kapacity je měřitelný v uniformním nebo standartním prostředí, bez asistence. „Asistencí myslíme pomoc jiné osoby, nebo asistenci prováděnou adaptovaným nebo speciálně upraveným nástrojem nebo dopravním prostředkem nebo jakoukoli formu modifikace prostředí jako pokoje, domova, pracovního místa atd. Úroveň kapacity by měla být posuzována ve vztahu k normálním očekáváním od osoby nebo ke kapacitě osoby do té doby, než získala současné zdravotní podmínky“. Aktivity a participace obsahují 9 kapitol. (WHO, 2008)

Obr. 7: Kvalifikátory Aktivit a participací – výkon a kapacita

Kvalifikátory:	Výkon	Kapacita (bez asistence)	Procenta
Žádná, zanedbatelná	dxxxxx.0	dxxxxx. 0	0-4%
Lehká, mírná, nepatrná	dxxxxx.1	dxxxxx. 1	5-24%
Středně těžká, mírná snesitelná	dxxxxx.2	dxxxxx. 2	25-49%
Těžká, silná	dxxxxx.3	dxxxxx. 3	50-95%
Úplná, kompletní	dxxxxx.4	dxxxxx. 4	96-100%
Nespecifikováno	dxxxxx.8	dxxxxx. 8	
Neaplikovatelné	dxxxxx.9	dxxxxx. 9	

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Obr. 8: Jednotlivé kapitoly Aktivit a participací

1. kapitola – Učení se a aplikace znalostí
2. kapitola – Všeobecné úkoly a požadavky
3. kapitola – Komunikace
4. kapitola – Pohyblivost
5. kapitola – Péče o sebe - soběstačnost
6. kapitola – Domácí život
7. kapitola – Mezilidská jednání a vztahy
8. kapitola – Hlavní oblasti života
9. kapitola – Komunita, sociální a občanský život

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

1.6.4 Faktory prostředí (Environmental factors - e)

Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí. Kvalifikátor je zde buď pozitivní, nebo negativní stupnice hodnocení pro rozsah toho, co vytváří faktor prostředí buď jako bariéra, nebo jako facilitace. Faktory prostředí obsahují 5 kapitol.

Obr. 9: Kvalifikátor bariér a Kvalifikátor facilitace

Kvalifikátor: Bariéra	Bariéra	Kvalifikátor: Facilitace	Facilitace	Procenta
Žádná bariéra (zanedbatelná)	exxxx.0	Žádná facilitace (zanedbatelná)	exxxx.+0	0-4%
Lehká bariéra (nízká)	exxxx.1	Lehká facilitace (nízká)	exxxx.+1	5-24%
Středně těžká bariéra	exxxx.2	Středně těžká facilitace	exxxx.+2	25-49%
Těžká bariéra (vysoká, extrémní)	exxxx.3	Těžká facilitace (vysoká)	exxxx.+3	50-95%
Úplná bariéra (totální)	exxxx.4	Úplná facilitace (totální)	exxxx.+4	96-100%
Bariéru nejde určit	exxxx.8	Facilitaci nejde určit	exxxx.+8	
Bariéru nelze aplikovat	exxxx.9	Facilitaci nelze aplikovat	exxxx.+9	

Zdroj: upraveno podle WHO, 2008

Obr. 10: Jednotlivé kapitoly Faktory prostředí

1.6.5 Osobní faktory (personal factors)

Osobní faktory „jsou zvláštním základem v životě člověka a skládají se z vlastností jedince, které nejsou přímou součástí zdravotního stavu. Tyto faktory mohou být pohlaví, rasa, věk, odolnost, životní styl, zvyky, výchova, styl chování, sociální zázemí, vzdělání, povolání, minulé a současné zkušenosti, vše co může hrát roli v disabilitě na jakékoli úrovni.“ (WHO, 2008, s. 29)

1.7 Rehabilitace a MKF

Rychlý vývoj medicíny a především vznik nových léčebných postupů nám v posledních desetiletích předčil všechna očekávání v záchraně životů. Pacienti přežívají díky moderní medicíně, to co v dřívější době bylo smrtelné jako je např. klinická smrt či zdánlivě beznadějně ohrožený život. Což vyvolává i problém, kterým je dlouhý život s disabilitou. (Pfeiffer a Švestková, 2009) Dnes už tedy nejde jen o diagnostiku a akutní terapii, ale i o potřebu využití a zařazení rehabilitace do zdravotní, pedagogické ale i sociální péče. Včasnou rehabilitací je možné výrazně zlepšit vyhlídky člověka, který rehabilitaci potřebuje, aby mohl dosáhnout pokud možno co nejvyšší možné funkční schopnosti. (Švestková a Pfeiffer, 2009) Rehabilitace člověku může umožnit důstojný život a integrovat ho do společnosti tak, aby měl co nejoptimálnější kvalitu života. (Schneidert, Hurst a Miller, 2003)

Pojetí rehabilitace u nás je zatím vedeno především jako léčebně-preventivní, tím se lišíme od jiných států, kde rehabilitace představuje začlenění občanů se zdravotním postižením zpět do společnosti. Průkopníkem a hlavním iniciátorem prosazování koncepce rehabilitace u nás je prof. Jan Pfeiffer a KRL pod vedením doc. Olgy Švestkové. (Pfeiffer, 2007) V ČR doposud není jednoznačně vymezen zákon o rehabilitaci, který už je nějakou dobu např. v Německu (Švestková a Pfeiffer, 2010), kde přijali opatření, aby všichni lékaři prošli kurzem ICF. Tento kurz je podmínkou pro proplácení výkonů zdravotními pojišťovnami. (Švestková, 2011) Proto narůstá řada problémů, obzvláště nyní, když dochází k zapojování České republiky do evropských projektů. Je tedy velmi důležité přizpůsobit se evropskému i světovému chápání rehabilitace. Evropská komise doporučila v oblasti rehabilitace používat MKF. Klasifikace nám nyní vychází vstříc a měla by nám pomoci překlenout stávající nedostatky a spojit všechny složky důležité pro plynulý a koordinovaný chod rehabilitace v České republice. (Švestková a Pfeiffer, 2010)

1.7.1 MKF a multidisciplinární tým

Ucelená rehabilitace je současné pojetí rehabilitace, nejde tedy jen striktně o zdravotnickou aktivitu ve smyslu fyzioterapie, ale jde o interdisciplinární obor, který kromě zdravotnické péče zahrnuje také sociálně právní, pedagogickou a pracovní rehabilitaci. (Janovský, Pfeiffer a Švestková, 2005) V rehabilitaci obvykle spolupracují

různí odborníci, některá pracoviště mají možnost plnohodnotného multidisciplinárního týmu a mohou poskytovat komplexní rehabilitaci. Jedním z důležitých úkolů jednotlivých odborníků v multidisciplinárním týmu je, aby poruchy jednotlivých porušených funkcí, struktur a aktivit hodnotili. Každý člen týmu by měl tedy odpovídat za podání dostatečných informací o pacientovi dle kódů z MKF, které je schopen dle své odbornosti otevřít a posléze klasifikovat. Používáním MKF se výrazně zlepšila kvalita práce v procesu multidisciplinárního týmu. MKF tedy přispívá k systematictějšímu přístupu a vytváří základ efektivní komunikace v multidisciplinárním týmu. (Tempest a Mcintyre, 2006)

Mezi členy multidisciplinárního týmu patří i ergoterapeut, který je důležitou součástí rehabilitace a společně dotváří „kruh“ ideální rehabilitační péče, která pacientovi umožní návrat zpět do běžného života. Ergoterapeut se zaměřuje na pacienty, kterým zdravotní postižení jakéhokoli druhu znemožňuje vykonávání aktivit, jež jsou pro něj důležité. Snaží se napomáhat pacientům bez rozdílu věku a dosáhnout co největší možné soběstačnosti a nezávislosti a přispívá tak k zachování optimální kvality života. (Kostlivá, 2009) Pro ergoterapeuta bude tedy při kódování nejpodstatnější především komponenta Aktivity a participace vztahující se k pADL a iADL.

1.7.2 MKF a ergoterapie

WHO konstatovala, že zejména pro ergoterapeuty může MKF poskytnout sjednocující strukturu pro klinickou praxi a výzkum. Proto vzniká potřeba prozkoumat podobnosti a rozdílnosti mezi MKF a ergoterapeutickými teoriemi, modely a koncepty. (Kjeken a Lillemo, 2006) Protože se ergoterapie zaměřuje na činnosti a aktivity denního života v prostředí člověka s disabilitou, mohou být koncepční ergoterapeutické modely úzce propojeny s MKF. (Stamm, Cieza, Machold, a kol., 2006)

MKF poukazuje na to, že jejím hlavním smyslem je pomoci lidem účastnit se každodenních aktivit, které jsou pro jejich život smysluplné a potřebné. Zahrnuje všechny oblasti činností člověka, jeho úkolů a rolí, které též patří mezi profesní zájem ergoterapeutů. Nabízí nám tedy určitou strukturu v hodnocení vztahu mezi poruchou zdraví, schopností provádět činnosti a interakcí mezi osobou a prostředím. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

1.7.2.1 Ergoterapeutické modely a MKF

Ergoterapeutické modely jsou velmi blízké konceptu MKF, tyto modely jdou navázat na MKF a také díky této klasifikaci porovnat. Příkladem mohou být Model lidské činnosti (Model of Human Occupation - MoHO), Kanadský model (Canadian Model of Occupational Performance - CMOP) a Australský model (Occupational Performance Model – OPM(A)). Většina konceptů z těchto tří modelů může být propojena s MKF. MKF se dokonce ukázalo jako užitečný nástroj pro porovnání podobností a rozdílností těchto tří koncepčních ergoterapeutických modelů. Přesto MKF nepokrývá všechny základní koncepty těchto modelů. (Stamm, Cieza, Machold, a kol., 2006)

V koncepčních ergoterapeutických modelech jsou osoba, činnost a prostředí základními elementy. (Kjeken a Lillemo, 2006)

1.7.2.2 Využití MKF v ergoterapii

Klasifikace MKF může sloužit jako užitečný nástroj pro ergoterapii a podporovat komunikaci mezi profesemi, ale není dostatečná pro profesionální jazyk ergoterapeutů. MKF se dá v ergoterapii využít jako:

- **výzkumná pomůcka** (např. identifikace funkčních problémů a zjišťování kvality života osob s určitým omezením aktivity nebo ke sledování vlivu faktorů prostředí na výkon aktivity)
- podklad pro **tvorbu klinických ergoterapeutických hodnocení** (např. podklad pro tvorbu hodnocení výstupů intervencí, úrovně fungování či míry participace osoby)
- sjednocení **terminologie** používané v rehabilitaci
- **vzdělávání ergoterapeutů** (přiblížení zaměření našeho oboru a jeho uplatnění v rámci zdravotně-sociálních služeb)

(Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

1.7.2.3 Terminologie v ergoterapii

V ergoterapii vychází zatím poslední návrh terminologického systému pod záštitou AOTA (Americká asociace ergoterapeutů) v roce 2002 pod názvem „Systém ergoterapeutické praxe: oblasti a postup“. Tento nový terminologický systém vychází ze

čtyř pilířů, a to především z modelu výkonu zaměstnávání, dále z modelu MoHO, z hodnocení motorických a procesních dovedností (AMPS) a z MKF. Systém ergoterapeutické praxe se snaží o nové vývojové trendy v ergoterapii. Zdůrazňuje především orientaci profese směrem k zaměstnávání, ale zároveň se snaží rozlišit termíny zaměstnávání a činnost. Také se snaží o propojenost ergoterapeutické terminologie s MKF. (Krivošíková, 2011)

Tab. 1: Terminologické rozlišení mezi poruchou, aktivitou a participací – příklady:

Porucha (impairment)	Aktivita (disabilita)	Participace (handicap)
jazyk	řeč	komunikace
zrak	vidění	orientace
tělo	oblékání, sycení, chůze ...	fyzická nezávislost, mobilita
mozek	chování, paměť ...	sociální interakce

Zdroj: Kalvach, 2004

1.8 Vyšetření v ergoterapii

Součástí ergoterapeutického procesu je vyšetření. Po vyšetření je sestaven ergoterapeutický plán a následná terapie klienta. Díky vyšetření získává ergoterapeut potřebné informace o pacientovi, se kterým bude spolupracovat. Pokud není provedeno efektivní a přesné vyšetření a následné posouzení problému pacienta, nelze provádět dostatečně kvalitní terapii. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Jednou z nejčastějších intervencí ergoterapeuta je hodnocení běžných denních činností. Snahou ergoterapeuta je zjistit, ve kterých konkrétních aktivitách (např. sebesycení, koupání) je osoba limitována, zjišťuje příčinu obtíží a navrhuje opatření pro zlepšení, udržení či zachování potřebných dovedností pro jejich překonání. Dalším velmi potřebným hodnocením v ergoterapii je hodnocení prostředí, ve kterém pacient žije, nejlépe provedením domácí návštěvy. Z ergoterapeutického pohledu může prostředí facilitovat neboli usnadňovat činnost, ale i vytvářet bariéry, neboli zvyšovat nároky, které vedou u prováděné činnosti k obtížím, překážkám či dokonce k zábraně. Proto je velmi důležité, aby bylo zhodnoceno i prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje, a aby bylo promyšleno, jak lze toto prostředí efektivně využít pro usnadnění fungování osoby. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

1.8.1 Druhy vyšetření v ergoterapii

- **Vstupní vyšetření** – získává základní informace pro plánování léčby (krátkodobých a dlouhodobých cílů), jde o informace o dovednostech a schopnostech jedince, dále o problémech a omezeních, o jeho potřebách či potřebách pečujících
- **Průběžné vyšetření** – provádí se v průběhu léčby, zjišťujeme změnu ve zdravotním stavu či situaci jedince
- **Specifické vyšetření** – na vyžádání, dle potřeby a povahy problému
- **Závěrečné vyšetření** – zhodnocení celé léčby po ukončení, či po skončení části léčebné etapy
- **Kontrolní vyšetření** – zhodnocení změn, které nastaly po ukončení léčby

(Krivošíková, 2011)

1.8.2 Základní důvody provádění ergoterapeutického vyšetření

- Ergoterapeutická diagnostika
- Identifikace individuálních potřeb
- Cíle a plánování terapie
- Srovnávání údajů
- Sledování účinnosti (efektivnosti) ergoterapeutické léčby

(Krivošíková, 2011)

1.8.3 MKF a vyšetření

Informace o funkcích a strukturách získáváme jak z MKN-10, tak z dokumentace zdravotnického zařízení, ale rovněž i od pacienta v rámci vstupní anamnézy, rozhovorem, pohledem (pozorováním, aspekci), palpací a různými testy a diagnostickými metodami, ale též vlastním vstupním vyšetřením. (Švestková, Pfeiffer, Angerová a Sládková, 2010) Proto se do budoucna počítá s MKF v zavádění „jednotného jazyka“ a jednotného hodnocení, které se může postupem času využít i k tomu, že budeme schopni v rámci vstupního vyšetření pacienta kódovat. (Svěcená, Sládková a Švestková, 2011) Může se objevit námitka, že jde o určité omezování tvůrčího úsilí odborníků, což je do jisté míry pravda, protože nejrůznější často i velmi promyšlené hodnotící testy a stupnice, budou převáděny do kódů z MKF, což ale na druhou stranu umožní zlepšení komunikace mezi odborníky. (Švestková a Pfeiffer, 2010)

2. Praktická část

2.1 Metodologie

Při vytváření praktické části bylo využito metod a technik kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je dle Dismana: „*nenumericke šetření a interpretace sociální reality*“ (Disman, 2002, str. 285) Cílem kvalitativního výzkumu je odkrýt význam podkládaných informací tedy vytvářet nové hypotézy, nové porozumění a vytvoření teorie. (Disman, 2002). Jako metodu sběru dat pro zpracování výzkumu jsem použila zúčastněné pozorování, rozhovor, palpační vyšetření. Techniky použité v praktické části jsou vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s přiřazením kódů z MKF, aplikace formuláře v praxi a kazuistika. I když nešlo o kvantitativní výzkum pro získání informací od ergoterapeutek, které vyzkoušely formulář v praxi, jsem použila dotazník.

Hlavním cílem bakalářské práce je vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF. Tento formulář vychází z ergoterapeutického vstupního vyšetření, které se používá na KRL. Jde o aplikační cíl, neboť tento formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF by měl sloužit k praktickému používání ergoterapeuty z KRL.

Díličními cíli v praktické části je vysvětlení vybraných kódů z MKF v ergoterapeutickém vstupním vyšetření a aplikace formuláře v praxi. Poslední cíl, který jsem si stanovila je vytvoření příručky pro přehlednější a snadnější kódování jednotlivých komponent a domén s kódy vyplývajícími z formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření.

Výzkumná otázka zní: ***Je možné během vstupního ergoterapeutického vyšetření zároveň provést klasifikaci MKF?***

2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Praktická část byla prováděna na Klinice rehabilitačního lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Předpokládaný výběr vzorku byl účelový, kritérium pro výběr vzorku bylo pouze to, že se jednalo o pacienty KRL. Počet účastníků ve výzkumu byl 15 pacientů. Dále byly osloveny ergoterapeutky z KRL, aby vyzkoušely formulář vstupního vyšetření s kódy z MKF v praxi.

2.3 Postup ve výzkumu

2.3.1 Práce s MKF

V průběhu přípravy na zpracování praktické části bakalářské práce bylo nejdůležitější seznámit se s MKF především s její filozofií, terminologií a s tím, jak se má klasifikace správně používat.

Po celou dobu vypracovávání praktické části jsem tedy využívala klasifikace MKF. Pro práci s klasifikací bylo potřeba projít, alespoň částečně, nějakou praktickou zkušeností. Před psaním bakalářské práce jsem měla s touto klasifikací zkušenosti jen z předmětu Úvod do ergoterapie (formou jedné přednášky o ICF) a dále jsem navštěvovala volitelný předmět Klinická aplikace ICF a WHO. Po výběru tématu bakalářské práce jsem tedy využila možnosti zúčastnit se třetí části kurzu: „Aplikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)“ v září 2011, který byl dvoudenní. Tyto dva dny mi pomohly přiblížit si a lépe pochopit MKF a prakticky si vyzkoušet kódování podle MKF. Kurz byl pro mne velkým přínosem pro lepší pochopení a porozumění jednotlivým komponentám a výběru adekvátních domén a jejich kódování, což bylo posléze pro mou bakalářskou práci stěžejní.

2.3.2 Ergoterapeutické vstupní vyšetření

V průběhu ledna a února 2012 jsem chodila na KRL provádět vstupní vyšetření, ze kterých jsem vycházela při vytváření formuláře s adekvátními komponentami a doménami. Ergoterapeutických vstupních vyšetření jsem provedla celkem 10. Tato vyšetření mi umožnila náhled pro výběr kódů z MKF k jednotlivým položkám vstupního vyšetření a k postupné tvorbě a úpravě formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF.

2.3.3 Tvorba formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF

K vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF jsem použita jako šablonu formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření z KRL. Z formuláře byly využity jednotlivé položky, které ergoterapeut při vstupním vyšetření vyšetřuje. K jednotlivým položkám jsem pak přiřadila kódy z MKF. Tvorba první verze

formuláře probíhala v průběhu ledna a února. Formulář procházel v průběhu jeho tvorby různými grafickými změnami, ale především docházelo i k eliminaci přiřazovaných kódů dle adekvátnosti ergoterapeutických potřeb a možnosti jejich klasifikace v průběhu vstupního vyšetření. Formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF jsem použila u pěti pacientů. První verzi formuláře jsem použila v únoru u 1 pacienta, druhou v březnu u 3 pacientů a třetí verzi v květnu u 1 pacienta.

2.3.4 Přiřazení a aplikace kódů z MKF k položkám vstupního ergoterapeutického vyšetření

Následující podkapitola se zabývá jednotlivými položkami z formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření a přiřazením jednotlivých kódů z MKF k těmto položkám tak, aby sloužili pro ergoterapeutickou intervenci a také aby byla možná aplikace kódů z MKF v praxi. Dále je u každé položky uvedeno, jaké kódy byly otevřeny a u kolika pacientů.

- ***Bytová situace***

Položku bytová situace bylo potřeba kromě vhodných kódů z MKF doplnit o schody v bytě a schody do sklepa, jelikož někteří pacienti musí tyto překážky překonávat v běžných denních situacích. Pro klasifikaci bytové situace pacienta je potřeba využít komponentu Faktory prostředí a z ní 1. kapitolu Produkty a technologie a její kód ***e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty budov pro soukromé použití***. Kód vypovídá o tom, zda má pacient bariéry v soukromém prostředí nebo je facilitován. Tento kód kromě ergoterapeuta bude také zajímat lékaře, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta.

Bytová situace byla podrobněji zjištěna rozhovorem u 4 pacientů z pěti. Šlo především o otevření kódu *e 1550*, kdy se jednalo o překážku před domem a v domě. U všech 4 pacientů šlo o překonávání schodů. Všichni 4 pacienti byly schopni překážky překonat za pomoci kompenzace (francouzské hole, zábradlí, vycházkové hole, asistence či schodolezu). Dále 1 pacient viděl bariéru při otevírání dveří, které jsou podle něj příliš těžké a musí vynaložit velké úsilí, aby je otevřel. Kód *e 1551* byl otevřen u 4 pacientů, všichni pacienti mají částečně bezbariérové bydlení.

- **Sociální situace**

Sociální situace bude ergoterapeuta zajímat především z hlediska naplnění terapií a zařazení pacienta do běžného života. MKF obsahuje dostatek kódů ohledně sociální situace pacienta, ovšem vzhledem k časovým možnostem při provádění vstupního vyšetření jsem usoudila, že podrobnější sociální situaci a využití kódů z MKF použije spíše sociální pracovník. První verze formuláře v této položce obsahovala především komponenty z Aktivit a participací. Příklad některých kódů uvádím v (obr. 11). Třetí verze formuláře obsahuje komponentu Faktory prostředí a z ní 3. kapitola Podpora a vztahy a její kódy *e 310 Nejbližší rodina a e 340 Pečovatelé a osobní asistenti*. Jde o podporu fyzickou a emocionální, která je pro pacienta důležitá např. pro dopravení na terapii, podporu při terapii a fungování v běžných denních aktivitách.

Položka sociální situace byla zjištěna rozhovorem od 4 pacientů z pěti. Otevřen byl kód *e 310* u 4 pacientů a u 1 pacienta i kód *e 340*. Všichni vyšetřovaní pacienti sdílí domácnost s rodinnými příslušníky, kteří je podporují v terapii a umožňují facilitaci, kterou pacient potřebuje.

Obr. 11: Ukázka některých kódů, které byly vyřazeny

Hlavní oblasti života	Kvalifikátor výkonu	Kvalifikátor kapacity
d 820 školní výchova		
d 825 příprava na povolání		
d 830 vyšší vzdělání		



Zdroj: vlastní výzkum

- **Zájmy a režim dne**

Jde o položku, která nám vypovídá o pacientovi, jak je naplněn den, jestli zvládá své koníčky a zda je vykonává. Tuto položku lze získat rozhovorem s pacientem nebo od rodiny a pečovateli. Této položce nejlépe odpovídají kódy z komponenty Aktivit a participací, a to zejména 2. kapitola a z ní kód *d 230 Vykonávání běžné denní povinnosti* a 9. kapitola a z ní kód *d 920 Rekreační a volný čas*.

2 pacienti z pěti měli problém s naplánováním si, co během dne dělat a dále tuto činnost vykonávat, byl tedy otevřen kód *d 230*. Kód *d 920* byl otevřen u 4 z pěti

pacientů a šlo především o to, že pacienti nyní nemůžou vykonávat své koníčky, které dříve vykonávali a mají je rádi, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

- ***Mobilita***

Mobilita je důležitá nejen pro ergoterapeuta, ale obzvláště pro fyzioterapeuta, který využívá speciálních vyšetřovacích metod. Pro ergoterapeuty je důležité zjistit, jak je pacient schopen otáčet se na lůžku, posazovat, zda udrží či zvládne změnit pozici těla při provádění různých činností. Pro tuto položku je nejvhodnější komponentou Aktivita a participace, a to 4. Kapitola a z ní kódy *d 410 Měnění pozice těla, d 415 Udržení pozice těla, d 420 Přemístování, d 450 Chůze a d 460 Pohyb po různých lokalitách, d 465 Pohyb za použití různých zařízení.*

K lokomoci pak potřebujeme ještě zjistit, jaké užívá pomůcky, které umožňují v běžném denním životě pacientovi pohyb. K pomůckám pro lokomoci lze přiřadit kód *e 120 produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budovy.*

Mobilita byla vyšetřena u všech pěti pacientů, u všech pacientů se vždy vyskytl problém, který byl klasifikován. Protože nebyl použit žádný speciální test či vyšetřovací metoda, bylo obtížnější určit správný stupeň kvalifikátoru. Otevření jednotlivých kódů a jejich podkódů záleželo především na stavu pacienta. Během vyšetření nebylo možné u všech vyšetřit všechny části této položky. U každého pacienta byl otevřen kód *d 410* a z něj dále *d 4106*. Kód *d 415* byl otevřen u 3 pacientů, především jeho podkód *d 4154*. Kód *d 420* i jeho podkódy *d 4200, d 4201* byly otevřeny u 2 pacientů. Chůze byla vyšetřena pouze orientačně a rozhovorem, jakou vzdálenost zvládne pacient ujít a na jaký si troufne terén, proto byly otevřeny kódy *d 450, 460*, které byly u 3 pacientů a u 2 pacientů byl otevřen kód *d 465*. Pomůcky k lokomoci mají všichni vyšetřovaní, ale pouze 4 pacienti je využívají, proto byl kód *e 1200* otevřen jen u 4 pacientů.

- ***Kompenzační pomůcky***

Tato položka umožňuje zjistit, jestli je pacient vybaven kompenzačními pomůckami nebo jestli pacient dle své disability nějakou kompenzační pomůcku potřebuje. Důležité je, zda bude pomůcky používat a jestli je schopen si pomůcku nachystat, používat ji a pečovat o ni. Této položce nejvíce odpovídá komponenta Faktory prostředí a z ní kód *e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití*

v denním životě a kód z komponenty Aktivity a participace d 6504 Údržba pomocných zařízení, který je ale přiřazen k iADL.

Kompenzační pomůcky využívá všech 5 pacientů, ale, kdo jaké pomůcky má a jak mu usnadňují činnosti, bylo zjištěno pouze u 4 pacientů, u kterých byl otevřen kód e 115 a jeho podkódy. U 1 pacienta nešly získat informace z důvodu špatné komunikace.

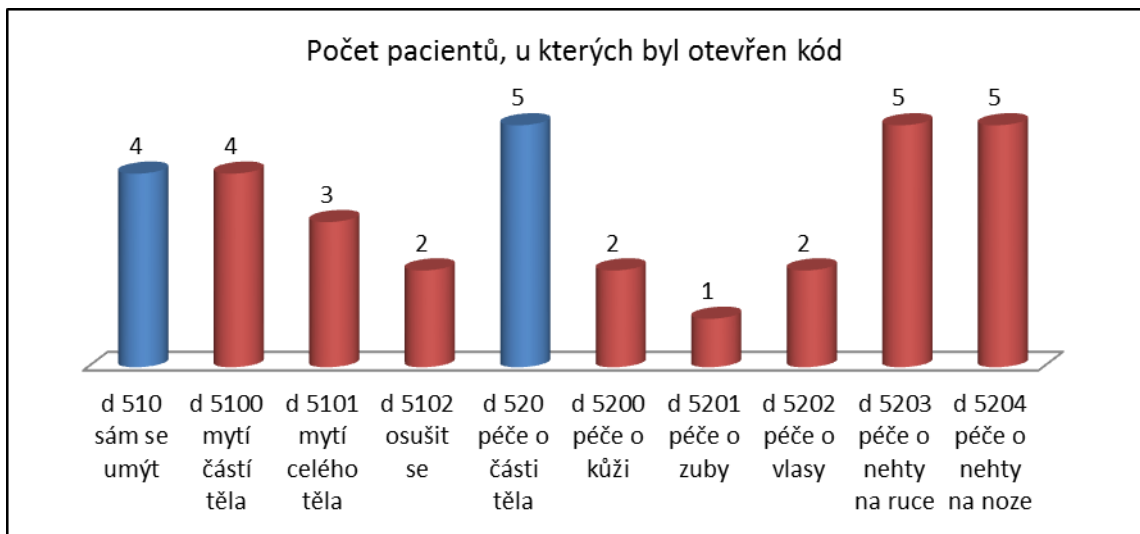
- **Personální ADL**

Jedním z hlavních cílů ergoterapeuta je vyšetření a ověření soběstačnosti pacienta. K jednotlivým částem položky pADL lze přiřadit kódy z komponenty Aktivit a participací, a to především z 5. Kapitoly Péče o sebe a její kódy *d 510 Sám se umýt, d 520 Péče o části těla, d 530 Používání toalety, d 540 Oblékání, d 550 Jídlo, d 560 Pití*. Dále byla přiřazena ještě jedna část k této položce, a to *Péče o své zdraví, kód d 570*. Kromě komponenty Aktivit a participací je potřeba přiřadit komponentu Tělesné funkce a z ní 1. Kapitulu Mentální funkce a kód *b 176 Mentální funkce řídící složité pohyby*, který se vztahuje např. na oblékání. Dále je to 5. kapitola Funkce zažívacího, metabolického a endokrinního systému, kódy *b 510 Funkce příjmu potravy, b 525 Funkce defekační* a 6. kapitola Urogenitální a reprodukční funkce a z ní kód *b 620 funkce močení*.

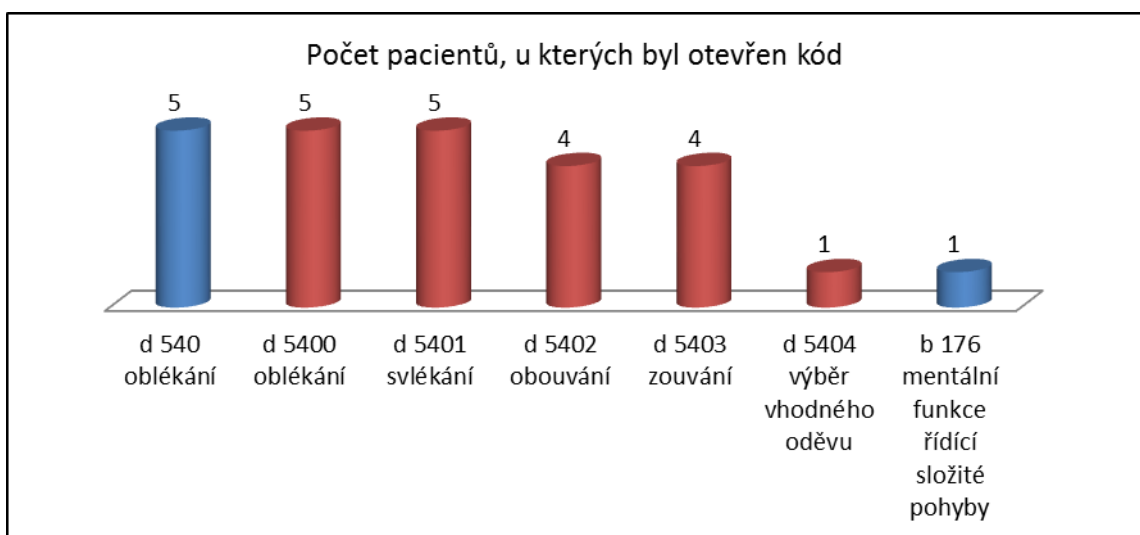
Personální ADL bylo vyšetřeno u 5-ti pacientů z 5-ti formou rozhovoru a pozorováním, při jednotlivých ukázkách činností. U 4 pacientů byl problém v koupání a byl tedy otevřen kód *d 510*. U všech pacientů byl problém v položce oblékání, tedy v kódu *d 540*, u 1 pacienta pak bylo potřeba ještě otevřít kód *b 176*. Dále byl u všech pacientů otevřen kód *d 520* v péči o osobní hygienu a jeho podkódů. Problém se sebesycením, měli všichni vyšetřovaní, a proto byly otevřeny kódy *d 550* a *d 560*. Problém v používání toalety byl u 3 pacientů, u nichž byl tedy otevřen kód *d 530*. S kontinencí měl problém pouze 1 pacient a byly u něj otevřeny kódy *b 525* a *b 620*. Posledním kódem v pADL je *d 570* péče o své zdraví, který byl otevřen u 2 pacientů. Kromě přiřazení kvalifikátoru byly kódy doplněny slovním popisem.

Jednotlivé části z položky pADL, a jejich kódy jsou znázorněny v následujících grafech. Grafy nám vypovídají o tom, u kolika pacientů byly jednotlivé kódy otevřeny.

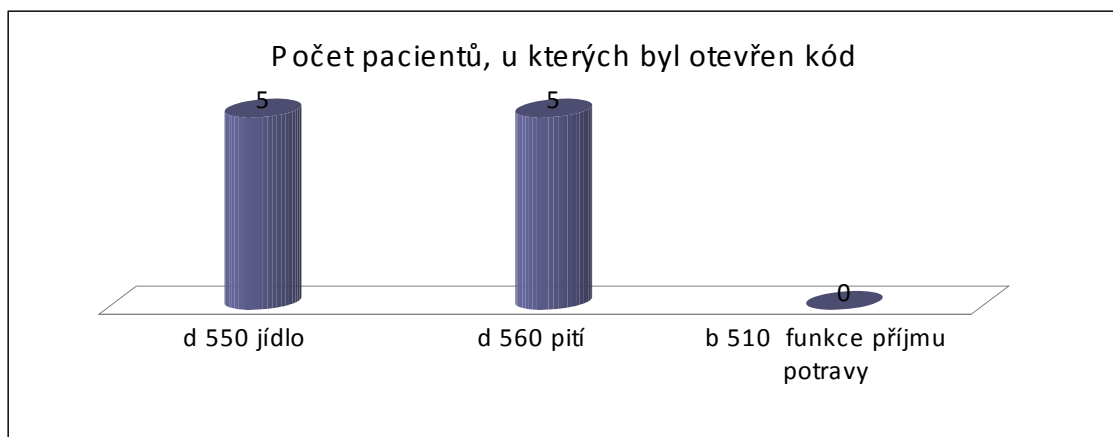
Graf 1: Osobní hygiena a koupání



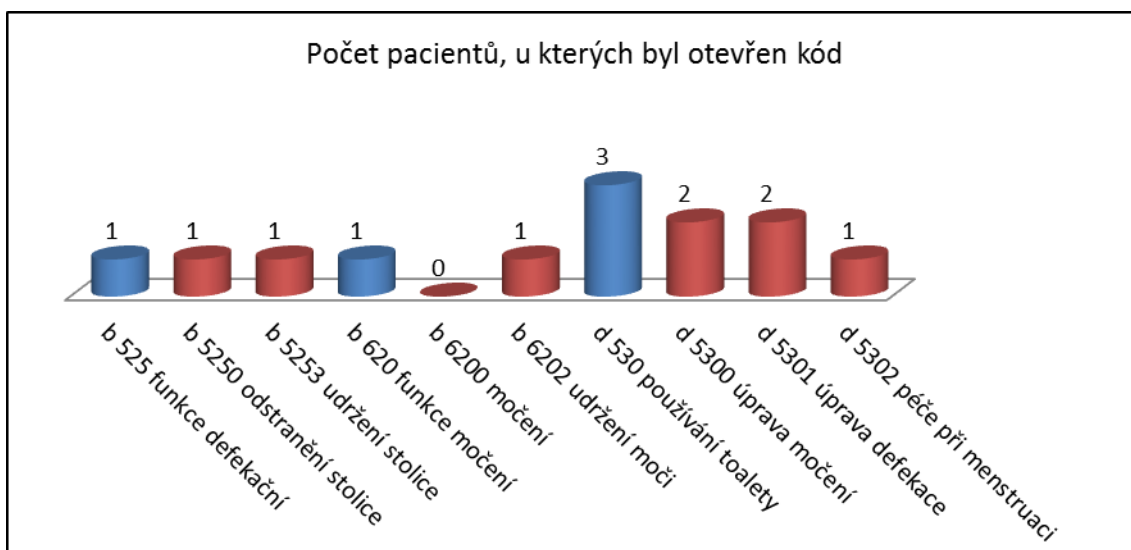
Graf 2: Oblékání a svlékání



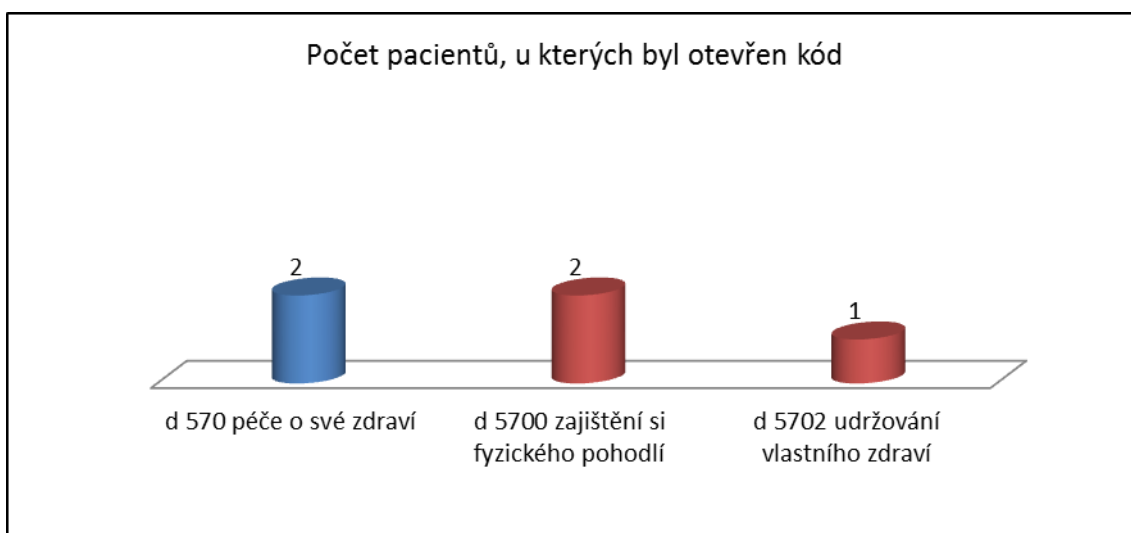
Graf 3: Příjem jídla/sebesycení



Graf 4: Použití toalety



Graf 5: Péče o zdraví



Zdroj: vlastní výzkum

- **Instrumentální ADL**

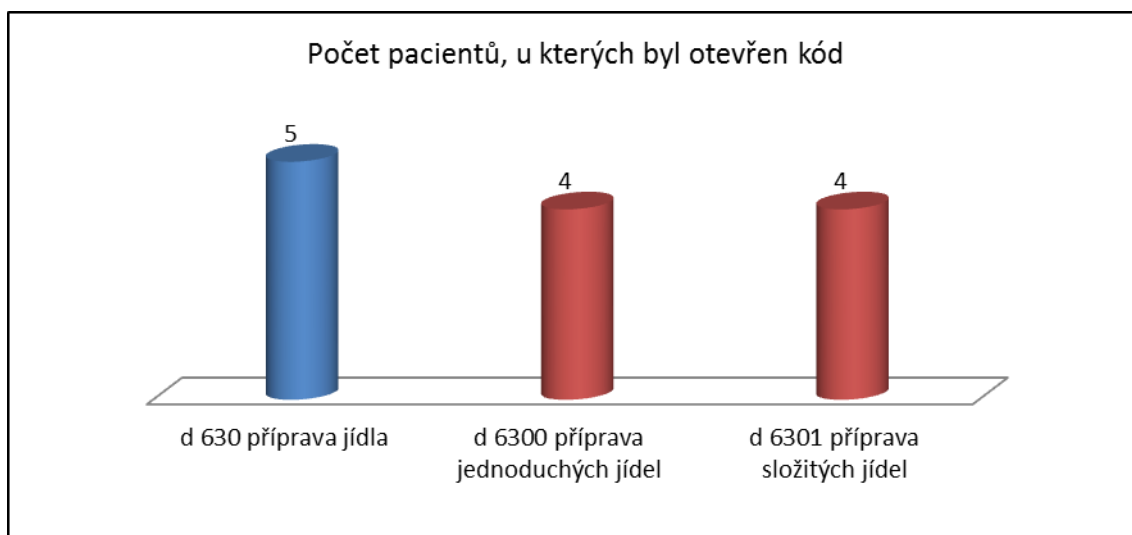
Vyšetření instrumentálního ADL (iADL) je další hlavní cíl ergoterapeuta při vyšetření. Pro přiřazení kódu k této položce byla vybrána především komponenta Aktivit a participací, její 4. kapitola Pohyblivost a kódy *d 470 Používání dopravy*, *d 475 Řízení*. Z 6. kapitoly Život v domácnosti byly vhodnými kódy *d 620 Získání nezbytných životních věcí*, *d 630 příprava jídla*, *d 640 vykonání domácích prací*, *d 650 Péče o předměty v domácnosti*. Dále pak byly z 8. kapitoly Hlavní oblasti života vybrány kódy *d 860 Základní ekonomické operace*, *d 865 složité ekonomické operace*.

Kromě domén z Aktivit a participací je nutno využít i doménu z Faktorů prostředí, a to z 1. kapitoly Produkty a technologie kód *e 125 produkty a technologie pro komunikaci*.

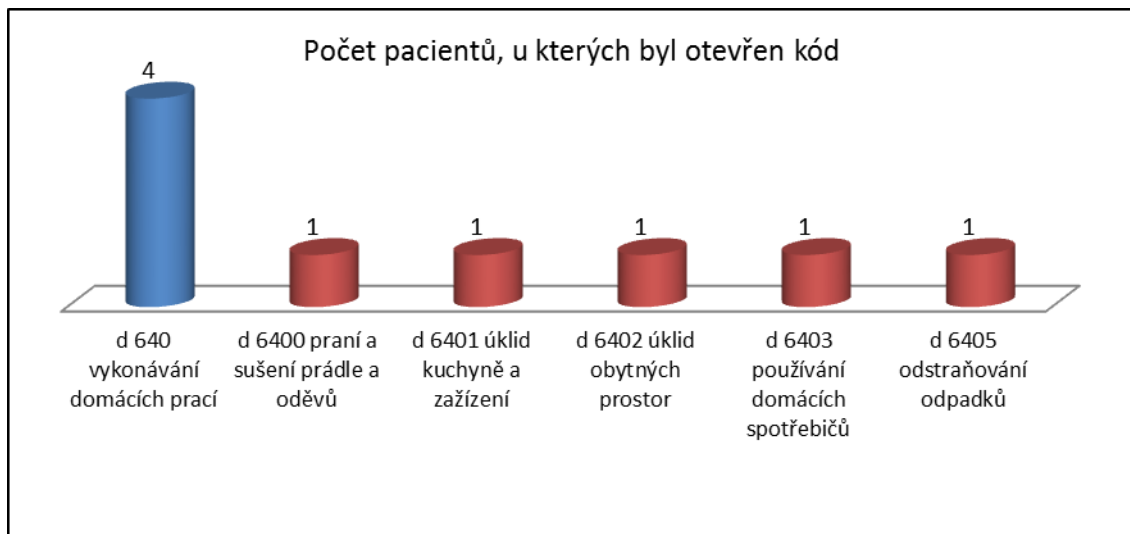
Položka iADL byla vyšetřena u všech pěti pacientů, některé činnosti byly předvedeny a zbytek informací jsem získala rozhovorem. U 1 pacienta šla tato položka vyšetřit jen částečně, z důvodu zhoršené komunikace. U všech pěti pacientů byl otevřen kód *d 630*, protože ani jeden z pacientů není schopen si připravovat úplně samostatně jídlo, spíše jen pomáhají při přípravě. Kód *d 640 vykonávání domácích prací* jsem otevřela u 4 pacientů. Další kód, který byl potřeba otevřít u všech pěti vyšetřovaných pacientů, byl *d 620*. Kód *d 470* byl otevřen u 3 pacientů, u zbylých dvou nebyla zjištěna situace. Řízení dopravního prostředku bylo zjištěno jen u 1 pacienta, takže kód *d 475* byl otevřen jen u 1 pacienta z pěti. Problém s vedením domácnosti se vyskytl u 4 pacientů z pěti. Funkční komunikace *e 125* jsem zjistila u 4 pacientů z pěti, kdy pouze u 1 pacienta bylo potřeba kód otevřít. Kód *d 650* byl otevřen u 3 pacientů, u kterých byla vyšetřována tato položka. Problém s vedením domácnosti (případně nevedení domácnosti) měli 4 pacienti z pěti, byly u nich tedy otevřeny kódy *d 860 a s 865*.

Znázornění jednotlivých částí položky iADL s kódy a jejich otevření u vyšetřených pacientů jsem zpracovala pro větší přehlednost v následujících grafech.

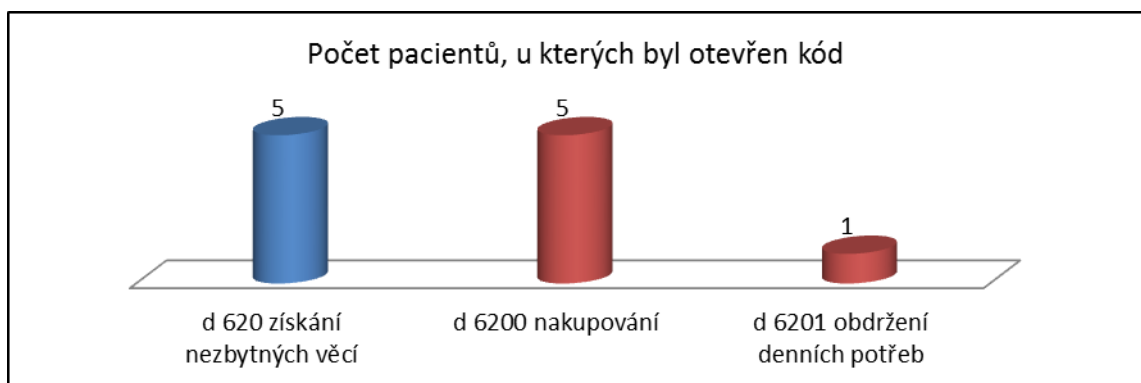
Graf 6: Příprava jídla



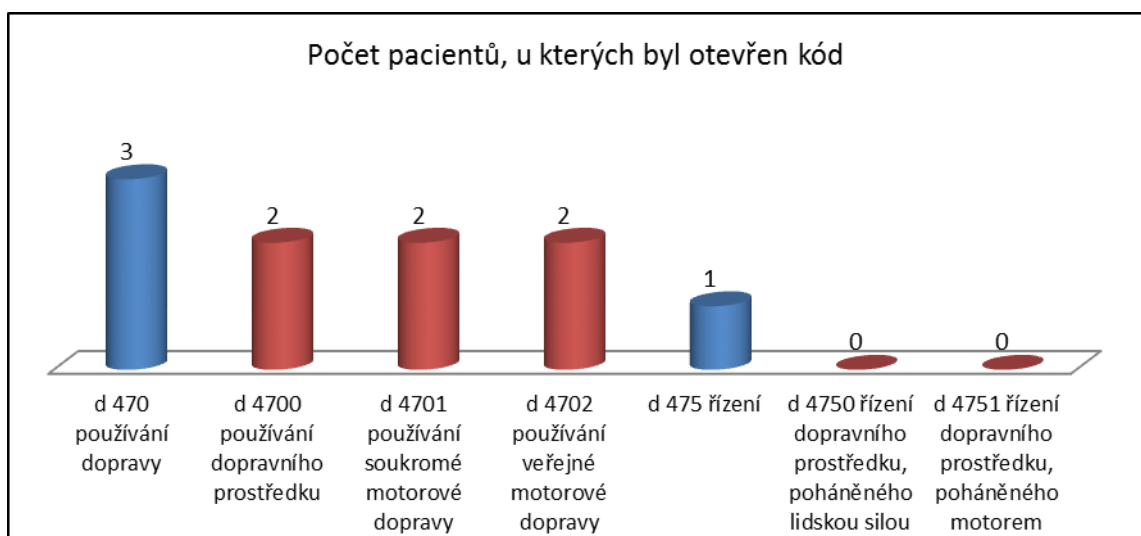
Graf 7: Domácí práce



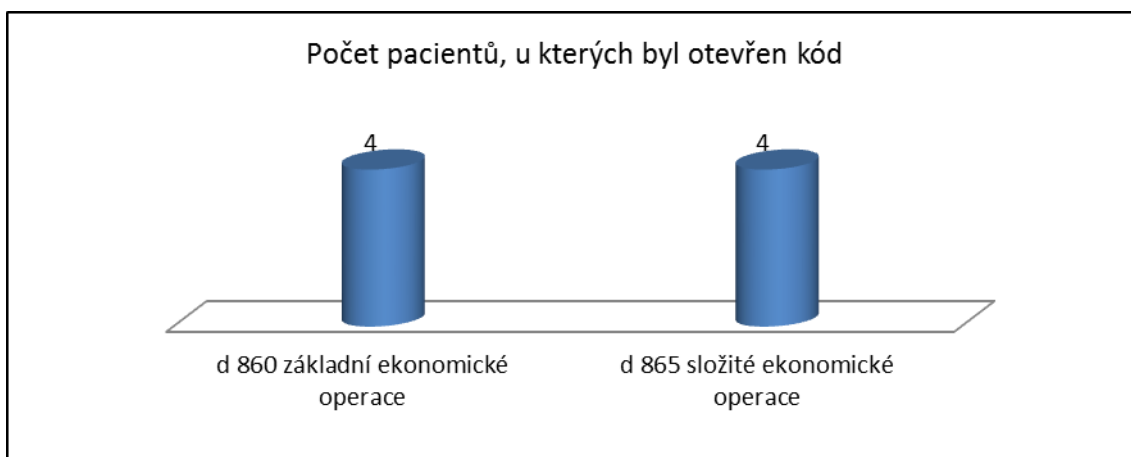
Graf 8: Nákup



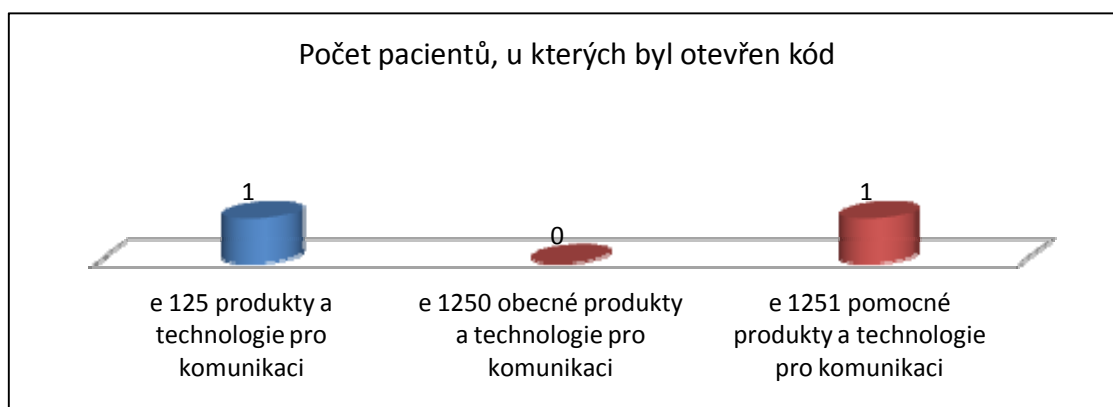
Graf 9: Transport



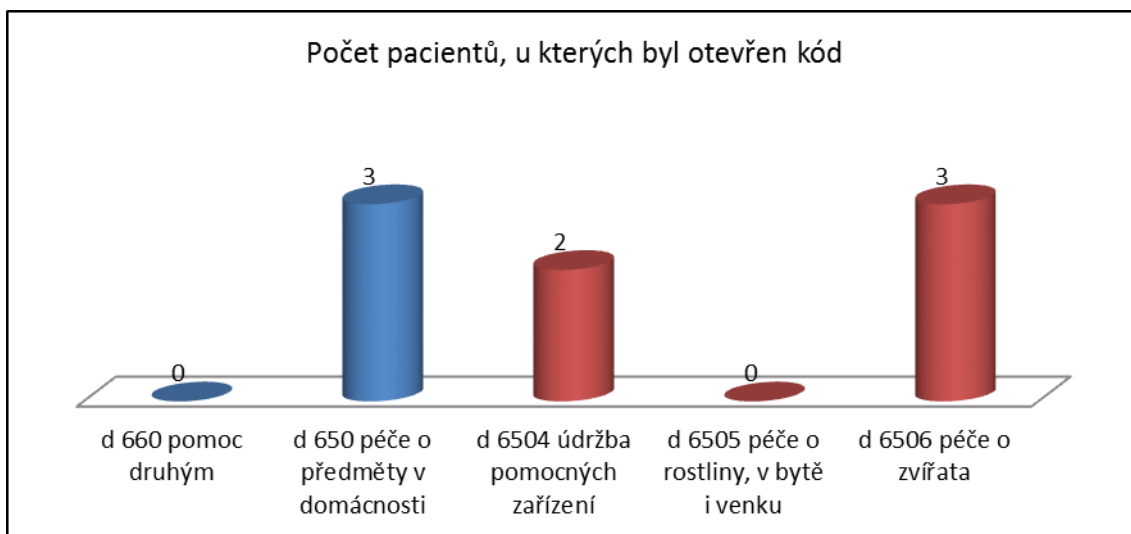
Graf 10: Vedení domácnosti



Graf 11: Funkční komunikace



Graf 12: Péče o druhé a osobní pomůcky



Zdroj: vlastní výzkum

- **Orientační vyšetření kognitivních funkcí**

Vyšetření kognitivních funkcí se při vstupním vyšetření vyšetřuje pouze orientačně, a to pozorováním, jak pacient reaguje na otázky, je-li schopen splnit různé úkoly, které od ergoterapeuta dostává, a jak se chová v průběhu vyšetření. Dále můžeme konzultovat své postřehy s ostatními členy multidisciplinárního týmu např. psychologem, speciálním pedagogem, kteří využívají různé speciální testy pro vyšetření kognitivních funkcí. Proto bylo obtížné vybrat z hlediska ergoterapeuta jednotlivé kódy, které bychom byli schopni správně klasifikovat. Pro orientační vyšetření kognitivních funkcí byly přiřazeny kódy z komponent Tělesných funkcí a z Aktivit a participací. Komponenta Tělesných funkcí umožňuje použití kódů z 1. kapitoly Mentální funkce a její kódy ***b 114 Orientační funkce, b 130 Funkce energie a řízení, b 134 Spánek, b 140 Funkce pozornosti, b 144 Funkce paměti, b 160 Funkce myšlení, b 164 Kognitivní funkce vyšších úrovní, b 167 Mentální funkce jazyka, b 180 Uvědomování si vlastní identity a funkce času.*** Z Aktivit a participací jde o 1. kapitolu Učení se a aplikace znalostí a z té kódy ***d 155 Získání dovedností, d 160 Soustředění pozornosti, d 166 Čtení, d 170 Psaní, d 172 Počítání, d 175 Řešení problémů.*** Z 2. Kapitoly Všeobecné úkoly a požadavky jsou to kódy ***d 210 Provádění jednotlivého úkolu, d 220 Provádění mnohočetných úkolů.*** Z 3. kapitoly Komunikace se jedná o kódy ***d 310 Komunikace přijímání mluvených zpráv, d 325 Komunikace přijímání psaných zpráv, d 330 Mluvení, d 335 Vytváření neverbální zprávy, d 350 Konverzace, d 360 Používání komunikačních pomůcek a technik.*** Ze 7. Kapitoly Mezilidská jednání a vztahy jsou to kódy ***d 710 Základní mezilidské jednání, d 720 Složitá mezilidská jednání, d 730 jednání s cizími lidmi, d 740 Formální společenské vztahy.***

Položka Orientační vyšetření kognitivních funkcí byla vyšetřena u 4 pacientů z pěti, kdy větší obtíže se projeví u 3 pacientů a 1 pacient měl problém pouze se psaním. U 3 pacientů, kteří měli obtíže, šlo především o řeč, kdy byl problém ve vyjadřování a tedy v komunikaci. Byly tedy otevřeny kódy ***b 167, d 310, d 320, d 330*** a dále v psaní - ***d 170***, čtení ***d 166*** a počítání ***d 172***. U 2 pacientů nastal problém v orientaci a bylo potřeba otevřít kód ***b 114*** a jeho podkódy. U 1 pacienta byly otevřeny ještě kódy ***b 144, b 140***. Jednoho pacienta jsem nevyšetřila vzhledem k časovým možnostem.

- **Orientační vyšetření smyslů**

Položka orientační vyšetření smyslů obsahovala v 1. i v 2. verzi formuláře kódy z MKF, vzhledem k eliminaci kódů, jsem ale usoudila, že kódy vztahující se ke smyslům, budou otevírat spíše lékaři. Třetí verze formuláře tedy neobsahuje, žádný kód z MKF v této položce.

- **Funkční vyšetření horních končetin**

Položce funkční vyšetření horní končetiny vyhovuje především komponenta Tělesné funkce a z ní 2. Kapitola Smyslové funkce a bolest a její kódy **b 265 Dotykové funkce, b 280 Vnímání bolesti**, dále pak 7. Kapitola Funkce neuromuskuloskeletální a funkce vztahující se k pohybu a kódy **b 710 Funkce kloubní hybnosti, b 715 Funkce kloubní stability, b 720 Funkce hybnosti kostí, b 765 Funkce mimovolní hybnosti, b 780 Funkce vztahující se k pocitům ze svalů a pohybů**. Použije se také komponenta Tělesných struktur 7. Kapitola Struktury vztahující se k pohybu a její kódy **s 720 Struktura oblasti ramenní a s 730 Struktura horní končetiny**. K funkčnímu vyšetření horní končetiny byly přiřazeny také kódy z komponenty Aktivit a participací ze 4. Kapitoly Pohyblivosti **d 430 Zvedání a nošení předmětů, d 440 Využití ruky k jemným pohybům, d 445 Využití ruky a paže**.

Funkční vyšetření horní končetiny bylo vyšetřeno u 4 pacientů z pěti a posléze zaznamenány stupně kvalifikátorů **b 710, b 720**. Pro přesnější určení stupně kvalifikátoru těchto kódů by byla potřeba goniometrie, bohužel ta se z časových možností nedá stihnout během vstupního vyšetření, a proto jde především o orientační vyšetření rozsahů. Dále byl otevřen kód **b 265** u 1 pacienta, **b 280** u 2 pacientů. Z tělesných struktur byly otevřeny kódy **s 720** a **s 730** u 4 pacientů z pěti. Manipulace s předmětem a úchopy horních končetin jsem vyšetřila u 4 pacientů, u kterých byly otevřeny kódy **d 430, d 440, d 445**.

- **Čítí horních končetin**

Čítí horních končetin je velmi důležitou složkou vstupního vyšetření, neboť porucha čítí způsobuje omezení v činnosti pacienta. Problematikou čítí se v klasifikaci zabývá komponenta Tělesných funkcí, a to zejména 1. Kapitola Mentální funkce a kód **b 156 Funkce vnímání – b 1564 dotykové vnímání** a 2. kapitola Smyslové funkce a

bolest a její kódy **b 260 Proprioreceptivní funkce, b 270 Smyslové funkce, které se vztahují k teplotě a jiným stimulům.**

Položka čítí byla vyšetřena u 4 pacientů z pěti. Tři pacienti měli poruchu čítí, 1 pacient byl bez poruchy. Byly tedy otevřeny především kódy **b 1564, b 260, b 2700, b 2701.**

- **Svalová síla horních končetin**

Svalovou sílu si ergoterapeut může vyšetřit už při vyšetření rozsahů horních končetin nebo může využít svalového testu. O svalové síle nám vypovídá komponenta Tělesných funkcí a její 7. kapitola Funkce neuromuskuloskeletální a funkce vztahující se k pohybu a její kódy **b 730 Funkce svalové síly, b 740 Funkce svalové vytrvalosti.**

Svalová síla byla vyšetřena u 4 pacientů z pěti, kdy 2 pacienti měli svalovou sílu sníženou a 2 pacienti nulovou a byl u nich otevřen pouze kód **b 730.**

- **Svalový tonus horních končetin**

Položka svalový tonus horní končetiny nám slouží především pro vyšetření nástupu spasticity, popř. zjištění rigidity, hypotonu či hypertonu. K této položce můžeme přiřadit kódy ze 7. kapitoly Funkce neuromuskuloskeletální a funkce vztahující se k pohybu a kód **b 735 funkce svalového tonu.**

Svalový tonus byl vyšetřen u 3 pacientů z pěti, kdy u všech 3 pacientů se projevila spasticita a bylo potřeba kód **b 735** otevřít.

K jednotlivým položkám ve formuláři ergoterapeutického vstupního vyšetření byly přiřazeny kódy z MKF, které nejvíce odpovídali k daným položkám vstupního vyšetření.

2.3.5 Kazuistika

Pro názornou ukázkou a možnost budoucího používání formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF v praxi, jsem vytvořila kazuistiku jednoho vyšetřovaného pacienta.

Základní informace:

Iniciály: BJ	
Pohlaví: žena	Ročník: 1964
Datum vyšetření: 22.3.2012	Datum onemocnění: 15.8.2011
Terapeut: Pavla Hamplová	

Diagnóza: stp. Ischemická CMP – ischemické ložisko v oblasti bazálních gangliích a inzuly vpravo, klinicky pravostranná centrální hemiparéza s větším postižením PHK akrálně, frustní dysartrie, lehká paréza n. VII vpravo
--

RA: nevýznamná

OA: léčena pro hypothyreozu před příhodou, migrenózní potíže, HLP na th. statinem 1 rok

AA: nejuje

FA: ANP 100, Letrox 100, Citalec 20, Tulip 20, Acidum folicum, Hypnogen

Abusus: do příhody kouřila 5 cigaret/den, alkohol – nejuje

Cíle, očekávání, subjektivní problémy klienta: zlepšení chůze, funkčnost PHK, aby ji mohla používat v běžných denních činnostech (rozhýbat ji)

Vstupní vyšetření: příloha č. 1

Silné stránky: věk pacientky, doba od příhody, zachované cití na PHK, orientačně kognitivní funkce v normě, chůze bez kompenzační pomůcky, podpora rodiny

Slabé stránky: plegie PHK se spasticitou akra, dominance PHK, subluxace v pravém ramenním kloubu – bolestivé rameno, depresivní,

Zhodnocení vstupního vyšetření

Dg.: i-CMP pravostranná

Mobilita: chodí sama bez kompenzačních pomůcek, po schodech využívá zábradlí, chůze pomalejší (*d 4106.11; d 450.11*)

Bydlení: bydlí v panelovém domě v 6. patře, výtah, před domem 8 schodů (*e 1550.2+1; e 1551.2+1*)

ŠA: SŠ elektrotechnika

PA: nyní v PN, jinak asistentka v bezpečnostní agentuře

Hodnocení ADL / soběstačnost:

P ADL: pacientka potřebuje, u téměř všech pADL dopomoc, využívá k veškerým činnostem LHK

přesuny: soběstačná, jen do vany potřebuje pomoc

osobní hygiena: soběstačná využívá LHK, potřebu je pomoc s umytím hlavy, nabarvení vlasů, učesání culíku, chodí na pedikúru a manikúru, déle ji trvá namalování, ve všech činnostech využívá pouze LHK (*d 510.11; d 5200.11; d 5202.22; d 5203.43; d 5204.43*)

oblékání: soběstačná, pomoc potřebuje se zavázáním tkaniček, zipů a knoflíků, vše dělá hlavně LHK, potřebuje delší čas na vykonání činnosti (*d 540.12*)

sebesycení: soběstačná lžice nebo vidlička LHK, není schopna si nic nakrájet, problém s otvíráním lahví, napuštění vody (*d 550.11; d 560.11*)

použití WC: soběstačná

I ADL:

příprava jídla: zvládne jen pomocné práce, problém má, že nic co není pevně přidělané, nemá jak držet (*d 630.22*)

domácí práce: zatím zkoušela luxování, praní, utírání prachu, většinou z asistencí – přinesení, odnesení koše na prádlo atd. (*d 640.32*)

nákup: manipulaci s penězi zvládne, trvá delší dobu, jen LHK, nákup nosí v tašce (*d 6200.11*)

transport: jezdí jako spolujezdec, MHD ještě nezkoušela (*d 4701.12; d 4702.42*)

léky: samostatně chystá i bere (*e 1101.0+1*)

vedení domácnosti: samostatně vede

funkční komunikace: samostatně mobil. telefon, počítač LHK

péče o osobní pomůcky: problém s nasazením dlahy na pravou dolní končetinu (*d 6504.11*)

Kompenzační pomůcky: madla koupelna, WC, FH 1 – kterou nepoužívá, nyní předepsaná sedačka do vany, protiskluzová podložka, dlahy na pravou dolní končetinu. (*e 1150.0+2*)

Funkční hodnocení HKK: pravá horní končetina (PHK) plegická, subluxace ramenního kloubu, bolesti v ramenním kloubu, spasticita zvýšená na akru, rozsahy v kloubech na PHK jdou provést pasivně,, v pravém ramenním kloubu pouze do bolesti, PHK bimanuálně zapojuje do činnosti minimálně pro bolest v rameni (*b 20814.2; s 720.471; s 730.471; b 7351.2, b 7100.2, b 7150.2*)

Dominance: PHK

Motorika HKK: není žádný funkční pohyb, jen bimanuálně lze např. uchopit láhev a přenést (*d 430.44; d 445.44*)

Úchop: na PHK není, pasivně lze provést válcový, kulový (*d 440.44*), LHK provede

Citlivost: neporušena

Síla: snižená až nulová na PHK (*b 7301.3*)

Kognitivní a psychosociální funkce: orientačně při vstupním vyšetření nezaznamenány žádné problémy, komunikuje, nemůže pouze psát PHK z funkčního hlediska (*d 170.44*)

Zájmy, denní režim: stává kolem 9:00, chodí spát kolem 22:00, během dne chodí venčit psa, nějaké drobnější denní práce, nakrmí zvířata, kouká na televizi, čtení časopisu, nyní nemůže vykonávat své koníčky (*d 920.42-3*)

Cíl klienta: rozhybat PHK tak, aby byla zase funkční

Závěr: Pacientka je ve všech pADL převážně soběstačná, potřebuje pouze pomoci při přesunu do vany a s umytím hlavy, s učešáním culíku, iADL není schopna se

samostatně postarat o domácí práce. Pacientka minimálně zapojuje PHK do činností z důvodu bolesti v ramenním kloubu. Nyní se snaží vybavovat kompenzačními pomůckami pro větší zapojení do denních činností.

Doporučuji: ambulantní docházení na th. se zaměřením na uvolňování PHK, vyřešení zmírnění bolesti pravého ramenního kloubu, vybavením kompenzačních pomůcek, nácvik pADL a iADL; popř. docházení do stacionáře.

Shrnutí jednotlivých kódů, které byly u pacientky otevřeny, jsem zpracovala do následující tabulky.

Tab. 2: Konkrétní kódy u vyšetřované pacientky

Tělesné funkce	<ul style="list-style-type: none"> • b 7100.2 • b 28014.2 • b 7150.2 	<ul style="list-style-type: none"> • b 7301.3 • b 7351.2 	
Tělesné struktury	<ul style="list-style-type: none"> • s 720.471 • s 730.471 		
Aktivity a participace	<ul style="list-style-type: none"> • d 170.44 - PHK • d 4106.11 • d 430.44 • d 440.44 • d 445.44 • d 450.11 • d 4701.12 • d 4702.42 	<ul style="list-style-type: none"> • d 510.11 • d 5200.11 • d 5202.22 • d 5203.43 - manikúra • d 5204.43 - pedikúra • d 540.12 	<ul style="list-style-type: none"> • d 550.11 • d 560.11 • d 6200.11 • d 630.22 • d 640.22 • d 6504.11 • d 920.42-3
Faktory prostředí	<ul style="list-style-type: none"> • e 115.1+2 • e 1550.2+1 • e 1101.0+1 	<ul style="list-style-type: none"> • e 1551.2+1 • e 310.1+3 	

Zdroj: vlastní výzkum

2.3.6 Vyzkoušení formuláře ergoterapeutkami z KRL

Pro větší objektivitu byly osloveny k vyzkoušení formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření. ergoterapeutky z KRL. Formulář vyzkoušely celkem tři ergoterapeutky, které poskytly formou dotazníku informace o tom, jak se jim pracovalo s formulářem. Aplikace formuláře ergoterapeutkami z KRL v praxi byla přínosem v pohledu dalších osob při zpracování problematiky MKF. Jednotlivé otázky a jejich odpovědi jsou stručně shrnuty v následující části.

1. Prošla jste kurzem MKF?

- 1.ergoterapeutka – Ne
- 2. ergoterapeutka – je v polovině kurzu
- 3. ergoterapeutka - Ano

2. Jaké máte zkušenosti s klasifikací MKF?

- 1.ergoterapeutka – z konferencí KRL
- 2. ergoterapeutka – zatím malé jen z kurzu a přihlížení na konferenci KRL
- 3. ergoterapeutka – kódování pacientů na společných schůzích pracoviště

3. Kolik pacientů jste formulářem s kódy z MKF vyšetřila?

- Všechny ergoterapeutky vyšetřily pouze jednoho pacienta.

4. Zdá se Vám formulář s kódy z MKF přehledný?

- Všechny ergoterapeutky se shodly na tom, že vyšetření vzhledem k množství kódů a velikosti písma není přehledné, ale dovedou si představit, že ve chvíli, kdy se s formulářem prakticky více seznámí, nebude písmo vadit. Jedné ergoterapeutce vadí uspořádání kódů pod položkou, spíše by ji vyhovovalo dát kód přímo do textu položky.

5. Které kódy jsou podle Vás z hlediska ergoterapeuta nejpodstatnější?

- Všechny se shodly na komponentě Aktivita a participace.

6. Které kódy by se podle Vás z hlediska ergoterapeuta daly vynechat?

- 1. ergoterapeutka – by vynechala struktury a mobilitu
- 2. ergoterapeutka – by zkrátila chůzi a pohyblivost, neboť to na pracovišti řeší fyzioterapeut
- 3. ergoterapeutka – by vynechala kódy, které na pracovišti řeší další odbornosti

7. Co bylo pro Vás nejtěžší při otevírání jednotlivých kódů?

- 1. ergoterapeutka – všechno, neumí ještě s MKF
- 2. ergoterapeutka – nedovede přesně určit, co je pro ni nejtěžší - asi vše, úměrně vůči praxi s klasifikací.
- 3. ergoterapeutka – uvědomit si vše, co patří do kódu a určit daný kvalifikátor, rozdíl mezi výkonem a kapacitou

8. Je podle Vás vhodné mít ve vstupním vyšetření podkódy (př. kód d 155 získání dovedností – podkód d 1550 získání základních dovedností)?

- 1. a 2. ergoterapeutka se shodly na odpovědi Ano.
- 3. Ergoterapeutka neříká ani Ano ani Ne, ale záleží podle ní na tom, co kód obsahuje.

9. Lze podle Vás během vstupního vyšetření okódovat pacienta?

- 1. ergoterapeutka – si myslí, že asi Ano, pokud s tím terapeut umí pracovat a má s tím zkušenosti
- 2. ergoterapeutka – odpověděla Ne, že to lze až po vyšetření, ale svůj postoj vidí v nedostatku praxe s touto klasifikací
- 3. ergoterapeutka – si myslí, že by to šlo možná časem, během 45 minut měla pacienta vyšetřeného a v další době by se mohla věnovat psaní zprávy a určení kvalifikátorů

10. Máte nějaké návrhy na vylepšení vstupního formuláře?

- Snížení počtu stran
- Pro větší přehlednost jiné uspořádání domén, přímo v souvislosti s danou oblastí

11. Bylo by pro Vás přínosem vytvoření příručky s kódy, které jsou ve formuláři?

- Všechny ergoterapeutky odpověděly Ano

3. Shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce v praktické části bylo vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF, které vychází ze vstupního vyšetření KRL. Formulář byl graficky a systematicky vytvořen na podkladu provedených vstupních vyšetření a podle položek ergoterapeutického vstupního vyšetření z KRL. Hlavní cíl byl tedy splněn (příloha č. 1). Formulář je ve finální verzi na 4 listy A4 – oboustranně.

Pro shrnutí, které kódy obsahuje formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření, jsem vytvořila tabulka č. 2. Tabulka obsahuje je jednotlivé kódy, které jsou obsahem ergoterapeutického vstupního formuláře.

Tab. 2: Kódy z MKF z formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření.

<i>Bytová situace</i>	<i>Sociální situace</i>
<p>e 155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty budov pro soukromé použití</p> <ul style="list-style-type: none"> e 1550 vzhled, konstrukce vybavení budov e 1551 získání přístupů a facilitací pomůcek 	<p>e 310 Nejbližší rodina</p> <p>e 340 Pečovatelé a osobní asistenti</p>
<p><i>Zájmy a režim dne</i></p> <p>d 230 Vykonávání běžné denní povinnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> d 2301 řízení denních povinností d 2302 plnění denních povinností d 2303 řízení stupně vlastní aktivity <p>d 920 Rekreační a volný čas</p> <ul style="list-style-type: none"> d 9200 hra d 9201 sporty d 9202 umění a kultura d 9203 řemesla d 9204 koníčky d 9205 společenská setkání 	<p><i>Mobilita</i></p> <p>d 410 Měnění pozice těla</p> <ul style="list-style-type: none"> d 4100 poloha vleže d 4103 poloha vsedě d 4104 stoj d 4105 ohyb těla d 4106 posun tělesného těžiště <p>d 415 Udržení pozice těla</p> <ul style="list-style-type: none"> d 4150 udržení pozice vleže d 4153 udržení pozice vsedě d 4154 udržení pozice ve stoje <p>d 420 Přemísťování</p> <p>d 450 Chůze</p> <p>d 465 Pohyb za použití různých zařízení</p> <p>d 460 Pohyb po různých lokalitách</p>
<p><i>Kompenzační pomůcky</i></p> <p>e 115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě</p> <ul style="list-style-type: none"> e 1150 obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1151 technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě 	<p>e 120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku</p> <ul style="list-style-type: none"> e 1200 obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov e 1201 technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov

<i>pADL</i>	<i>iADL</i>
<p>d 510 Sám se umýt</p> <ul style="list-style-type: none"> d 5100 mytí části těla d 5101 mytí celého těla d 5102 osušit se <p>d 520 Péče o část těla</p> <ul style="list-style-type: none"> d 5200 péče o kůži d 5201 péče o zuby d 5202 péče o vlasy d 5203 péče o nehty na ruce d 5204 péče o nehty na noze <p>b 176 Mentální funkce řídící složité pohyby</p> <p>d 540 Oblékání</p> <ul style="list-style-type: none"> d 5400 oblékání d 5401 svlékání d 5402 obouvání d 5403 zouvání d 5404 výběr vhodného oděvu <p>d 550 Jídlo</p> <p>d 560 Pití</p> <p>b 510 Funkce příjmu potravy</p> <p>d 530 Používání toalety</p> <ul style="list-style-type: none"> d 5300 úprava močení d 5301 úprava defekace d 5302 péče při menstruaci <p>b 525 Funkce defekační</p> <ul style="list-style-type: none"> b 5250 odstraňování stolice b 5253 udržení stolice <p>b 620 Funkce močení</p> <ul style="list-style-type: none"> b 6200 močení b 6202 udržení močení <p>d 570 Péče o své zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> d 5700 zajištění si fyzického pohodlí d 5702 udržování si vlastního zdraví 	<p>d 630 Příprav jídla</p> <ul style="list-style-type: none"> d 6300 příprava jednoduchých jídel d 6301 příprava složitých jídel <p>d 640 Vykonávání domácích prací</p> <ul style="list-style-type: none"> d 6400 praní a sušení prádla a oděvů d 6401 úklid kuchyně d 6402 úklid obytných prostor d 6403 používání domácích spotřebičů d 6404 skladování denních potřeb d 6405 odstranění odpadků <p>d 620 Získání nezbytných životních věcí</p> <ul style="list-style-type: none"> d 6200 nakupování d 6201 obdržení denních potřeb <p>d 470 Používání dopravy</p> <ul style="list-style-type: none"> d 4700 používání dopravního prostředku d 4701 používání soukromé motorové dopravy d 4702 používání veřejné motorové dopravy <p>d 475 Řízení</p> <ul style="list-style-type: none"> d 4750 pohaněný lidskou silou d 4751 poháněný motorem <p>e 110 Produkty nebo látky k osobnímu požívání</p> <ul style="list-style-type: none"> e 1101 léky <p>d 860 Základní ekonomické operace</p> <p>d 865 Složité ekonomické operace</p> <p>e 125 Produkty a technologie pro komunikaci</p> <ul style="list-style-type: none"> e 1250 obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě e 1251 technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě <p>d 660 Pomoc druhým</p> <ul style="list-style-type: none"> d 6505 péče o rostliny, v bytě i venku d 6504 údržba pomocných zařízení d 6506 péče o zvířata
<p style="text-align: center;">Funkční vyšetření HKK</p> <p>s 720 Struktura oblasti ramena</p> <p>s 730 Struktura horní končetiny</p> <p>b 280 Vnímání bolesti</p> <ul style="list-style-type: none"> b 2801 bolest v některé části těla – <i>b 28014 bolest v horní končetině</i> b 2801 bolest v některé části těla – <i>b 28016 bolest v kloubech</i> <p>b 765 Funkce mimovolní hybnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> b 7650 mimovolní kontrakce svalů b 7651 tremor b 7652 tiky a manýrizmy b 7653 stereotypie a pohybové 46erseverace 	<p style="text-align: center;">Orientační vyšetření kognitivních funkcí</p> <p>b 114 Orientační funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> b 1140 orientace v čase b 1141 orientace v místě b 1142 orientace vzhledem k osobám <p>b 130 Funkce energie a řízení</p> <ul style="list-style-type: none"> b 1301 motivace <p>b 134 Funkce spánku</p> <p>b 140 Funkce pozornosti</p> <p>d 160 Soustředění pozornosti</p> <p>b 144 Funkce paměti</p> <ul style="list-style-type: none"> b 1440 krátkodobá paměť b 1441 dlouhodobá paměť b 1442 uvolňovací schopnost paměti (vzpomínání)

Funkční vyšetření HKK	Orientační vyšetření kognitivních funkcí
<p>b 780 Funkce, vztahující k pocitům ze svalů a pohybů</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 7800 pocít svalové ztuhlosti • b 7801 pocít svalového spazmu <p>d 430 Zvedání a nošení předmětů</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 4300 zvedání • d 4301 nošení v rukou • d 4302 nošení v pažích • d 4303 nošení na ramenou, kyčli a boku • d 4305 pokládání předmětů <p>d 445 Využití ruky a paže</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 4450 přitahování • d 4451 tlačení • d 4452 sahání • d 4453 otáčení nebo kroucení rukou a paží <p>d 440 Využití ruky k jemným pohybům</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 4400 sbírání • d 4401 uchopení • d 4402 manipulace • d 4403 uvolňování <p>b 730 Funkce svalové síly</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 7300 síla jednotlivých svalových skupin • b 7301 síla svalů jedné končetiny • b 7302 síla svalů na jedné straně těla • b 7304 síla svalů všech končetin <p>b 740 Funkce svalové vytrvalosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 7400 vytrvalost jednotlivých svalů 	<p>b 164 Kognitivní funkce vyšších úrovní</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 1641 organizování a plánování • b 1642 řízení času <p>d 175 Řešení problémů</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 1750 řešení jednoduchých problémů, d 1751 řešení složitých problémů <p>b 167 Mentální funkce jazyka</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 1670 recepce (přijímání) jazyka • b 1671 exprese (vyjadřování) jazyka • b 1672 integrační funkce jazyka <p>d 310 Komunikace přijímáním mluvených zpráv d 325 Komunikace přijímáním psaných zpráv d 330 Mluvení d 360 Používání komunikačních pomůcek a technik b 180 Uvědomování si vlastní identity a funkce času</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 1800 uvědomování si vlastní identity • b 1801 představa vlastního těla • b 1802 uvědomování si času <p>d 170 Psaní d 166 Čtení d 172 Počítání d 710 Základní mezilidská jednání d 720 Složitá mezilidská jednání d 730 Jednání s cizími lidmi d 740 Formální společenské vztahy d 177 Rozhodování</p> <p>d 210 Provádění jednotlivého úkolu</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 2100 provádění jednoduchého úkolu • d 2101 provádění složitějšího úkolu • d 2102 provádění jednoho úkolu nezávisle a sám <p>d 220 Provádění mnohočetných úkolů</p> <ul style="list-style-type: none"> • d 2200 provádění mnohočetných úkolů • d 2201 kompletování mnohočetných úkolů • d 2202 provádění mnohočetných úkolů nezávisle a sám
<p style="text-align: center;">Čítí</p> <p>b 270 Smyslové funkce, které se vztahují k teplotě a jiným stimulům</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 2700 citlivost na teplo • b 2701 citlivost na vibrace • b 2702 citlivost na tlak • b 2703 citlivost škodlivých podnětů <p>b 156 Funkce vnímání</p> <ul style="list-style-type: none"> • b 1564 dotykové vnímání <p>b 260 Proprioceptivní funkce b 265 Dotykové funkce</p>	

Zdroj: vlastní výzkum

Dílním cílem v praktické části byla aplikace formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření v praxi. Vstupních vyšetření s formulářem s kódy z MKF jsem provedla celkem 5.

Vstupní vyšetření probíhalo maximálně 60 minut (dle kódů pro pojišťovnu 216 11 Vyšetření ergoterapeutem při zahájení terapie, je hrazeno pojišťovnou vstupní vyšetření v časovém rámci 45 minut). Během vstupního vyšetření jsem získala informace o pacientovi, formou rozhovoru, pozorování, palpačním vyšetření a doptáním se doprovodu či ergoterapeuta popř. nahlédnutím do dokumentace. Ne vždy šli získat všechny informace o pacientovi, které jsou obsahem vstupního vyšetření, záleželo hodně na spolupráci pacienta a především na množství problémových situacích a možnostech předvedení různých činností. U prvních třech pacientů, byly kvalifikátory hodnoceny až po vyšetření a musela být kontrola a ujasnění jednotlivých kódů dle MKF což trvala přibližně cca dalších 45 minut. U čtvrtého a pátého pacienta, už šly některé kvalifikátory hodnotit i při vyšetření, ale i u těchto pacientů bylo potřeba se znovu vrátit k MKF, aby bylo možné zaznamenat hodnoty kvalifikátorů co nejpřesněji.

Díky aplikaci formuláře v praxi jsem si mohla zodpovědět výzkumnou otázku, která zní: *Je možné během vstupního ergoterapeutického vyšetření zároveň provést klasifikaci MKF?* Dle mého názoru a zkušeností, které jsem prozatím získala během studia a zpracováním bakalářské práce vyplývá, že z mého pohledu není možné, během vstupního vyšetření provést klasifikaci MKF. Vždy je potřeba se vrátit do MKF a to nejlépe po provedení vstupního vyšetření. Vše se odvíjí hlavně od praxe a zkušeností s touto klasifikací, takže si myslím, že do budoucnosti by to mohlo být možné. Kromě svých zkušeností z bakalářské práce, jsem měla možnost se dozvědět názor i od třech ergoterapeutek, které vyzkoušely formulář. Odpovědi ergoterapeutek se v jádru shodovaly s mou. Opravdu je tedy nutné mít zkušenosti jak se vstupním vyšetřením, tak s MKF a sžití se s formulářem, který obsahuje kódy z MKF.

Posledním cílem bakalářské práce bylo vytvoření příručky s vybranými kódy pro přehlednější a snadnější kódování jednotlivých komponent a domén vyplívající z ergoterapeutického vstupního vyšetření pro ergoterapeuty. Tento cíl jsem také splnila.

4. Diskuze

Podle Krivošíkové 2009 je ergoterapeutické vyšetření součástí procesu, na který navazuje sestavení ergoterapeutického plánu a terapie. Ergoterapeutický proces by měl vždy začínat vstupním vyšetřením pro získání potřebných informací o pacientovi, které slouží k další spolupráci s pacientem. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009) Proto je důležité, aby každý ergoterapeut měl vytvořený vstupní formulář, který mu umožní získat a zaznamenat informace o pacientovi. Formulář mu může umožnit zachycení důležitých informací, které potřebuje pro svou intervenci.

V dnešní době už nestačí jen provést vyšetření a zjištěné informace slovně zaznamenat, ale je potřeba získané informace poskytnout i dalším členům multidisciplinárního týmu a odborníkům, tak aby co nejvíce vypovídaly o funkčním stavu pacienta a byly srozumitelné. Dle WHO, nám k tomu nyní může přispět MKF, která umožňuje poskytnout jednotný, standardizovaný jazyk pro popis zdraví a stavů, ke zdraví vztahujícím. WHO v roce 2001 potvrdila klasifikaci jako standard pro popis a měření zdraví a zároveň jako základní filozofii a politiku rehabilitace. (WHO, 2008.)

MKF lze rovněž použít jako klinický nástroj k potřebám hodnocení, ke sledování léčení ve speciálních podmínkách, k pracovnímu hodnocení, v rehabilitaci při hodnocení funkčních schopností, kapacity i výkonu jednotlivce, při hodnocení výstupů a úspěšnosti rehabilitace (WHO, 2008), což nám umožňuje klasifikaci použít a propojit např. se vstupním vyšetřením.

Tempest a Mcintyre 2006, tvrdí, že nevýhodou v MKF je, že celý systém klasifikace zahrnuje dlouhý proces pro použití klasifikace v praxi, což může vést k odrazování klasifikaci používat. Dle mého názoru je tedy důležité ukázat, jak se má s klasifikací pracovat a jaké nástroje se dají při aplikaci v praxi využívat.

Z Italských zkušeností s implementací MKF v rehabilitaci vyplývá, že ICF je velice účinný nástroj, ale nemůže být použit přímo v praxi díky své rozsáhlosti a multifaktoriální povaze, proto vzniká mnoho studií, které ověřují alternativní způsoby jeho implementace a použitelnosti při rutinních vyhodnoceních. Jde především o současné výzkumy Core Setů. (Maini, Nocentini, Prevedini, a kol., 2008), které přináší uceleněji jednotlivé kódy ke konkrétním onemocněním. Dle mého názoru jde o vhodný klinický nástroj pro klasifikaci disability v praxi.

Cílem praktické části bylo vytvořit formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF pro jeho aplikaci v praxi. Protože MKF je podrobná klasifikace, obsahující přes 1 400 kódů (Švestková, Angerová a Sládková, 2009), bylo potřeba k jednotlivým položkám ergoterapeutického vstupního vyšetření vybrat jen určité kódy z MKF, které nejlépe odpovídají jednotlivým položkám vstupního vyšetření a lze je při vstupním vyšetření klasifikovat. Klasifikace obsahuje mnoho kódů a každé položce ve vstupním vyšetření bylo tedy možné přiřadit určitý kód, který dané položce odpovídal. Některé kódy se však mohou propojovat a k některé položce lze použít kód, který je u jiné položky. Příkladem je kód d 6504 Údržba pomocných zařízení. Tento kód může být u položky Kompenzační pomůcky nebo u položky iADL – Péče o pomůcky.

Smyslem klasifikace je, aby si odborník či veřejnost, která má alespoň nějaké povědomí o klasifikaci po přečtení jednotlivých kódů dokázali představit, jak je dotyčný člověk schopen zvládnout danou činnost vzhledem k své disabilitě. Pro ergoterapeuty je tedy nejdůležitější komponenta Aktivita a participace, ale bez toho, aby ergoterapeut věděl, jak jsou na tom tělesné funkce a struktury či faktory prostředí, nemůže odebrat kvalitní vstupní informace od pacienta. Proto jsem se snažila do formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření zařadit jednotlivé komponenty z klasifikace.

Velkou výhodou mají pracoviště, kde funguje multidisciplinární tým, neboť si mohou jednotlivé komponenty rozdělit a zabývat se především těmi komponentami, které jsou pro jejich odbornost nejvíce kompetentní. Jednotlivé kódy se mohou při vyšetření jednotlivých členů multidisciplinárního týmu propojovat, a vést tedy k zlepšování komunikace nejen v týmu, ale i s dalšími odborníky.

Vstupní ergoterapeutické vyšetření je velmi subjektivní hodnocení, neužívá totiž většinou žádných měřitelných metod či testů, neboť ergoterapeut vyšetřuje formou rozhovoru, pozorování a palpací. Velmi tedy záleží na zkušenostech a znalostech ergoterapeuta. Kromě samotného vyšetření je potřeba umět pracovat i s MKF. Můj názor potvrzuje i článek Zkušenosti s implementací ICF-MKF (2011) z něhož vyplývá, že pro praktické kódování podle MKF je nezbytné pochopit filozofii klasifikace, neboť praktická aplikace není zpočátku zcela jednoduchá, a proto je doporučeno absolvovat kurz, který by měl absolventy naučit základy klinické aplikace klasifikace. (Svěcená,

Sládková a Švestková, 2011) Tento fakt mohl tedy ovlivnit i výsledky výzkumu bakalářské práce, neboť já jsem tento kurz neabsolvovala.

V první verzi formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření byly přiřazeny kódy ke všem položkám ergoterapeutického vstupního vyšetření, které se k dané položce vztahovaly, což znamenalo velmi rozsáhlý formulář o cca 16-ti stranách. Kromě počtu kódů šlo i o grafické zpracování a jednotlivé zařazení kódů k položkám, některé položky se totiž skládají z více částí. Další problém, na který jsem narazila při aplikaci první verze formuláře, bylo to, že jsem se snažila položky a jejich části dávat podle kódů z MKF, tedy od nejnižšího čísla, což vedlo k menší přehlednosti formuláře, protože jednotlivé položky byly uspořádány jinak, než je tomu na formuláři, který používá KRL. Tyto skutečnosti vedly k závěru, že musí být vybrány opravdu nejpodstatnější kódy z pohledu ergoterapeuta. Proto se postupně snižoval i počet kódů k jednotlivým položkám a zůstaly jen ty kódy, které je možné z hlediska ergoterapeuta kódovat během vstupního ergoterapeutického vyšetření. Nejtěžší z grafické stránky bylo upravit formulář tak, aby nebyl na tolik stran a byl co nejpřehlednější. Vzhledem k množství kódů to šlo velmi obtížně. Druhá verze formuláře už měla pouze 9 stran, ale snížení množství stran vedlo k zmenšení písma, což znamenalo menší přehlednost. Pro vytvoření třetí verze formuláře, jsem ještě eliminovala pár kódů a obrázek. Formulář je nyní na čtyři strany A4 oboustranně.

Formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF byl vytvořen pro pacienty z Kliniky rehabilitačního lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, která je zaměřena především na diagnózy po poškození mozku. Formulář měly možnost vyzkoušet i ergoterapeutky z KRL, které mi poskytly informace o formuláři formou dotazníku. Všechny se shodovaly v tom, že záleží na zkušenostech a praxi jak se vstupním vyšetřením, tak s MKF, aby bylo možné klasifikaci provést během vstupního vyšetření. Také se shodly na tom, že je potřeba se s formulářem sžít. Kódy, které by se daly vynechat, jsou podle nich chůze, tělesné struktury a kódy, které by mohli hodnotit, dle své odbornosti další členové multidisciplinárního týmu, což KRL umožňuje. Mnoho kódů se totiž prolíná s kompetencí dalších členů multidisciplinárního týmu. Tento fakt ukazuje na propojenost klasifikace celým multidisciplinárním týmem a potřebu komunikace mezi sebou. Pro ergoterapeutické hodnocení je však velmi důležité otevření jednotlivých

kódů, které nám mohou pomoci při hodnocení celistvosti pacienta a komunikaci s dalšími odborníky.

Pro práci s MKF i pro vyšetření je nutný souvislý trénink a spolupráce s multidisciplinárním týmem. Mé zkušenosti ohledně vyšetření, které jsem získala v průběhu studia a především v průběhu zpracování bakalářské práce, mě přivedly k závěru, že není jednoduché získat dostatek informací o pacientovi během vstupního vyšetření, které by mělo být provedeno za 45 minut i s administrací. Zároveň si ale myslím, že pokud má pracoviště vypracovaný vhodný formulář a terapeut se s ním naučí pracovat, je možné se vypracovat k tomu, aby během vyšetření mohly být zaznamenány i kvalifikátory z MKF.

Jak uvádí Svěcená, Sládková a Švestková (2011), „postupem času by se měl každý zdravotnický pracovník dopracovat k tomu, že pacienta dokáže okódotovat v rámci svého běžného vstupního vyšetření.“ Vzhledem k výsledkům praktické části to může do budoucna fungovat, pokud zdravotník projde kurzem a bude mít formulář, který bude obsahovat jednotlivé kódy z MKF. Proto formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření může být návrhem, návrhem jak používat MKF v praxi nejen ergoterapeutů, ale i dalších zdravotních pracovníků.

Kromě vstupního vyšetření může být klasifikace využita k hodnocení stavu kdykoliv během terapií, k tvorbě plánu terapií, ale i výstupu z terapií. Autoři Allet, Bürge a Monnin (2008) kladou důraz na to, že MKF je nástroj, který usnadňuje rozhodnutí co měřit, nikoliv jak měřit. Pokud budou tedy ještě jednotlivé hodnoty kvalifikátorů podloženy standardizovanými testy, které využívá ergoterapeut v praxi (jako jsou např. Funkční míra nezávislosti (FIM), Barthel Index, svalový test, goniometrie, atd.), mohou tak ulehčit hodnocení stupně kvalifikátorů.

Haglund a Henriksson (2003) tvrdí, že klasifikace může sloužit jako užitečný nástroj pro ergoterapii a podporuje komunikaci mezi profesemi, ale není dostatečná jako profesionální jazyk pro ergoterapeuty. S tímto tvrzením souhlasím a jak již v teorii uvádím, ergoterapeutická terminologie nevychází pouze z MKF, ale ze čtyř pilířů, a to především z modelu výkonu zaměstnávání, z modelu MoHO, z hodnocení motorických a procesních dovedností (AMPS) a z MKF.

5. Závěr

MKF je klasifikací, která má víceúčelovou funkci, slouží různým disciplínám a různým sektorům. Hlavním cílem klasifikace je dát k dispozici univerzální a standardizovaný nástroj pro hodnocení celkového stavu člověka. (WHO, 2008)

Proto bylo cílem bakalářské práce se seznámit a pokusit se pochopit klasifikaci MKF a její použití v praxi. V teoretické části jsem se tedy seznámila s charakteristikou MKF, její filozofií, vývojem a uspořádáním jednotlivých komponent a jejich domén. Dále jsem se seznámila i s využitím MKF v rehabilitaci a ergoterapii. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na vyšetření v ergoterapii. Praktická část bakalářské práce si kladla za cíl vytvoření formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF a jeho aplikaci v praxi. V dnešní době je potřeba jednotného jazyka a komunikace ve zdravotnickém systému, ale je také nutné začít MKF používat v praxi, protože od 1. července 2010 je Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. (ČR, 2009)

I když zavádění MKF do praxe je zdoluhavý proces a je potřeba dostatečné praxe při aplikaci MKF v ČR, může tato práce představovat určitý návrh, jak by mohli v praxi klasifikaci využít jak ergoterapeuti, tak i další členové multidisciplinárního týmu při vstupním vyšetření. Díky rozsáhlosti MKF je totiž možné k jednotlivým položkám ergoterapeutického vstupního vyšetření přiřadit určité kódy z klasifikace.

Význam své práce tedy vidím nejen v návrhu formuláře ergoterapeutického vstupního vyšetření a jeho aplikovatelnosti v praxi, ale především v přinesení nového pohledu na zpracování a využití kódů z MKF pro ergoterapeuty, při vstupním vyšetření.

K vytvoření bakalářské práce jsem si stanovila několik cílů. Stanovené cíle považuji za splněné, společně i se zodpovězením výzkumné otázky. Odpověď na

výzkumnou otázku vzešla jak z použití formuláře při vstupním vyšetření, tak díky reakcím ergoterapeutek z KRL, které formulář také použily v praxi.

Jak jsem již výše zmínila je potřeba projít kurzem, aby bylo hodnocení kvalifikátorů a práce s MKF co nejpřesnější. Kromě kurzu je ale potřeba i praxe v oboru a zkušenost s MKF.

Na závěr musím přiznat, že práce s klasifikací není jednoduchá a určitě by mi prospělo projít kurzem. Největší zkušenosti se však získávají v praxi a po zpracování bakalářské práce si myslím, že jsem schopna se v MKF orientovat a vybrat jednotlivé kódy, které je potřeba u pacienta otevřít hlavně z pohledu ergoterapeuta. Největší problém vidím v přiřazení daného stupně kvalifikátoru, proto, jak už jsem výše zmínila, je dobrou myšlenkou do budoucnosti sjednotit klasifikaci s různými testy a škálami tak, aby byly kvalifikátory co nejefektivnější, což může být návrhem ke zpracování dalších prací.

6. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ALLET, Lara, Elisabeth BÜRGE a Dominique MONNIN. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Advances in Physiotherapy*. 2008, roč. 10, č. 3, s. 127-137. ISSN 1403-8196. DOI: 10.1080/14038190802315941. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14038190802315941>
2. ČESKÁ REPUBLIKA. Sdělení č. 431/2009 Sb. Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Sbírka zákonů, Česká republika. 2009, 137, 431, s. 7034. Dostupný z: <http://portal.gov.cz/>.
3. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
4. HAGLUND, LENA a CHRIS HENRIKSSON. Whurr Publishers Ltd Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*. 2003, roč. 10, č. 4, s. 253-268.
5. JANOVSÝ, Jiří; PFEIFFER, Jan; ŠVESTKOVÁ, Olga. Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
6. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Vyd. 1. Praha, 2009, 270 s. ISBN 978-807-3675-837.
7. KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
8. KJEKEN, Ingvild a Solvar LILLEMO. Exploration of the link between occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health: A response from colleagues in Norway. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006, roč. 53, č. 2, s. 142-143. ISSN 0045-0766. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00570.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2006.00570.x>
9. KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.

10. KOSTLIVÁ, D. Ergoterapie důležitá součást ucelené rehabilitace. *Sestra: tematický sešit 248 - ergoterapie, fyzioterapie*. 2009, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/ergoterapie-dulezita-soucast-ucelene-rehabilitace-422441>
11. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
12. MAINI, M., U. NOCENTINI, A. PREVEDINI, A. GIARDINI a E. MUSCOLO. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. 2008, roč. 30, č. 15, s. 1146-1152. ISSN 0963-8288.
13. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Použití v praxi* [online]. [cit. 2012-06-03]. Dostupné z: <http://www.mkf-cz.cz/node/4>
14. PETERSON, D. B. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): an introduction for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 2005. roč. 50, č. 2, s. 105–112. ISSN 0140-673650
15. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
16. PFEIFFER, Jan; ŠVESTKOVÁ, Olga. Jak pracovat s MKF (mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví). *Rehabilitace a fyzikální lékařství = Rehabilitation and physical medicine*, 2009, roč. 16, č. 2, s. 47-52.
17. SCHUNTERMANN, Michael F. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Kurzeinführung. 2007. [online]. Německo: WHO Dostupné z: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35814/publicationFile/17936/icf_kurzeinfuehrung.pdf
18. STAMM, Tanja A., CIEZA, A., MACHOLD, K., SMOLEN, J.S., a STUCKI, G. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006, roč. 53, č. 1, s 9-17. 050905014243001-. ISSN 0045-0766. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2005.00513.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2005.00513.x>

19. STUCKI, G., A. CIEZA, T. EWERT, N. KOSTANJSEK, S. CHATTERJI a BEDIRHAN ÜSTÜN. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and rehabilitation*. 2002, roč. 24, č. 5, s. 281-282. ISSN 0963-8288.
20. STUCKI, G, T. EWERT a A. CIEZA. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and rehabilitation*. 2002, roč. 24, č. 17, s. 932-938. ISSN 0963-8288.
21. SVĚCENÁ, Kateřina, Petra SLÁDKOVÁ a Olga ŠVESTKOVÁ. Zkušenosti s implementací MCF-MKF. Informační bulletin ČAE. 2011, č. 1, s. 21-22. ISSN 1804-1558. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/Events_List.aspx
22. ŠVESTKOVÁ, Olga. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je esperanto pro lidi z různých oborů. In: [online]. 2011. vyd. [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/50818-3/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-a-zdravi-je-esperanto-pro-lidi-z-ruznych-oboru>
23. ŠVESTKOVÁ, Olga; ANGEROVÁ, Yvona; SLÁDKOVÁ, P. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) - kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2009, roč. 72/105, č. 6, s. 580-586.
24. ŠVESTKOVÁ, O a S HOSKOVCOVÁ. Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie Českomoravská psychologická Společnost*. 2010, roč. 4, č. 4, s. 27-40. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/clanek/106>
25. ŠVESTKOVÁ, Olga a Jan PFEIFFER. Praktické použití funkční schopnosti a zdraví WHO. *Postgraduální medicína*. 2004, roč. 6, č. 3, s. 284-286. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/prakticke-pouziti-funkcni-schopnosti-a-zdravi-who-161366>
26. ŠVESTKOVÁ, Olga a Jan PFEIFFER. Posudkové lékařství a jeho účast v rehabilitaci. *REVIZNI A POSUDKOVE LEKARSTVI*. 2010, roč. 13, č. 2, 43-46. ISSN 1214-3170.
27. ŠVESTKOVÁ, Olga, Jan PFEIFFER, Yvona ANGEROVÁ, P BRTNICKÁ a K POKORNÁ. Praktické použití Mezinárodní klasifikace Funkčních schopností Disability a Zdraví - MKF. *EuroRehab*. 2006, roč. 16, 1-2, s. 31-36. ISSN 1210-0366.

28. ŠVESTKOVÁ, Olga; PFEIFFER, Jan. Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci. *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 5, s. 268-271.
29. ŠVESTKOVÁ, Olga; PFEIFFER, Jan; ANGEROVÁ, Yvona; SLÁDKOVÁ, Petra. Organizace rehabilitace při použití MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO) a stanovení stupně funkčního postižení (disability) podle kvalifikátorů MKF. *Rehabilitace a fyzikální lékařství = Rehabilitation and physical medicine*, 2010, roč. 17, č. 2, s. 43-50.
30. ŠVESTKOVÁ, Olga; PFEIFFER, Jan. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF: výukový materiál. 1. vyd. Praha: MZČR, 2009. 63 s.
31. TEMPEST, S., MCINTYRE, A. Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 2006, vol. 28, no. 10, s. 663-667. ISSN 1464-5165.
32. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
33. WHO. ICIDH 2: International Classification of Impairments, Activities and Participation : A Manual of Dimensions and Functioning . Beta-1 draft for field trials. Geneva: Copyright World Health Organisation, 1997. 218 s.
34. WHO. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Praha : Grada, 2008. 280 s. : il., tab. ; 25 cm. ISBN: 978-80-247-1587-2.
35. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka* [online]. Praha: Czech Edition Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009 [cit. 2012-01-26]. ISBN 978-80-7280-846-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu-mkn-10-ii-dil-instrukcn>
36. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. In: [online]. Geneva, 2002 [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
37. ZEMAN, M. ICF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Elektronická uživatelská příručka. [online]. © 2010. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/Members/zemanm03/Publikace>>.

7. Seznam zkratek

AA	- alergická anamnéza
ADL	- Activities of Daily Living (běžné denní činnosti)
AMPS	- hodnocení motorických a procesních dovedností
AOTA	- The American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)
CMOP	- Canadian Model of Occupational Performance
ČR	- Česká republika
EU	- Evropská unie
FA	- farmakologická anamnéza
FEBPRM	- Fellow of the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine
FIM	- Functional Independent Measure (Funkční míra nezávislosti)
HKK	- horní končetiny
iADL	- instrumentální ADL
i-CMP	- ischemická cévní mozková příhoda
ICD	- International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikace nemocí)
ICIDH	- International Classification of Imparement, Disability and Handicap (Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů)
ICIDH-2	- International Classification of Impairments, Activities and Participations
ICIDH-2 Beta-2 DRAFT	- International Classification of Functioning and Disability
ICF	- International Classification of Functioning, Disability and Health
KRL	- Klinika rehabilitačního lékařství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
LHK	- levá horní končetina

MHADIE	- Measurement Health And Disability In Europe (Měření zdraví a disability v Evropě)
MHD	- městská hromadná doprava
MKF	- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN-10	- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize
MoHO	- Model of Human Occupation
MZ	- Ministerstvo zdravotnictví ČR
OA	- osobní anamnéza
OPMA	- Occupational Performance Model
OSN	- Organizace spojených národů
PA	- pracovní anamnéza
pADL	- personální ADL
PHK	- pravá horní končetina
RA	- rodinná anamnéza
ŠA	- školní anamnéza
WHO	- World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

8. Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření s kódy z MKF

MKF formulář ergoterapeutického vstupního vyšetření

Základní informace:

Jméno a příjmení: BJ		
Pohlaví: žena	Datum narození: 1964	
Telefon:	Pojišťovna:	Datum vyšetření: 22.3.2012
Terapeut: Pavla Hamplová		

Diagnóza:

stp. Ischemická CMP – ischemické ložisko v oblasti bazálních ganglií a inzuly vpravo, klinicky pravostranná centrální hemiparéza s větším postižením PHK akrálně, frustní dysartrie, lehká paréza n. VII vpravo

Cíle, očekávání, subjektivní problémy klienta:

zlepšení chůze, funkčnost PHK, aby ji mohla používat v běžných denních činnostech (rozhýbat ji)

Poznámky:

Bytová situace:

Současný pobyt: <u>Doma</u>		
Byt: Rodinný dům <u>Panelový dům</u> Činžovní dům		
Schody: před domem8... v domě v bytě do sklepa		
Patro: ...6... Výtah : ano Nájezd: před domem v domě		
Úprava bytu/domu: Snížené prahy v celém bytě, bariérová koupelna (vana), vchod do paneláku – těžké dveře		
<ul style="list-style-type: none">e 1550 vzhled, konstrukce vybavení budov	2	+1
<ul style="list-style-type: none">e 1551 získání přístupu a facilitací pomůcek	2	+1

Sociální situace:

Osobní stav:vdaná..... Sdílení domácnosti:s rodinou.....		
Vzdělání: ZŠ <u>SŠ</u> VOŠ VŠ Obor: <u>Elektromechanika</u>		
Povolání: asistentka v bezpečnostní agentuře		
Sociální příspěvky: <u>PN</u> ČID PID PNP <input type="radio"/> ZP <input type="radio"/> ZTP <input type="radio"/> ZTP/P <input type="radio"/> star. důchod		
e 310 Nejblíže rodina	1	+3
e 340 Pečovatelé a osobní asistenti		

Zájmy a režim dne:

Vstává kolem 9:00, během dne si čte, dívá se na televizi, chodí venčit psa, pomáhá při domácích pracích, chodí spát kolem 22:00 Koničky nyní nevykonává		
d 230 vykonávání běžné denní povinnosti		
<ul style="list-style-type: none">d 2301 řízení denních povinnostíd 2302 plnění denních povinnostíd 2303 řízení stupně vlastní aktivity		
d 920 rekreace a volný čas	4	2-3
<ul style="list-style-type: none">d 9200 hrad 9201 sportyd 9202 umění a kulturad 9203 řemeslad 9204 koničkyd 9205 společenská setkání		

Mobilita:

Otáčení na lůžku: samostatně		
Posazování na lůžku: samostatně		
Sed: samostatně udrží		
Stoj: na PDK neustojí samostatně, přenášení váhy dělá tedy problém		
Přesuny: potřebuje pomoci dopomoci se přesunout do vany a z vany, lepší stabilitu		
d 410 Měnění pozice těla		
• d 4100 poloha vleže		
• d 4103 poloha vsedě		
• d 4104 stoj		
• d 4105 ohyb těla		
• d 4106 posun tělesného těžiště	1	1
d 415 udržení pozice těla		
• d 4150 udržení pozice vleže		
• d 4153 udržení pozice vsedě		
• d 4154 udržení pozice ve stoje		
d 420 Přemisťování		
• d 4200 přesun vsedě		
• d 4201 přesun vleže		
Chůze/ pohyb:		
• interiér		
• exteriér - ujede přibližně jeden km, nepoužívá kompenzační pomůcku, chůze pomalejší		
• schody - nedělají problém, využívá zábradlí		
d 450 Chůze		
d 460 pohyb po různých lokalitách		
Pomůcky k lokomoci: FH ...1x..... chodítka rotátor vych. hůl berle		
Nepoužívá		
Vozík: Mechanický od:	typ:	firma: zapůjčen:
Elektrický od:	typ:	firma: zapůjčen:
Manipulace: sám	asistence	
e 120 produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i ve voku		
• e 1200 obecné produkty a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov		
• e 1201 technické pomůcky a technologie pro osobní pohyblivost a přesun uvnitř i vně budov		
Kompenzační pomůcky:		
1x FH, madla koupelna a WC, sedačka do vany, protiskluzová podložka, ortéza na ramenní kloub, peroneální dlaha na PDK, samozavazovací tkaničky		
e 115 produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě		
• e 1150 obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	1	+2
• e 1151 technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě		

Personální ADL:

Osobní hygiena: (Zuby, mytí obličeje, česání, holení, péče o nehty, malování, hygiena při menstruaci)	Vše provádí LHK Problém nezvládne se kvalitně namalovat, učesat culík Péče o nehty – pedikúra a manikúra		
Koupání: (umytí celého těla, osušení) <u>Vana</u> sprch. kout	Zvládne se sama umýt LHK, potřebuje pomoci s umytím a osušením hlavy a LHK, záda		
d 510 sám se umýt		1	1
• d 5100 mytí částí těla			
• d 5101 mytí celého těla			
• d 5102 osušit se			
d 520 péče o částí těla		1	1
• d 5200 péče o kůži			
• d 5201 péče o zuby		2	2
• d 5202 péče o vlny		4	3
• d 5203 péče o nehty na ruce		4	3
• d 5204 péče o nehty na noze			
Oblékání a svlékání: (horní a dolní poloviny těla, zapínání, obouvání a zouvání)	Delší doba pro oblékání a svlékání, přizpůsobené oblečení, větší knoflíky nebo na gumu, dolní polovina jde hůře tkanický samozavazovací Pokud jsou drobnější knoflíky nebo zipy potřebuje pomoci		
b 176 mentální funkce řídí složitě pohyby			
d 540 oblékání		1	2
• d 5400 oblékání			
• d 5401 svlékání			
• d 5402 obouvání			
• d 5403 zouvání			
• d 5404 výběr vhodného oděvu			
Příjem jídla/ Sebesycení: (jíst příborem, pít, polykání, krájení)	LHK – lžice a vidlička Potřebuje pomoci s krájením Problém s otevíráním vršků, napuštění vody		
d 550 jíst		1	1
d 560 pít		1	1
b 510 funkce příjmu potravy			
• b 5101 kousání, b 5102 žvýkání, b 5104 sítání, b 5105 polykání			
Použití toalety: (svléknout se/obléct, očista, spláchnout)			
Kontinence: Léky pomůcky			
d 530 používání toalety			
• d 5300 úprava močení, d 5301 úprava defekace, d 5302 péče při menstruaci			
b 525 funkce defekace			
• b 5250 odstraňování stolice, b 5253 udržení stolice			
b 620 funkce močení			
• b 6200 močení, b 6202 udržení močení			
Péče o vlastní zdraví:			
d 570 péče o své zdraví			
• d 5700 zajištění si fyzického pohodlí, d 5702 udržování si vlastního zdraví			

Instrumentální ADL:

Příprava jídla:	Zvládne ohřívání jídla Pomáhá při přípravě jídla		
d 630 příprav jídla		2	2
• d 6300 příprava jednoduchých jídel, d 6301 příprava složitých jídel			
Domácí práce:	Zatím moc nezkoušela Utírání prachu zvládne, vysávání jde hůře		
d 640 vykonávání domácích prací		3	2
• d 6400 praní a sušení prádla a oděvů			
• d 6401 úklid kuchyně			
• d 6402 úklid obytných prostor			
• d 6403 používání domácích spotřebičů			
• d 6405 odstranění odpadků			
Nákup: (manipulace s penězi)	Manipulaci s penězi zvládne LHK, trvá delší čas Chodí sama nakupovat, (nákupní vozík), nákup nosí v tažce		
d 620 získání nezbytných životních věcí		d 6200 nakupování	1 1
• d 6200 nakupování, d 6201 obložení denních potřeb			
Transport: (mobilita v komunitě)	Jezdí jako spolujezdec MHD nezkoušela		
d 470 používání dopravy			
• d 4700 používání dopravního prostředku, d 4701 používání soukromé motorové dopravy, d 4702 používání veřejné motorové dopravy			
		d 4701.12	d 4702.42
d 475 řízení			
• d 4750 poháněný lidskou silou, d 4751 poháněný motorem			
Léky: (příprava, dávkování)	• e 1101 léky samostatně	0	+1
Vedení domácnosti: (hospodaření s penězi)	samostatně		
d 860 základní ekonomické operace			
d 865 složitě ekonomické operace			
Funkční komunikace: (telefon, PC)	Zvládne LHK		
e 125 produkty a technologie pro komunikaci			
• e 1250 obecné produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě			
• e 1251 technické pomůcky a technologie k osobnímu použití v denním životě			
Péče o druhé: (osoby, děti, zvířata, rostliny)	Stará se o psa – venčení, krmení d 660 péče o druhé • d 6505 péče o rostliny, v bytě i venku, d 6506 péče o zvířata		
Péče o osobní pomůcky: (Použití, čištění, ortéz, kontakt, čočky)	d 6504.11 údržba pomocných zařízení problém s nasazováním peroneální dlahy na PDK		

Vyšetření smyslů – orientačně:

Zrak:	brýle	na čtení
Sluch:	naslouchadlo	
Čuť a čich:		

Orientační vyšetření kognitivních funkcí:

Orientační funkce: situace			
b 114 orientační funkce			
• b 1140 orientace v čase, b 1141 orientace v místě, b 1142 orientace vzhledem k osobám			
Motivace:	b 1301		
Spánek:	b 134		
Pozornost:			
b 140 funkce pozornosti			
d 160 soustředění pozornosti			
Paměť:			
b 144 funkce paměti			
• b 1440 krátkodobá paměť			
• b 1441 dlouhodobá paměť			
• b 1442 uvolňovací schopnost paměti (vzpomínání)			
Plánování:	b 1641		
Řízení času:	b 1642		
Řešení problémů:			b.1646
d 175 řešení problémů			
• d 1750 řešení jednoduchých problémů, d 1751 řešení složitých problémů			
Řeč:			
b 167 mentální funkce jazyka			
• b 1670 receptivní (přijímání) jazyka, b 1671 expresivní (vyjadřování) jazyka, b 1672 integrační funkce jazyka			
d 310 komunikace přijímáním mluvených zpráv			
d 325 komunikace přijímáním psaných zpráv			
d 330 mluvení			
d 360 používání komunikačních pomůcek a technik			
Uvědomování:			
b 180 uvědomování si vlastní identity a funkce času			
• b 1800 uvědomování si vlastní identity, b 1801 představa vlastního těla, b 1802 uvědomování si času			
Psaní:	LHK – není dominantní, kostrbaté písmo, PHK nelze psát		
d 170 psaní		PHK	4 4
Čtení:			
d 166 čtení			
Počítání:			
d 172 počítání			
Sociální interakce:	d 710, d 720, d 730, d 740		
Prostorově-vizuální úkol:			
Konstrukční úkol:			
d 177 rozhodování			
d 210 provádění jednotlivého úkolu			
• d 2100 provádění jednoduchého úkolu, d 2101 provádění složitého úkolu, d 2102 provádění jednoho úkolu nezávisle a sám			
d 220 provádění mnohočetných úkolů			
• d 2200 provádění mnohočetných úkolů, d 2201 kompletování mnohočetných úkolů, d 2202 provádění mnohočetných úkolů nezávisle a sám			

Čtí HKK:	PHK			LHK		
	akrum	předloktí	páže	Akrum	předloktí	páže
Dotek: b 2702						
Teplota: b 2700						
Chlad: b 2700						
Bolest: b 2703						
Diskriminace:						
Vibrace: b 2701						
Pohybovit:						
Pohybocit:						
Ster	tvár					
eog	materiál					
nosi	předmět					
Grafestesia:						

++ hyper + norma – snížená 0 necitlivost	
b 1564 dotykové vnímání	
b 260 proprioceptivní funkce	
b 265 dotykové funkce	

neporušeno

Funkční vyšetření HK	s 720.471	Dominance: <u>P</u> <u>L</u>			
s 730.471					
Vzhled – plegie PHK, spasticita na akru PHK					
Konfigurace					
Držení – subluxace ramenního kloubu					
Taxe – PHK nelze, LHK v pořádku					
Diadochokinéza - PHK nelze, LHK v pořádku					
Bolestivost – v ramenním kloubu (pocit tahu dolů)					
b 265 dotykové funkce					
b 280 vnímání bolesti					
<ul style="list-style-type: none"> b 2801 bolest v některé části těla – b 28014 bolest v horní končetině b 2801 bolest v některé části těla – b 28016 bolest v kloubech 			2		
b 765 funkce mimovolní hybnosti					
<ul style="list-style-type: none"> b 7650 mimovolní kontrakce svalů b 7651 tremor b 7652 tiky a manyrizmy b 7653 stereotypie a polybové perserverace 					
b 780 funkce, vztahující k pocitům ze svalů a pohybů					
<ul style="list-style-type: none"> b 7800 pocit svalové ztuhlosti b 7801 pocit svalového spazmu 					
Pravá HK	A	P	Levá HK	A	P
Rozsah pohybu rameno:			Rozsah pohybu rameno:		
předpažit	Ne	jde	předpažit		
upažit	Ne	jde	upažit		
vzpažit	Ne	bolest	vzpažit		
ruka v týl	Ne	bolest	ruka v týl		
ruka za záda	Ne	bolest	ruka za záda		
Rozsah pohybu loket:			Rozsah pohybu loket:		
na koleno	Ne	jde	na koleno		
na kontra-koleno	Ne	jde	na kontra-koleno		
na rameno	Ne	jde	na rameno		
na kontra-rameno	Ne	jde	na kontra-rameno		
na ústa	Ne	bolest	na ústa		
FLX bez gravitace	Ne	jde	FLX bez gravitace		
EXT	Ne	jde	EXT		
supinace	Ne	jde	supinace		
pronace	Ne	jde	pronace		
Rozsah pohybu ruky:			Rozsah pohybu ruky:		
palární flx.	Ne	Jde	palární flx.		
dorzální flx.	Ne	Jde	dorzální flx.		
uln. dukce	Ne	Jde	uln. dukce		
rad. dukce	Ne	Jde	rad. dukce		
prsty flx.	Ne	Jde	prsty flx.		
prsty ext.	Ne	Jde	prsty ext.		
opozice	Ne	jde	opozice		
Koordinace:	A		Koordinace:	A	
lusknutí prsty			lusknutí prsty		
ruka v pěst			ruka v pěst		
tlesknutí			tlesknutí		
hra na klavír			hra na klavír		
gesto „OK“			gesto „OK“		
b 710 funkce kloubní hybnosti					
<ul style="list-style-type: none"> b 7100 hybnost jednoho kloubu b 7101 hybnost více kloubů 			bolest pravého ramenního kloubu	2	
b 7150 stabilita jednoho kloubu				subluxace ramenního kloubu	2
b 720 funkce hybnosti kostí					
<ul style="list-style-type: none"> b 7200 pohyblivost špatky b 7202 pohyblivost karpálních kostí 					

Manipulace s předmětem PHK: bimanuálně z LHK				Manipulace s předmětem LHK:								
ze země				ze země								
z horizontály				z horizontály								
nad horizontálu				nad horizontálu								
d 430 zvedání a nošení předmětů				PHK	4	4						
<ul style="list-style-type: none"> d 4300 zvedání d 4301 nošení v ruce d 4302 nošení v pažích d 4303 nošení na ramenu, kyčli a boku d 4305 pokládání předmětů 												
d 445 využití ruky a paže				PHK	4	4						
<ul style="list-style-type: none"> d 4450 přitahování d 4451 hačení d 4452 sahání d 4453 otáčení nebo kroucení rukou a paží 												
Úchop:		Pravá - neprovede		Úchop:		Levá - provede						
pinzetový				pinzetový								
klíčový				klíčový								
špetkový				špetkový								
tužkový				tužkový								
válcový				válcový								
kulový				kulový								
sekundární				sekundární								
terciální				terciální								
1. přiblížení 2. sevření 3. Držení 4. Uvolnění 5. Oddělení rychlost koordinace třes												
d 440 využití ruky k jemným pohybům				PHK	4	4						
<ul style="list-style-type: none"> d 4400 sbírání d 4401 uchopení d 4402 manipulace d 4403 uvolňování 												
Svalová síla	funkční	snížená	nulová	Svalová síla	funkční	snížená	nulová					
abdukce ramene		+		abdukce ramene								
addukce ramene		+		addukce ramene								
zevní rotace				zevní rotace								
vnitřní rotace				vnitřní rotace								
flexe lokte			+	flexe lokte								
extenze lokte			+	extenze lokte								
flexe zápěstí			+	flexe zápěstí								
extenze zápěstí			+	extenze zápěstí								
abdukce prstů			+	abdukce prstů								
addukce prstů			+	addukce prstů								
flexe prstů			+	flexe prstů								
b 730 funkce svalové síly												
<ul style="list-style-type: none"> b 7300 síla jednotlivých svalových skupin b 7301 síla svalů jedné končetiny b 7302 síla svalů na jedné straně těla b 7304 síla svalů všech končetin 								PHK	3			
b 740 funkce svalové vytrvalosti												
<ul style="list-style-type: none"> b 7400 vytrvalost jednotlivých svalů b 7401 vytrvalost svalových skupin b 7402 vytrvalost všech svalů těla 												
Svalový tonus	norma	Spasticita nastupuje			hypo	norma	Spasticita nastupuje			hypo		
		začátek	prostředek	konec			začátek	prostředek	konec			
biceps br.												
triceps br.												
Pran. loket												
Supin. lokte				+								
Flx. zápěstí				+								
Flx. prstů				+								
b 735 funkce svalového tonu												
<ul style="list-style-type: none"> b 7350 tonus jednotlivých svalů a svalových skupin b 7351 tonus svalů jedné končetiny b 7352 tonus svalů jedné poloviny těla 											PHK	2

Modifikovaný Ashword: 0: normální svalový tonus; 1: lehké zvýšení svalového tonu projevující se odporem a uvolněním nebo minimálním odporem na konci pohybu do flexe/extenze, abdukce/addukce; 1+ lehké zvýšení svalového tonu projevující se odporem či minimálním odporem během méně než poloviny pohybu; 2: větší zvýšení svalového tonu během pohybu, postižená část se ale pohybuje bez větších problémů; 3: značné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je těžko proveditelný; 4: postižená část je flexi/extenzi, abdukci/addukci

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE - *Ergoterapeutické vstupní vyšetření z hlediska Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*

Jméno: Pavla Hamplová

Obor: Ergoterapie

Informovaný souhlas

Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii pro účely Bakalářské práce a je mi více než 18 let.

Byl (a) jsem podrobně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává.

Porozuměl (a) jsem tomu, že svou spolupráci mohu kdykoliv ukončit. Je zaručena ochrana mých osobních údajů. Mé osobní údaje mohou být poskytnuty pro výzkumné a vědecké účely pouze bez identifikačních údajů (anonymní data).

Porozuměl (a) jsem tomu, že mé jméno se nebude v bakalářské práci vyskytovat a já nebudu proti použití výsledku z této studie.

Datum a podpis pacienta

.....

Datum a podpis studenta

.....

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis