

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kateřina Kulířová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

Kateřina Kulířová

Studijní obor: Ergoterapie (5342R002)

**ROLE ERGOTERAPEUTA PŘI VYHODNOCENÍ
DOMÁCÍHO PROSTŘEDÍ PRO JEDINCE PO PORANĚNÍ
MÍCHY – VYUŽITÍ A EFEKTIVNOST SEMAFOR TESTU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina KULÍŘOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0116P**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Ergoterapie**
Téma práce: **Role ergoterapeuta při vyhodnocení domácího prostředí pro jedince po poranění míchy- využití a efektivnost SEMAFOR testu**
Zadávací katedra: **Katedra rehabilitačních oborů**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- Krivošíková, Mária. Úvod do ergoterapie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- Jelínková, Jana, Krivošíková, Mária a Šajtarová, Ludmila. Ergoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- Kolář, Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- Wendsche, Peter a kol. Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
- Poláčková, Kateřina. Bydlení bez bariér. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. ISBN 978-80-260-8753-3.
- Macháčková, Kateřina a kol. SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accesibility FOR home. Praha, 2014
- Scaffa, Marjorie E. a S. Maggie Reitz. Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings.2. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2014. ISBN 978-0-8036-2580-8.

Vedoucí bakalářské práce:

MSc. Veronika Vrbská

Katedra rehabilitačních oborů

Datum zadání bakalářské práce: **13. června 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**

PhDr. Lukáš Štich
děkan



MUDr. Otto Kott, CS.
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kulířová Kateřina

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Role ergoterapeuta při vyhodnocení domácího prostředí pro jedince po poranění míchy – využití a efektivnost SEMAFOR testu

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 54

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: poranění míchy, domácí prostředí, bezbariérové úpravy, ergoterapie

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá hodnocením domácího prostředí u jedinců po poranění míchy v rámci ergoterapeutické intervence. Teoretická část se věnuje tomu, jak se domácí prostředí hodnotí, na jaké architektonické bariéry je potřeba brát zřetel, či jak by správná bezbariérová domácnost měla vypadat, a rovněž se soustředí i na samotnou problematiku míšního poranění. Mimo to jsou zde popsány všechny části metodiky SEMAFOR home, které jsou pak prakticky využity ve výzkumném šetření.

To proběhlo v domácnostech u tří probandů po poranění míchy. Mimo samotného vyhodnocení domácího prostředí za pomoci metodiky SEMAFOR home bylo u probandů zjišťováno, kdo s nimi úpravu domácího prostředí konzultoval, a kdy začali bezbariérovost své domácnosti řešit.

Abstract

Surname and name: Kuliřová Kateřina

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The role of occupational therapist when assessing the home environment for individuals after spinal cord injury – the use and effectiveness of the SEMAFOR test

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 54

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 51

Keywords: spinal cord injury, home environment, accessibility, Occupational Therapy

Summary:

This bachelor thesis focuses on assessment of the home environment of individuals after spinal cord injury as part of an occupational therapy intervention. The theoretical part is devoted not only to how the home environment is evaluated, what architectural barriers should be taken into account, or what a proper barrier-free household should look like, but it also focuses on the issue of spinal cord injury itself. In addition, all parts of the SEMAFOR home methodology are described here, which are then practically used in the research.

The research was completed in households of three probands after spinal cord injury. In addition to the evaluation of the home environment was completed using the SEMAFOR home methodology, the probands were also asked who helped them with their home environment adjustment and when they started to deal with their home environment.

Předmluva

Motivací k výběru tohoto tématu byl autorce zájem o problematiku hodnocení domácího prostředí. Z dosavadních zkušeností v rámci ergoterapeutických praxí nabyta představy, že ergoterapeuti v České republice většinou hodnotí domácí prostředí ve zdravotnickém zařízení a to formou rozhovoru, jenž je součástí ergoterapeutického vyšetření. V této představě pak byla dále utvrzena po prostudování českých písemných zdrojů vztahujících se právě k hodnocení domácího prostředí. Zatímco zahraniční literatura poukazuje na propracovaný systém bezbariérových úprav.

Hodnocení domácího prostředí a jeho následné úpravy jsou však nedílnou součástí ergoterapeutické práce, a proto autorka předpokládá, že by si toto téma zasloužilo větší pozornost. Zvláště, když v České republice již existuje standardizovaný nástroj pro identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí – metodika SEMAFOR home.

Poděkování

Děkuji MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Kateřině Čihařové za umožnění využít on-line aplikaci metodiky SEMAFOR home a za zaslání uceleného materiálu k metodice. V neposlední řadě bych ráda poděkovala probandům, kteří se s ochotou podíleli na hodnocení domácího prostředí.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM GRAFŮ	13
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 PORANĚNÍ MÍCHY	17
1.1 Míšní léze.....	17
1.2 Dopad na jedince	20
1.3 Funkční hodnocení u jedince po poranění míchy	21
2 UCELENÁ REHABILITACE.....	22
2.1 Ergoterapie jako součást rehabilitace.....	23
2.1.1 Ergoterapie a jedinec po poškození míchy.....	23
2.1.2 Ergoterapeutický proces	23
2.1.3 Vybrané přístupy a modely v ergoterapeutické praxi	24
2.2 Úkoly ergoterapeuta při řešení bariér	25
3 BEZBARIÉROVÉ BYDLENÍ	27
3.1 Základní požadavky pro bezbariérové bydlení	27
3.2 Požadavky na jednotlivé části domu.....	28
4 ZPŮSOBY HODNOCENÍ	35
4.1 Způsoby hodnocení domácího prostředí.....	36
4.2 Metodika SEMAFOR home	37
4.2.1 Popisná část.....	39
4.2.2 Subjektivní hodnocení.....	39
4.2.3 Objektivní hodnocení	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 CÍL PRÁCE.....	42
6 HYPOTÉZY	43
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
8 METODIKA PRÁCE	45
9 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	47
9.1 Proband A	47
9.1.1 Domácnost.....	48
9.1.2 Subjektivní část metodiky SEMAFOR home	48
9.1.3 Objektivní část metodiky SEMAFOR home.....	51

9.2	Proband B	54
9.2.1	Domácnost.....	55
9.2.2	Subjektivní část metodiky SEMAFOR home	55
9.2.3	Objektivní část metodiky SEMAFOR home.....	57
9.3	Proband C	59
9.3.1	Domácnost.....	60
9.3.2	Subjektivní část metodiky SEMAFOR home	61
9.3.3	Objektivní část metodiky SEMAFOR home.....	63
10	VÝSLEDKY	65
10.1	Proband A.....	65
10.2	Proband B.....	66
10.3	Proband C.....	67
11	DISKUZE	68
	ZÁVĚR.....	73
	LITERATURA A PRAMENY	74
	SEZNAM PŘÍLOH	79
	PŘÍLOHY	80

SEZNAM ZKRATEK

- AB architektonické bariéry
- ADL Activities of Daily Living – všední denní činnosti
- ASIA American Spinal Injury Association
- CCP Client-centred Practice = přístup zaměřený na člověka
- CMOP Canadian Model of Occupational Performance – Kanadský model výkonu zaměstnávání
- COPM Canadian Occupational Performance Measure – Kanadské hodnocení
- DKK..... dolní končetiny
- HKK..... horní končetiny
- ILA..... Innovation Leadership Agency
- KP kompenzační pomůcky
- SEMAFOR home..... Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home
- SCI..... Spinal Cord Injury – poranění míchy
- SCIM..... Spinal Cord Independence Measure – Hodnocení funkční nezávislosti
- WFOT World Federation of Occupational Therapists

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Očekávané funkční výsledky - poranění krční (C) oblasti	18
Tabulka 2 Očekávané funkční výsledky - poranění hrudní (Th) a bederní (L) oblasti	19
Tabulka 3 Očekávané funkční výsledky - poranění bederní (L) a křížové (S) oblasti	20
Tabulka 4 Dotazník SCIM - proband A	47
Tabulka 5 Dotazník SCIM - proband B	54
Tabulka 6 Dotazník SCIM - proband C	59
Tabulka 7 Přehled bariér v domácnosti probanda A	65
Tabulka 8 Přehled bariér v domácnosti probanda B.....	66
Tabulka 9 Přehled bariér v domácnosti probanda C.....	67

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vyhodnocení domácího prostředí - proband A	65
Graf 2 Vyhodnocení domácího prostředí - proband B	66
Graf 3 Vyhodnocení domácího prostředí - proband C	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Základní požadavky pro navrhování bezbariérového bydlení	27
Obrázek 2 Vstupní dveře	29
Obrázek 3 Kuchyně	30
Obrázek 4 Samostatná místnost WC	31
Obrázek 5 Koupelna - vana	32
Obrázek 6 Koupelna - sprchový kout	33
Obrázek 7 Pracovní prostor - vchod do zaměstnání, proband A	90
Obrázek 8 Pracovní prostor - toaleta, proband A	90
Obrázek 9 Neurologická klasifikace míšního poranění - protokol ASIA	109
Obrázek 10 Dotazník SCIM III., 1. část	110
Obrázek 11 Dotazník SCIM III., 2. část	111
Obrázek 12 Plakát k bakalářské práci	112

ÚVOD

Lidé s poraněním míchy v dnešní době tvoří celkem početnou skupinu pacientů, s nimiž se běžně setkáváme, a každý rok v České republice přibývá asi 280 nových případů. Většina takových lidí vyžaduje po návratu do domácího prostředí určitou míru podpory a dopomoci v běžných denních činnostech. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

Léčba a následná rehabilitace lidí po poškození míchy je velmi specifická a namáhavá. Úspěšnost zdravotní péče (především v prvních týdnech a měsících po úraze) závisí na náležitém vybavení pracoviště a odborném přístupu celého zdravotnického týmu. Úsilí všech směřuje zejména k tomu, aby jedinec s poškozením míchy dokázal využít všech svých předpokladů k samostatnosti a nezávislosti v běžném životě, a aby se s novou náročnou životní situací dokázal dobře vyrovnat nejenom psychicky, ale i sociálně. (Faltýnková, Kříž, Kábrtová, 2004)

Problematika lidí s poškozením míchy se však v současné době dostává do popředí povědomí společnosti. Rozšiřuje se nabídka možností a řešení, které pro postižené osoby mohou v důsledku znamenat nezávislost na druhých lidech a pro zachování samostatnosti je pak k dispozici rozmanitá nabídka kompenzačních a ergonomických pomůcek.

V soběstačnosti člověka ovšem hraje zásadní roli i charakter bydlení. Důležitá je zejména funkční stránka domácího prostředí, tj. praktické zařízení interiéru. Zajištění vhodného domácího prostředí je pro jedince na vozíku jistým předpokladem oddálení či dokonce úplného odvrácení nákladné ústavní péče. (Macháčková a kol., 2014)

Většina lidí preferuje žít v prostředí, jež považují za svůj domov. (Robnett et al., 2015) Aby jim však tento požadavek byl splněn, je zapotřebí, aby domácí prostředí splňovalo potřebné podmínky, které se liší v závislosti na omezeních a schopnostech konkrétního člověka. Jednou z možností, jak snáze a účelně vytvořit vhodné bezbariérové domácí prostředí pro jedince s motorickým omezením, je nechat zhodnotit toto prostředí ergoterapeutem.

Ačkoliv je problematika odstraňování architektonických bariér v domácnosti dobře a podrobně propracována např. ve skandinávských zemích, u ergoterapeutů v České republice převažuje způsob, kdy hodnocení domácího prostředí probíhá pouze

prostřednictvím rozhovoru mezi klientem a ergoterapeutem, přičemž ergoterapeut se řídí především svými dosavadními zkušenostmi. (Macháčková a kol., 2014)

Za tímto způsobem hodnocení může stát skutečnost, že v České republice do této doby neexistoval systematický nástroj, pomocí kterého by bylo možné objektivně identifikovat potřebu a rozsah bezbariérových úprav domácího prostředí u osob s disabilitou (Macháčková a kol., 2014), nebo také to, že hodnocení formou domácí návštěvy musí být indikováno lékařem. Ergoterapeutovi je však tato forma hodnocení placená pouze jako ergoterapeutický výkon, bez nároku uhrazení cesty do bydliště klienta. (Švestková, Svěcená, 2014)

Takový způsob vyhodnocení pak neumožňuje ani srovnání mezi pracovišti, natož mezi státy. Pro takové využití je potřeba objektivních standardizovaných metod, jež jsou v praxi důležité pro hodnocení efektivnosti ergoterapeutické intervence. V současné době navíc narůstá poptávka po systematizaci a objektivizaci hodnocení domácího prostředí, které by poskytlo ergoterapeutům spolehlivé informace vedoucí mimo jiné k efektivnějšímu odstraňování bariér. Za těmito účely byla vytvořena metodika SEMAFOR home, jenž slouží k systematické identifikaci architektonických bariér. (Čihařová a kol., 2018)

Cílem této bakalářské práce je za pomoci této metodiky SEMAFOR home zjistit, zda a jak efektivně uvedená metodika identifikuje architektonické bariéry v domácím prostředí u jedinců po poranění míchy.

Autorka se domnívá, že jako ergoterapeutka ve své budoucí praxi využije získané teoretické poznatky a závěry této bakalářské práce, a rovněž věří, že tato bakalářská práce bude nápomocná nejenom jedincům po poranění míchy, kteří zrovna řeší bezbariérovou úpravu svého domácího prostředí, ale též třeba i samotným ergoterapeutům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORANĚNÍ MÍCHY

Poranění míchy (dále jako SCI = Spinal Cord Injury) je medicínsky složitý a život narušující stav, neboť se odráží ve všech oblastech lidského života. (Bickenbach et al., 2013) Ke SCI dochází zpravidla při poranění páteře následkem úrazu – jedná se o různé dopravní nehody, pády z výšky, skoky do mělké vody a jiné. SCI však může nastat i jako následek fyzického napadení, při bodném či střelném poranění. V neposlední řadě může být důsledkem zánětlivého nebo degenerativního onemocnění, anebo jde o vadu vrozenou. (Faltýnková, Kříž, Kábrtová, 2004)

SCI je bezpochyby jedno z nejzávažnějších zdravotních postižení a ve většině případů vede k trvalým následkům na tělesném, a často pak také duševním zdraví. Aby se minimalizovaly následky míšního poranění, je potřeba bezprostředně po úrazu a operačním zákroku zahájit intenzivní rehabilitaci v rámci spinálního programu, který si klade za cíl navrátit pacienta do domácího a pracovního prostředí. (Kříž, Chvostová, 2009) Léčebná rehabilitace se tedy snaží o maximální obnovu postižených funkcí, o co nejlepší využití svalového potenciálu a vytvoření náhradních mechanismů k dosažení co nejvyšší úrovně soběstačnosti a kvality života. (Kříž et al., 2019)

1.1 Míšní léze

Mezi specifické příznaky míšní léze (tj. poškození míchy) spadají poruchy hybnosti, citlivosti a autonomního systému – poruchy termoregulace, problematické vyprazdňování, ovlivnění dechových a sexuálních funkcí apod. (Kříž et al., 2019) Podle oblasti, ve které je mícha poškozena se rozeznávají dvě hlavní skupiny – paraplegie a tetraplegie (taktéž kvadruplegie) a zaštiťují se pod označení „kompletní (transverzální) míšní léze“. (Wendsche a kol., 2009) V případě kompletní míšní léze se jedná o úplné přerušení míchy. Zmírnění poškození a zlepšení poruch je v tomto případě nemožné. (Kříž et al., 2019)

Jestliže se hovoří o tetraplegii, je poraněna krční páteř společně s míchou a postiženy jsou jak končetiny dolní (dále jako DKK), tak horní (dále jako HKK). Tetraplegik pro vykonávání běžných denních aktivit potřebuje bezbariérové prostředí. Návlek soběstačnosti je pro něj náročný a ve většině případů potřebuje částečnou nebo úplnou asistenci druhé osoby. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

Paraplegie vzniká poškozením míchy v hrudní nebo bederní oblasti a označuje ochrnutí DKK a trupu. Paraplegik se pohybuje na mechanickém vozíku a je v daném rozsahu soběstačný v denních činnostech. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

Funkční nezávislost jedince se pak odvozuje od lokalizace míšní léze. (Kříž et al., 2019) Obecně platné očekávané funkční výsledky u kompletní míšní léze jsou nastíněny v následujících tabulkách:

Tabulka 1 Očekávané funkční výsledky - poranění krční (C) oblasti

Úroveň	Očekávané funkční výsledky		Vybavení / potřeba
C1 – 3	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost v mobilitě na lůžku a v přesunech lůžko – vozík • společně s vybavením soběstačný v jízdě na elektrickém vozíku 	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost v sycení, oblékání, hygieně, péči o vzhled 	<ul style="list-style-type: none"> • ventilátor (dýchání) • polohovatelné lůžko, zvedák • vozík s elektricky / mechanicky nastavitelným systémem polohování • 24-hodinová péče
C4	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost v mobilitě na lůžku a v přesunech lůžko – vozík, • může být schopen dýchat bez ventilátoru • soběstačný v jízdě na elektrickém vozíku 	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost v sycení, oblékání, hygieně, péči o vzhled 	<ul style="list-style-type: none"> • polohovatelné lůžko, zvedák • vozík s elektricky / mechanicky nastavitelným systémem polohování • 24-hodinová péče
C5	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost v přesunech lůžko – vozík • částečná závislost v mobilitě na lůžku • jízda na vozíku: <ol style="list-style-type: none"> a) elektrický – soběstačný b) mechanický – soběstačný nebo částečně závislý na doma, částečně nebo plně závislý venku 	<ul style="list-style-type: none"> • plná závislost při přípravě jídla, poté samostatně jí s pomůckami • oblékání – plná závislost u DKK, částečná závislost u HKK • plná závislost v hygieně, částečná závislost v péči o vzhled 	<ul style="list-style-type: none"> • polohovatelné lůžko, zvedák • vozík s elektricky / mechanicky nastavitelným systémem polohování • vyžadovaná asistence – osobní péče (10 hodin denně) a péče o domácnost (6 hodin denně)

C6	<ul style="list-style-type: none"> • částečná závislost v mobilitě na lůžku • částečná závislost až soběstačnost v přesunech lůžko – vozík • jízda na vozíku: <ul style="list-style-type: none"> a) elektrický – soběstačný b) mechanický – soběstačný doma, částečně nebo plně závislý venku 	<ul style="list-style-type: none"> • sycení – soběstačnost, pouze krájení plně asistované • oblékání – soběstačnost u HKK, částečná až plná závislost u DKK • hygiena – soběstačnost u horní poloviny těla, částečná až plná závislost u dolní poloviny těla 	<ul style="list-style-type: none"> • polohovatelné lůžko, zvedák • kompenzační pomůcky <ul style="list-style-type: none"> • ruční ovládání auta • vyžadovaná asistence – osobní péče (6 hodin denně) a péče o domácnost (4 hodiny denně)
C7 – 8	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačný až částečně závislý v mobilitě na lůžku a v přesunech lůžko – vozík • jízda na vozíku <ul style="list-style-type: none"> a) mechanický – soběstačný, asistence v horším terénu 	<ul style="list-style-type: none"> • sycení - soběstačnost • oblékání – soběstačnost u HKK, částečná až plná závislost u DKK • hygiena – soběstačnost u horní poloviny těla, částečná závislost až soběstačnost u dolní poloviny těla 	<ul style="list-style-type: none"> • polohovatelné lůžko nebo standardní dvojlůžko • kompenzační pomůcky <ul style="list-style-type: none"> • ruční ovládání auta • vyžadovaná asistence – osobní péče (6 hodin denně) a péče o domácnost (2 hodiny denně)

Zdroj: Spinální jednotka Praha, 2018

Tabulka 2 Očekávané funkční výsledky - poranění hrudní (Th) a bederní (L) oblasti

Úroveň	Očekávané funkční výsledky		Vybavení / potřeba
Th1 – 9	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v přesunech lůžko – vozík i v mobilitě na lůžku • jízda na vozíku - soběstačnost 	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v sycení, oblékání, hygieně, péči o vzhled • samostatnost při kompletní přípravě jídla a lehkém úklidu, částečná až plná závislost při úklidu větším 	<ul style="list-style-type: none"> • standardní postel/ dvojlůžko • ruční ovládání auta – samostatnost • vyžadovaná asistence – péče o domácnost (3 hodiny denně)
Th10 – L1	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v přesunech lůžko – vozík i v mobilitě na lůžku • jízda na vozíku – soběstačnost na všech površích • chůze – funkční, částečná závislost až samostatnost 	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v sycení, oblékání, hygieně, péči o vzhled • samostatnost při kompletní přípravě jídla a lehkém úklidu, částečná závislost při náročnějším úklidu 	<ul style="list-style-type: none"> • standardní lůžko/ dvojlůžko • ruční ovládání auta - samostatnost • vyžadovaná asistence – péče o domácnost (2 hodiny denně)

Zdroj: Spinální jednotka Praha, 2018

Tabulka 3 Očekávané funkční výsledky - poranění bederní (L) a křížové (S) oblasti

Úroveň	Očekávané funkční výsledky		Vybavení / potřeba
L2 – S5	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v přesunech lůžko – vozík i v mobilitě na lůžku <ul style="list-style-type: none"> • jízda na vozíku – soběstačnost na všech vnitřních i venkovních površích • chůze – funkční, částečná závislost až samostatnost 	<ul style="list-style-type: none"> • soběstačnost v sycení, oblékání, hygieně, péči o vzhled • samostatnost při kompletní přípravě jídla a lehkém úklidu, částečná závislost při větším úklidu 	<ul style="list-style-type: none"> • standardní lůžko/ dvojlůžko • ruční ovládání auta – samostatný v autě včetně nakládání a vykládání vozíku • vyžadovaná asistence – péče o domácnost (0 – 1 hodiny denně)

Zdroj: Spinální jednotka Praha, 2018

Neurologické hodnocení spinálních pacientů se provádí podle American Spinal Injury Association (dále jako ASIA) protokolu, který umožňuje sledovat vývoj stavu pacienta v různých stádiích míšního poranění. Mimo jiné umožňuje stanovit úroveň a rozsah míšní léze. (Ditunno, 1994) Formulář protokolu ASIA je součástí příloh, viz Příloha 5.

Poškození míchy však může být i „inkompletní“ – mícha není přerušena, nýbrž pouze stlačena. Při včasné a adekvátní řešení lze u inkompletní míšní léze stabilizovat stav a během intenzivní rehabilitace může dojít k postupnému zlepšení neurologického obrazu. Zlepšení hybnosti se v některých případech může objevit i po několika letech od úrazu. (Šámal, Ouzký, Haninec, 2017) Někteří pacienti s inkompletní míšní lézí mohou dosáhnout až schopnosti chůze, predilekce je však velmi obtížná. Rozhodující je zde nejenom svalová síla končetin a trupu, ale i zachovaná propriocepce. (Kříž et al., 2019)

1.2 Dopad na jedince

Funkční nezávislost a soběstačnost člověka má zásadní vliv na jeho kvalitu života, sebevědomí jedince a jeho sociální vazby. Někteří lidé po SCI jsou schopni si svou funkční nezávislost udržet, zatímco jiní k jejímu opětovnému získání budou nuceni využívat různé technologické možnosti – zejména používat kompenzační pomůcky (dále jako KP) a provádět úpravy domácího prostředí. Míra dosažitelnosti funkční nezávislosti člověka závisí zejména na úrovni poškození míchy, ale mimo to existuje ještě řada dalších faktorů, které mají rovněž vliv na funkční výkon jedince. (Ford, Keay, Skipper, 2014)

Faktory, které mají vliv na funkční výkon:

- neurologická úroveň (tetraplegie / paraplegie)
- stupeň poškození (kompletní, inkompletní)
- věk v době zranění, doba uplynulá od poranění
- další zranění nebo přidružená onemocnění (např. zlomeniny, srdeční choroby, revmatoidní artritida atd.)
- duševní onemocnění (např. deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti)
- užívání alkoholu / drog
- tělesné proporce a hmotnost
- sociální podpora, finanční možnosti
- environmentální faktory

(Ford, Keay, Skipper, 2014)

1.3 Funkční hodnocení u jedince po poranění míchy

Pro hodnocení disability po míšním poranění bylo speciálně vytvořeno Hodnocení funkční nezávislosti (Spinal Cord Independence Measure – dále jen SCIM), který slouží k posouzení různých činností každodenního života. (Catz et al., 1997) Hodnocení by mělo být provedeno ihned po přijetí jedince k rehabilitaci (nejlépe do 72 hodin). Znovu se pak hodnocení provádí před ukončením hospitalizace, a tedy návratem do domácího prostředí. Jedná se o přínosný nástroj, jenž dokáže popsat a posoudit eventuální funkční změny a pacientovy pokroky v každodenních aktivitách. (Miller, Chan, 2020)

V současné době se pro posuzování používá již 3. verze (SCIM III). Hodnocení obsahuje celkem 19 položek, které jsou rozčleněny do 3 podskupin: sebeobsluha (stravování, hygiena, oblékání, úprava zevnějšku), dýchání + ovládání svěračů a mobilita (přesuny, mobilita v interiéru a exteriéru). Časová náročnost tohoto hodnocení je 30 – 45 minut a celkem lze dosáhnout maximálního skóre 100 bodů, přičemž čím více bodů, tím je stupeň závislosti menší. (Kříž et al., 2019) Formulář SCIM je uveden v přílohách, viz Příloha 6 a 7.

2 UCELENÁ REHABILITACE

Pojem ucelená (nebo taktéž komprehenzivní) rehabilitace znamená vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož zásadní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého či dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimální sociální integrace. (Kolář et al., 2015)

Podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření je možné rehabilitaci rozčlenit na: léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. V praxi se však rehabilitace takto nerozlišuje, neboť vždy jde o kombinované a vzájemně propojené využívání všech forem dle potřeby. (Kolář et al., 2015)

Spolupráce jak zdravotnických, tak i nezdravotnických profesí je zde nezbytná. Tu zajišťuje tzv. interprofesní tým, který zahrnuje a koordinuje činnosti lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, zdravotní sestry, nutričního terapeuta, psychologa, sociálního pracovníka, eventuálně i speciálního pedagoga, protetika či posudkového lékaře. Nezbytnou součástí týmu je rovněž rodina, případně přátelé. (Švestková et al., 2017)

Fyzioterapie například prostřednictvím cvičení a různých technik podporuje návrat pohybových funkcí, posiluje zbytkové svalové skupiny a udržuje rozsah kloubní pohyblivosti. U většiny jedinců po poranění míchy je fyzioterapie celoživotně důležitá. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

Míšní poranění vyžaduje rovněž změnu stravovacích návyků, a to zejména z důvodu sníženého energetického výdaje. Nutriční terapeut proto sestavuje s klientem vhodný jídelníček, aby nedocházelo k nečekaným váhovým úbytkům, nebo naopak k nežádoucímu přibírání na hmotnosti. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

Mimo výše zmíněných profesí mají pro člověka s míšní lézí význam tzv. „instruktoři soběstačnosti“. Jedná se o lidi, kteří sami prodělali poranění míchy a prošli celým následným procesem po úrazu. Jejich snahou a přínosem je, právě s využitím těchto vlastních zkušeností, podporování klienta v soběstačnosti a pomoc se zvládnutím nové životní situace. (Centrum Paraple, o.p.s., 2018)

2.1 Ergoterapie jako součást rehabilitace

Ergoterapie je rehabilitační obor, který usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných činností. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž zcela respektuje jeho osobnost a možnosti. (Jelínková, Krivošíková, 2007) Ergoterapie je nezastupitelnou součástí v rehabilitačním interprofesním týmu a společně s ostatními členy se snaží dosáhnout co nejvyšší kvality života u každé osoby s disabilitou. (Švestková, Svěčená, 2014)

2.1.1 Ergoterapie a jedinec po poškození míchy

Ergoterapie si klade za cíl naučit jedince po poškození míchy maximálně využívat zachovanou svalovou aktivitu k pohybu, běžným denním činnostem a k celkovému návratu do aktivního života. S tím souvisí i výběr vhodných KP, které mohou člověku eventuálně nahradit chybějící funkci postižených svalů. U jedinců s kompletní míšní lézí, kteří nemají potenciál pro neurologické zlepšení je využití kompenzačních strategií, díky kterým se zvyšuje jejich nezávislost naprosto zásadní. Tyto kompenzační strategie zahrnují přeučení dovedností, získání potřebných KP a vhodnou změnu podmínek prostředí. (Kříž et al., 2019)

Zpočátku je ergoterapeut přítomen při nácviu ranní hygieny, oblékání a přesunech. Vybavuje pacienta pomůckami pro sebeobsluhu a trénuje s ním (pokud je to potřeba) náhradní funkční úchop. Mimo jiné se podílí na výběru vhodného vozíku. (Kříž et al., 2019) Před návratem zpět do domácího prostředí by měl ergoterapeut s pacientem rovněž konzultovat vhodná řešení v oblasti bezbariérových úprav bytu/ domu, jakož i řešení pracovního prostředí. Pokud postižená osoba plánuje řízení osobního automobilu, je informována o možnosti úpravy vozidla na ruční řízení. (Kříž, Chvostová, 2009)

2.1.2 Ergoterapeutický proces

Specifický plán ergoterapeutické péče je tzv. „ergoterapeutický proces“, jehož základními složkami jsou: příjem a vyšetření jedince, plánování aktivit, samotná terapie s pravidelným opakováním hodnocení a propuštění z péče. (Kříž et al., 2019)

Při vyšetření se používají zejména metody k hodnocení aktivit běžného denního života a metody ke zhodnocení funkce HKK. Výběr testování se odvíjí od dalších přidružených příznaků nebo potřeby objektivizovat potenciál jedince. (Kříž et al., 2019) Ergoterapeut k tomu využívá standardizované testy a škály. Doplňující informace lze pak

získat za pomoci strukturovaného rozhovoru či pozorování. Výsledkem je zmapování problémů, které slouží k určení cílů terapie. (Krivošíková, 2011)

Plánování aktivit (léčby) vychází z výsledků vyšetření. V této fázi ergoterapeutického procesu ergoterapeut společně s jedincem definuje cíle terapie, které lze formulovat s využitím zjištěných problémů pacienta. Cíle by měly být konkrétní, srozumitelné, měřitelné a dosažitelné (tj. realistické). Součástí plánu je rovněž návrh vhodných opatření k dosažení stanovených cílů. (Krivošíková, 2011)

Kromě terapie samotné jsou pak jejími dalšími součástmi i příprava místnosti a pomůcek pro provádění terapie, samotná terapie, průběžné hodnocení stavu klienta v předem stanovených oblastech a záznam do zdravotnické dokumentace. V případě potřeby je možné plán, a tedy i samotnou terapii, upravovat dle vývoje zdravotního stavu. (Krivošíková, 2011)

Před propuštěním z péče probíhá závěrečná kontrola výsledků terapie, zhodnocení dosažených cílů terapie, změn, které nastaly a doporučení dalšího postupu. Ergoterapeut často provádí závěrečnou edukaci jedince i jeho rodiny ohledně používání kompenzačních strategií či pomůcek a cvičení v domácím prostředí. (Krivošíková, 2011; Kříž et al., 2019)

2.1.3 Vybrané přístupy a modely v ergoterapeutické praxi

V rámci ergoterapeutického procesu je vhodné používat tzv. „přístup zaměřený na člověka“ (z angl. Client-centred practice, označováno jako CCP) jehož základem je spolupráce a partnerský vztah mezi ergoterapeutem a klientem. Klient se aktivně podílí na stanovení cílů, které jsou pro něj prioritou. Během celého procesu ergoterapeut jedinci naslouchá a respektuje jeho žebříček hodnot, přičemž přizpůsobuje intervence tak, aby vyhovovaly klientovým potřebám. Snaží se o sladění jeho přání se svým odborným pohledem a znalostmi. (Sumsion, 2000)

Tento přístup vyžaduje klientovu aktivní spolupráci při průběhu ergoterapeutického procesu. Klient se o svou léčbu zajímá a efekt terapie je dlouhotrvající. (Rogers, 1998)

„Kanadský model výkonu zaměstnávání“ (z angl. Canadian Model of Occupational Performance, dále jako CMOP) vychází z CCP a byl vytvořen Kanadskou asociací ergoterapeutů. Jedná se o model, který zohledňuje klientovy individuální přání a potřeby s důrazem na důležitost vzájemné interakce mezi ním a okolním prostředím. (Krivošíková, 2011)

Z CMOP pak dále vychází „Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání“ (z angl. Canadian Occupational Performance Measure, označováno jako COPM), což je hodnotící nástroj, který využívá metodu polostrukturovaného rozhovoru. Jednotlivcům umožňuje popsat a zdůraznit opakující se každodenní problémy, které je omezují, nebo dokonce negativně ovlivňují jejich výkon v každodenním životě. (Law et al., 2008)

COPM je navržen tak, aby v průběhu času zjišťoval změny v oblasti sebeobsluhy, produktivity a volného času. Klient si určí 5 pro něj nejdůležitějších činností, které provádí (nebo očekává, že bude provádět) a hodnotí je z hlediska své aktuální spokojenosti s jejich výkonem. Na základě tohoto hodnocení je možné naplánovat postup terapie a slouží rovněž k porovnání výsledků terapie, je-li provedeno při vstupním a kontrolním vyšetření. (Verhoef et al., 2013)

2.2 Úkoly ergoterapeuta při řešení bariér

Hodnocení domácího prostředí a doporučování jeho možných úprav je nedílnou součástí ergoterapeutické práce. (Klusoňová, 2011) Legislativní oporu pro tyto činnosti lze nalézt ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde v § 6 jsou stanoveny oprávnění ergoterapeuta – např. „*doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí.*“ (Sbírka zákonů ČR, v aktuálním znění na www.zakonyprolidi.cz) Jedná se o časově náročný proces, který obvykle začíná již od chvíle, kdy je postižená osoba seznámena se svou prognózou. (Kříž et al., 2019)

U osob s pohybovým deficitem ergoterapeut dokumentuje a hodnotí bariéry v jejich domácím prostředí. Za základní údaje se považují především velikost a členění bytu, řešení vstupu do domu a počet členů rodiny. Přihlíží se ovšem i k charakteru lokality bydlení (zda se jedná o venkov či město), terénu nejbližšího okolí nebo dostupnosti služeb. (Klusoňová, 2011) Ergoterapeut musí zohledňovat nejenom objektivní informace, ale současně má brát zřetel i na individualitu každého jedince a navrhovaná konkrétní řešení se tak snažit přizpůsobit jeho přáním a potřebám. (Čihařová a kol., 2018) Bariérovost prostředí se řeší společně s rodinou a sociálním pracovníkem, který seznamuje jedince a jeho blízké s možnostmi sociální podpory, pomáhá rodině při získávání finančních prostředků na úpravu bytu a opatření nákladnějších technických pomůcek – tzv. příspěvek na zvláštní pomůcku. (Kříž et al., 2019)

Nárok na tento příspěvek má osoba, jejíž nepříznivý stav trvá nebo lze předpokládat, že bude trvat déle než jeden rok. Poskytuje se pouze na nezdravotnické pomůcky, které nejsou (ani částečně) hrazeny ze zdravotního pojištění, nebo které si nelze zapůjčit od zdravotní pojišťovny. Zvláštní pomůcka umožňuje postižené osobě sebeobsluhu nebo slouží k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání nebo ke styku s okolím. Rozhodnutí o přiznání příspěvku může někdy trvat déle než 3 měsíce, a proto je vhodné o něj zažádat již v průběhu hospitalizace. (Kříž et al., 2019)

Přesný výčet pomůcek, na které lze příspěvek uplatnit, je určen ve Vyhlášce č. 388/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Jedná se např. o úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s úpravou koupelny a WC (vyjma podlahové krytiny, obkladů a sanitárních výrobků), pořízení přenosné rampy, stropního zvedacího systému, plošiny apod. (www.zakonyprolidi.cz; Kříž et al., 2019)

Bližší podmínky k podávání žádosti a poskytování tohoto příspěvku jsou rovněž uvedeny na www.czepa.cz v rámci sociálního poradenství České asociace paraplegiků, která průběžně sleduje legislativní změny. (Faltýnková, 2012) Poradenství v oblasti bezbariérovosti je možné též získat u neziskové organizace Ligy vozíčkářů (www.ligavozeic.cz) nebo např. na internetových stránkách www.mozaikaub.cz. (Kříž et al., 2019)

3 BEZBARIÉROVÉ BYDLENÍ

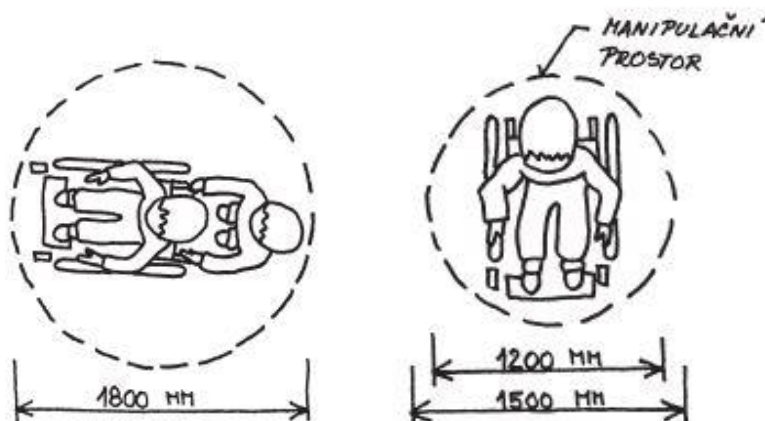
Architektonické bariéry (dále jen AB) osobám zdravotně postiženým znemožňují pohyb nebo vytvářejí nebezpečné situace a tím ovlivňují jejich kvalitu života. (Klusoňová, 2011) Jedná se tedy o restrikce prostředí, které zasahují do účelného funkčního pohybu. (Krivošíková, 2011) AB se netýkají pouze obytných či veřejných budov, ale i komunikací, veřejných prostranství či interiérů. (Klusoňová, 2011)

Před samotnou realizací bezbariérových úprav je vhodné navštívit příslušný stavební úřad a ujistit se, zda k provedení není nutné stavební ohlášení či povolení. Tento krok lze vynechat, jestliže stavební úpravy nezasáhnou do nosných konstrukcí stavby a nepozmění se její vnější vzhled. (Poláčková, 2011) Bezbariérovým prostředím a jeho úpravou se zabývá Zákon č. 183/2006 Sb. o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), Vyhláška č. 268/2009 Sb. o technických požadavcích na stavby a Vyhláška 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. (Poláčková, 2011, www.zakonyprolidi.cz)

3.1 Základní požadavky pro bezbariérové bydlení

Před samotným návrhem rekonstrukce bydlení je nezbytné zohlednit několik důležitých faktorů. Především soběstačnost osoby na vozíku, neboť míra soběstačnosti ovlivňuje, kolik prostoru bude tato osoba potřebovat. Dost často se při navrhování bezbariérového objektu zapomíná na dostatečný manipulační prostor pro pomáhající osobu. (Poláčková, 2011)

Obrázek 1 Základní požadavky pro navrhování bezbariérového bydlení



Zdroj: Poláčková, 2011

Mezi základní předpoklad bezbariérového bydlení se řadí rovinný povrch. Uvádí se, že maximální výškový rozdíl dvou vedle sebe navazujících podlahových ploch může být 2 cm. A pokud někde takováto výšková odlišnost vznikne, řeší se většinou oblou náběhovou přechodovou lištou ze dřeva či kovu. (Poláčková, 2011) Kromě výše uvedené podmínky na rovinnost podlahové konstrukce je zde samozřejmý ještě požadavek na celkovou pevnost a protiskluzové vlastnosti podlahové krytiny, kdy statický součinitel smykového tření mezi koly vozíku a materiálem podlahy by měl být nejméně 0,5. (Filipiová, 2002; Poláčková, 2011) Jednoznačně bychom se však měli vyvarovat jakýchkoliv volně položených koberců či předložek. Odstranění prahů u vnitřních dveří by pak mělo být samozřejmostí. (Klusoňová, 2011) Vnitřní prahy se pak lehce dají nahradit přechodovými lištami, které dokážou vyřešit návaznost různých materiálů podlahových krytin. (Poláčková, 2011)

Při rozmístování nábytku se dbá na manipulační prostor. Například by si měl člověk uvědomit, že pokud má doma skříně s otvíravým dveřním křídlem směrem ven, tak se manipulační prostor při otevření skříně zmenší. Je tedy vhodnější volit nábytek s posuvnými dveřními křídly. To samé platí i pro samotné dveře. S ohledem na vhodné přizpůsobení vybavení bytu dosahovým možностям člověka na vozíku se doporučuje volit nábytek vyráběný na míru, který umožňuje lépe využít většinou již danou dispozici objektu. Důležité je rovněž posoudit rozmístění různých ovládacích prvků v domácnosti (zásuvky elektrické energie, vypínače, apod.), které by měly být umístěny v dosažitelné vzdálenosti. (Poláčková, 2011)

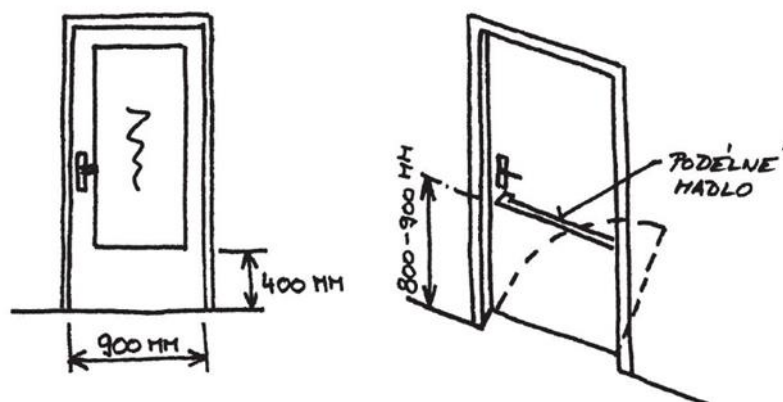
3.2 Požadavky na jednotlivé části domu

Vstup do objektu a chodba: Před hlavním vstupem do budovy by měl být minimální manipulační prostor o velikosti 150 cm x 150 cm. Obdobný prostor by měl být rovněž před poštovní schránkou a zvonkovým panelem. Velikost manipulačního prostoru však ještě závisí na směru otevírání dveří. Pokud se dveřní křídlo otevírá směrem ven, je nutné manipulační prostor zvětšit na 150 cm x 200 cm. V případě, kdy je výška podlahy objektu a úroveň venkovního terénu rozdílná, je nutné tento výškový rozdíl srovnat. Vhodným řešením je zřízení rampy, neboť ta může být využívána každým, komu schody dělají problém. Nad nájezdovou rampou uvažujeme jen tehdy, není-li výškový rozdíl příliš velký, a jestliže nám to prostor před objektem umožňuje. Při realizaci rampy je pak nejdůležitějším parametrem její maximální možný sklon, který se odvíjí od její délky a min. šířky 120 cm, povrch musí být z protiskluzového materiálu. Další variantou může být zřízení schodišťové nebo

seďákové plošiny, které jsou však vhodné pouze pro osoby, které i bez pomoci zvládnou přeseďání z vozíku na seďáku. (Poláčková, 2011)

Vstupní dveře by měly být široké alespoň 90 cm a to z důvodu lepší manipulovatelnosti s vozíkem ve dveřích. U prosklených dveří by jejich zasklení nemělo zasahovat níže než 40 cm od podlahy, eventuálně by mělo být chráněno před přímým najetím vozíku. Pro snazší manipulaci je vhodné na dveře upevnit podélné madlo, a to ve výšce 80 – 90 cm od podlahy a z opačné strany než jsou dveřní panty. Zámek dveří se pak umísťuje nejvýše 100 cm a klika 110 cm nad zemí. Někteří lidé mohou mít problémy s otevíráním dveří klíčem (z důvodu hybnosti rukou), a tak se doporučuje instalace elektronického otevírání, kdy si jedinec dokáže otevřít dveře např. za pomoci čipové karty či snímače otisků prstů. (Poláčková, 2011)

Obrázek 2 Vstupní dveře



Zdroj: Poláčková, 2011

Veškeré ovládací prvky (zvonkový panel, slot poštovní schránky, aj.) pak musí být umístěny v dosahové vzdálenosti vozíčkáře. Horní hrana nesmí přesahovat 120 cm od podlahy a dolní hrana být níže než 50 cm od podlahy. (Poláčková, 2011)

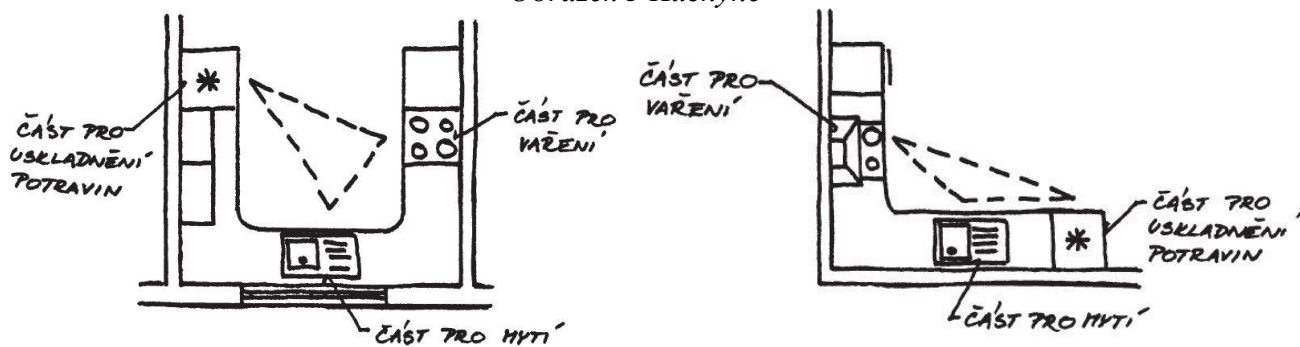
Pro překonávání vnitřního schodiště je možné nainstalovat seďákovou plošinu, schodišťovou plošinu svislou či šikmou, obdobně jako při překonávání výškového rozdílu před objektem. Další možností je schodolez – mobilní elektrické zařízení pro transport sedící osoby po schodišti. Tento mechanismus je však bateriově poháněn a vyžaduje asistenci druhé osoby. (Poláčková, 2011) Z pohledu bezbariérovosti je nejlepším řešením výtah, kdy před vstupem do výtahu musí být volná plocha minimálně 150 cm x 150 cm. Rozměr výtahové kabiny musí mít šířku nejméně 110 cm, hloubku 140 cm a vstup široký minimálně

90 cm. (Filipiová, 2002; Poláčková, 2011) Výtah musí být oboustranně vybaven dorozumívacím zařízením a to ve výšce nejvýše 100 cm nad podlahou. Ovládací prvky výtahu jsou ve výšce 80 – 120 cm a ve vzdálenosti nejméně 40 cm od zadní nebo čelní stěny kabiny. (Filipiová, 2002)

Předsín: Při návrhu předsíně se bere zřetel nejen na dostatek manipulačního prostoru, ale také na prostor odkládací, např. pro druhý vozík, jehož rozměry jsou přibližně 80 x 120 – 150 cm. Upřednostňují se zde skříně s posuvnými dveřmi a při jejich návrhu se zohledňuje dosahová vzdálenost všech osob, které budou skříně využívat. (Poláčková, 2011) Za nejlepší tvar předsíně se považuje tvar čtvercový. (Klusoňová, 2011)

Kuchyně: Uspořádání kuchyňského nábytku do tvaru „L“ nebo „U“ je velmi vhodné (Klusoňová, 2011), přičemž jednotlivé spotřebiče by měly být rozmístěny dle doporučeného „trojúhelníku“. Ten se skládá z části pro vaření (z hlediska bezpečnosti se upřednostňuje varná deska), části pro uskladnění potravin a části pro mytí (dřez). Vedle dřezu a varné desky by se měla nacházet odkládací/ pracovní plocha v délce 60 – 120 cm. Podjezdná výška kuchyňské pracovní desky by měla být 70 cm. Podjezd pod pracovní plochu, zejména pod dřezem a varnou deskou, lze snadno vytvořit tím, že se spodní skříňky vynechají, anebo se používají skříňky pojízdné, které představují úložný box na kolečkách. Aby mikrovlnná a pečící trouba byly pro jedince na vozíku dostupnější, staví se tyto spotřebiče do tzv. „komína“. Jejich přesná výška se volí na míru dle možností a potřeb osoby. (Poláčková, 2011) Horní skříňky jsou dosažitelné za pomoci stahovatelných závěsů (mechanických nebo elektronických), díky kterým se přiblíží až na úroveň pracovní desky. (Poláčková, 2011; Klusoňová, 2011) Kuchyně by měla být opatřena náležitým osvětlením a závěsným programem (háčky, úchytky, apod.), aby se nejvíce používané kuchyňské náčiní stalo dostupnějším. (Poláčková, 2011)

Obrázek 3 Kuchyně



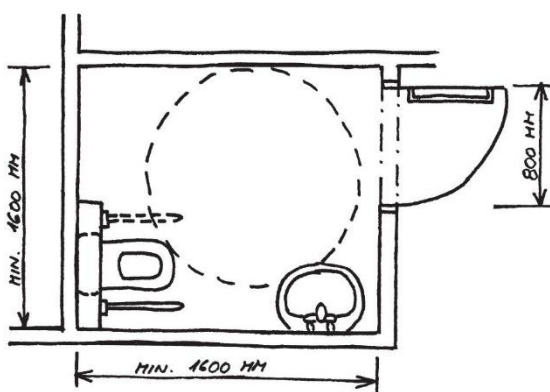
Zdroj: Poláčková, 2011

Jídelní stůl je situován co nejbližší kuchyně, přičemž se opět zohledňuje podjezdová výška desky stolu. (Klusoňová, 2011)

Koupelna a toaleta: Optimální rozměry pro místnost toalety vychází z minimálních požadavků na manipulaci. Prostor kolem toalety se liší podle způsobu, jakým jedinec na vozíku přisedá na záchodovou mísu. Každopádně vždy musí být dostatečný prostor před toaletou a vedle ní (vlevo či vpravo dle fyzických možností jedince). Záchodová mísa by měla být osazena směrem do prostoru a to v délce 70 cm. (Poláčková, 2011) Horní hrana klozetové mísy se doporučuje ve výšce 50 cm, což přibližně odpovídá výšce sedáku vozíku. Splachování je vhodné umístit na boční stranu záchodu. (Klusoňová, 2011; Poláčková, 2011)

Pro přisednutí z vozíku na toaletu a zpět se využívají madla. U záchodové mísy umístěné v rohu místnosti se volí pevné madlo na stěně s horní hranou 80 cm nad podlahou a dlouhé tak, aby o 20 cm přesahovalo samotnou mísu. Do prostoru se pak situuje madlo sklopné, které má opět horní hranu ve výšce 80 cm, ale přesahuje mísu jen o 10 cm. Pokud je záchodová mísa umístěna v prostoru, volí se madla sklopná. (Poláčková, 2011) Výběr a umístění madel se vždy podřizuje osobě na vozíku a řeší se tedy dle individuálních požadavků. (Klusoňová, 2011) V každém případě by se měla volit madla s minimální nosností 150 kg. (Šestáková, Lupač, 2010)

Obrázek 4 Samostatná místnost WC



Zdroj: Poláčková, 2011

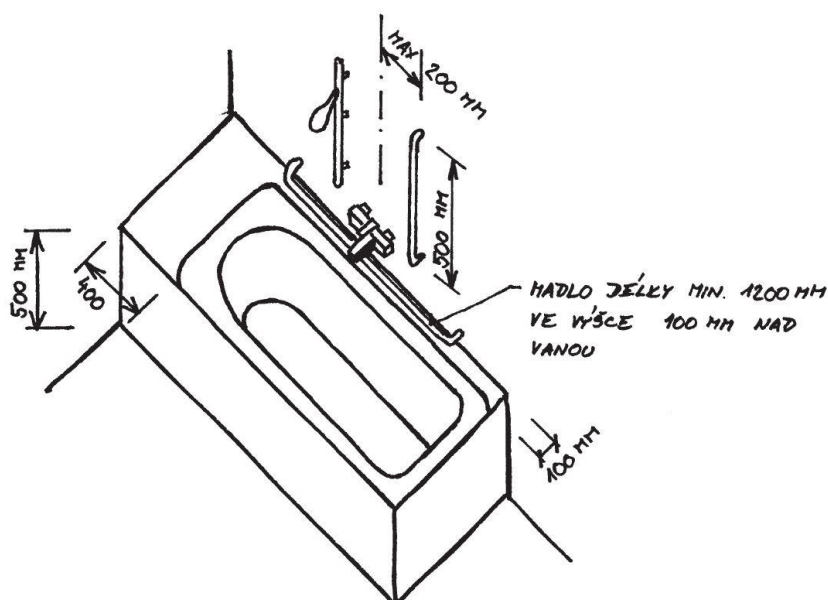
Při volbě umyvadla dáváme přednost výrobkům s nižší hloubkou (usnadňuje podjetí) a zároveň čelním tvarem, jenž umožňuje jednodušší přístup k baterii. Pro snadné používání volíme pákovou baterii. Dále je vhodné osadit umyvadlo v návaznosti na roh místnosti tak, aby osa umyvadla byla vzdálena nejméně 40 cm od stěny. Při výběru a umístění zrcadla se

zohledňují výšky všech osob v domácnosti. Za nejlepší variantu se pak považuje zrcadlo sklopné, které se dá individuálně nastavit. (Poláčková, 2011) Nesmí však mít ovládací mechanismus, který vystupuje do prostoru. (Šestáková, Lupač, 2010) Situování nezbytných pomůcek (ručníky, toaletní papír apod.) je potřeba řádně promyslet tak, aby vše bylo umístěno v dosažitelné a pohodlné výšce. (Klusoňová, 2011)

Volba mezi vanou a sprchovým koutem je velmi individuální a závisí nejen na pohybových možnostech postižené osoby, ale rovněž na možnostech technických či finančních. (Poláčková, 2011)

Pokud se v koupelně nachází vana, klademe důraz na dostačující manipulační prostor před ní – kruh o průměru 150 cm z důvodu otočení vozíku. Dále je doporučováno vanu ve své délce odsadit od zdi o 10 cm a v záhlavní vany vytvořit přizděnou plochu o šířce nejméně 40 cm. Horní hrana vany by měla být ve výšce 50 cm, pokud však s omýváním ve vaně pomáhá druhá osoba, je užitečnější mít vanu posazenou výše. Baterie se umísťuje na podélnou stěnu v dosahu osoby sedící ve vaně. I zde se doporučují madla. Jedno podélné madlo v minimální délce 120 cm, které je nevhodnější upevnit ve výšce 10 cm nad vanou a druhé svislé – dlouhé alespoň 50 cm a umístěné ve vzdálenosti do 20 cm od baterie. Prostor vany může být doplněn o vanovou sedačku a pro jistější přesuny lze na hranu vany směrem do prostoru připevnit madlo. (Poláčková, 2011)

Obrázek 5 Koupelna - vana

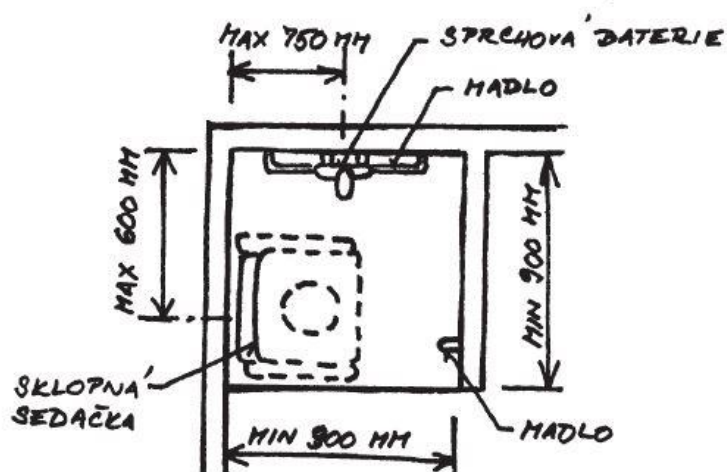


Zdroj: Poláčková, 2011

Oproti vaně je lepší variantou sprchový kout (upřednostňuje se i před sprchovým boxem) a to z důvodu snadnějšího ukotvení madel, sedačky a v neposlední řadě lepšího bezbariérového přístupu. Půdorysné minimální rozměry musí být 90 x 90 cm. Dveře jsou zasouvací a s možností ovládání zevnitř i zvenku, s minimální šířkou vstupu 80 cm. (Poláčková, 2011) Výškový rozdíl podlahy a dna sprchového koutu může dosahovat maximálně 2 cm. Výškový rozdíl je možné redukovat gumovou rohoží, která jednak zjednoduší přesun z vozíku, a rovněž zabrání vytékání vody ven z prostoru sprchového koutu. (Šestáková, Lupač, 2010)

Samotný prostor sprchového koutu je pak vybaven sklopnou sedačkou umístěnou 46 – 50 cm nad podlahou (stejná výška jako je sedák vozíku) a vzdálenou maximálně 60 cm od rohu. (Poláčková, 2011) Minimální rozměr sklopného sedátka je 45 x 45 cm (Šestáková, Lupač, 2010). Na stěně kolmé k sedátku je umístěna sprchovací hlavice ve vzdálenosti maximálně 75 cm od rohu. Doporučuje se volit termostatickou sprchovou baterii, která automaticky nastavuje teplotu vody, což omezuje případné opaření a celkově zjednodušuje obsluhu baterie a zvyšuje komfort při sprchování. (Poláčková, 2011) Madla se zde situují dvě – vodorovné a svislé. Vodorovné madlo minimálně 60 cm dlouhé je umístěno 80 cm nad podlahou a vzdálené maximálně 30 cm od rohu sprchového koutu. Svislé madlo o délce alespoň 50 cm je pak umístěno 90 cm od téhož rohu. (Šestáková, Lupač, 2010)

Obrázek 6 Koupelna - sprchový kout



Zdroj: Poláčková, 2011

Obývací pokoj: Při navrhování této místnosti nesmíme opomíjet i ostatní členy domácnosti a zařízení tedy volíme tak, aby vyhovovalo všem. (Klusoňová, 2011) Součástí obývacího pokoje je zejména pohovka, která by měla umožňovat pohodlné vstávání, takže nesmí být příliš měkká. (Poláčková, 2011) V případě pořízení křesla platí obdobně, že nesmí být příliš nízké a měkké, neboť by osoba na vozíku obtížně přisedala. Velmi vhodné je polohovatelné křeslo s vysokou opěrkou hlavy. (Klusoňová, 2011) I zde se dbá na správně nastavenou výšku, která by měla být ideálně v úrovni sedáku vozíku, proto se při výběru pohovky či křesla doporučuje osobní vyzkoušení. V úvahu bereme i možné riziko vzniku dekubitů (proleženin), které snižuje používání antidekubitních podložek nejrůznějších tvarů a velikostí. (Poláčková, 2011)

Skřínky by se měly zavěšovat do minimální výšky 30 cm od země a to kvůli umožnění podjezdu stupačkami vozíku. (Klusoňová, 2011; Poláčková, 2011) Vždy je pak nezbytné takovou skříň řádně ukotvit ke stěně. Jedinec na vozíku musí mít vždy možnost dosáhnout na dno šuplíku, a také do šuplíku vidět. Vhodná hloubka skříní, knihoven a polic je od 30 do 60 cm v závislosti na celkové výšce skříně. (Poláčková, 2011)

Pracovní kout: Rozvržení pracovního koutu je velmi individuální, každopádně pokaždé je jeho hlavní součástí pracovní stůl. Ten by měl mít minimální rozměry 120 x 60 cm a podjezdnou výšku 70 cm. Celková výška se pak pohybuje mezi 75 – 80 cm. Přednostně se vybírá stůl, který je doplněn o zásuvky a obecně je navrhován do tvaru písmene „U“ nebo „L“. (Poláčková, 2011)

Ložnice: Lůžko je vhodné umístit tak, aby z něj bylo vidět směrem ke dveřím. Přímo před postelí je nutné dbát na dostatečný manipulační prostor. Pokud osoba na vozíku potřebuje u lůžka asistenci druhé osoby, volíme lůžko přístupné z obou stran – je tedy umístěno do prostoru místnosti. (Poláčková, 2011) Postel pak musí být dostatečně široká (90 x 200 cm) a výška odpovídá 50 cm jako je přibližně výška sedáku vozíku. (Klusoňová, 2011) Při výběru samotné matrace se hledí na její odpovídající tvrdost a vhodný materiál. Doporučují se antidekubitní matrace ke zlepšení krevního oběhu a snížení rizika vzniku proleženin. Pro snazší mobilitu na lůžku je dobré používat postranní hrazdičku, eventuálně nainstalovat madla na stěnu. (Poláčková, 2011)

4 ZPŮSOBY HODNOCENÍ

V ergoterapii se obecně využívají objektivní a subjektivní metody získávání informací. Do objektivních metod spadají standardizované testy, strukturovaný rozhovor a pozorování nebo posuzovací škály. K subjektivním metodám řadíme neformální pozorování, rozhovor, dotazníky či sebehodnotící škály. (Krivošíková, 2011)

Aplikování standardizovaných vyšetřovacích metod je v praxi podstatné pro hodnocení efektivity ergoterapeutické intervence. Lidskou činnost nelze přesně zhodnotit, ale za pomoci standardizovaných testů je možné se k hodnocení objektivně přiblížit. (Krivošíková, 2011) Standardizace nám poskytuje tři hlavní výhody: 1. poskytuje validní a reliabilní standard nebo „normu“, která lze srovnávat s aktuálním výkonem jedince, 2. poskytuje jasně daný postup pro administraci a bodování, 3. stanovuje základní psychometrické parametry testu – validitu (tj. jestli test skutečně měří to, co tvrdí, že měří) a reliabilitu (tj. spolehlivost výsledků testů při hodnocení odlišnými posuzovateli a v průběhu času). (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Výhodou pozorování je možnost současného sledování více dějů a fakt, že se dají tyto jevy sledovat v jejich časové posloupnosti. Tato hodnotící metoda je vhodná jak pro individuální, tak skupinovou práci a zkušenému ergoterapeutovi může poskytnout informace, které by jinak bylo obtížné získat. Strukturované pozorování je formálnější systematický postup, kdy se při pozorování terapeut zaměřuje na zvláštní oblasti (např. jaký vliv má prostředí na výkon jedince při domácí návštěvě). K tomuto pozorování je příhodné využít některé z dotazníků, jež jsou zaměřené na sledování specifických oblastí. Zlepšuje se tím přesnost a omezuje subjektivita pozorování. (Krivošíková, 2011)

Rozhovor jako metoda sběru dat je v ergoterapii nejvíce používána. S využitím rozhovoru proniká ergoterapeut do pacientova světa. Přirozeně tak dochází k obohacení poznatků o individuálních postojích jedince, zjišťuje se osobní žebříček hodnot či zájmů, a také se zde odráží jedincův pohled na svou situaci. Během rozhovoru lze u jedince vypořádat jeho verbální komunikační schopnosti a intelekt. (Krivošíková, 2011)

Získat značné množství dat v krátkém čase nám umožňují dotazníky a sebehodnotící škály. Jedná se většinou o ucelený seznam činností, které jsou bodovány na číselné stupnici. Dotazník však nelze požadovat za hodnocení, neboť neobsahuje postup měření. Využívá se

tedy pouze k identifikaci určité problémové oblasti, která se pak dále a podrobněji hodnotí dalšími postupy. (Krivošíková, 2011)

4.1 Způsoby hodnocení domácího prostředí

Forma hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí a jejich následné úpravy se v jednotlivých státech liší. (Macháčková a kol., 2014) Ergoterapeuti hodnotí domácí prostředí na náležitém pracovišti zejména formou rozhovoru, přičemž vychází ze svých zkušeností a poskytují jedinci informace o možných úpravách a využití kompenzačních či adaptačních pomůcek. Za nevýhodu tohoto způsobu se považuje, že ergoterapeut si konkrétní pacientovo prostředí pouze představuje a musí důvěřovat tvrzením pacienta. (Breden, 2016)

Evaluace domácího prostředí pouze na základě ergoterapeutovo zkušeností však neumožňuje využít takovýto přístup v širším měřítku – srovnání mezi pracovišti, natož pak mezi samotnými státy. Z toho důvodu v současné době narůstá poptávka po hodnocení domácího prostředí, jež by ergoterapeutům poskytlo hodnověrné informace vedoucí mimo jiné k efektivnějšímu odstraňování bariér. (Macháčková a kol., 2014)

V poslední době se mezi ergoterapeuty rozšiřuje hodnocení domácího prostředí prostřednictvím moderních technologií, s jejichž využitím lze dané prostředí popsat pomocí fotografií nebo video záznamu. Ergoterapeut tak může snadněji vyhodnotit domácí prostředí a doporučit odpovídající úpravy. (Breden, 2016) Moderní technologie využívá například projekt „Home Quick“, díky kterému může být hodnocení prováděno na dálku prostřednictvím chytrého telefonu, což představuje mimo jiné výhody i úsporu času. (Nix, Comans, 2017)

V zahraničí vzniklo v posledních několika letech mnoho nástrojů pro hodnocení. V naprosté většině se však jedná pouze o interní nástroje, které vznikaly na základě potřeb jednotlivých pracovišť a zůstaly bez příslušné standardizace (tj. ověření reliability a validity), anebo tyto nástroje sloužily vědeckému výzkumu bez návaznosti na praxi. Problematika odstraňování architektonických bariér je velmi dobře propracována ve skandinávských zemích. Za zmínku stojí např. Housing Enabler, Usability in My Home a ADL Staircase, neboť právě těmito nástroji byla inspirována metodika SEMAFOR home. (Macháčková a kol., 2014)

4.2 Metodika SEMAFOR home

SEMAFOR home, plným názvem Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home, je metodika, jenž slouží k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí. Tyto bariéry jsou posuzovány s ohledem na konkrétní postižení, aktuální potřeby a preference jedince. (Čihařová a kol., 2018)

„Metodika SEMAFOR home vznikla ve společnosti ILA, s.r.o. ve spolupráci s Českou asociací ergoterapeutů v rámci projektu Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti (reg. číslo CZ.1.04/5.1.01/77.00330), který byl realizován v období od 1. prosince 2012 do 30. listopadu 2014 s finanční podporou Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (prioritní osa Mezinárodní spolupráce) a rozpočtu České republiky.“ (Čihařová a kol., 2018, str. 6) Významnou měrou se na vzniku metodiky podíleli i zahraniční partneři z vědeckého pracoviště „Department of Health Sciences“ Lékařské fakulty Univerzity v Lundu ve Švédsku a rehabilitační centrum „Centro de Reabilitacao Profissional de Gaia“ z Portugalska. (Macháčková a kol., 2014)

Hlavním kritériem při vývoji metodiky SEMAFOR home byla určena jasná struktura obsahující jak hodnocení závažnosti bariér, tak i jejich četnost a nutnost překonávání. Dalším důležitým aspektem při vytváření metodiky bylo zařazení subjektivního hodnocení domácího prostředí samotným klientem. Zřetel byl brán i na množství času potřebného pro administraci v terénu. (Čihařová a kol., 2018)

Aby mohl být nástroj SEMAFOR home zaveden do běžné praxe a využíván k výuce ergoterapeutů, bylo nezbytné metodiku standardizovat neboli prokázat její reliabilitu a validitu. (Čihařová, 2017) Validita a reliabilita jsou zásadními parametry, jež dokládají objektivitu měření daného teoretického konstruktů. (Čihařová a kol., 2018; Macháčková a kol., 2014) Validita (neboli platnost) byla prokázána již při samotné tvorbě metodiky SEMAFOR home – nástroj skutečně měří to, co očekáváme, že měří. Z individuálních diskuzí s hodnotitelkami domácího prostředí a z jejich názorů jednoznačně vyšlo najevo, že tento nástroj plně odpovídá potřebám praxe hodnocení domácího prostředí, neboť klasifikuje celou škálu možných překážek od vstupu do obydlí až po jednotlivé části bytu. (Čihařová a kol. 2018; Čihařová, 2017) Reliabilita (neboli spolehlivost) nám pak udává, jak nekompromisní je měřicí nástroj. (Čihařová a kol., 2018) Pro prokázání reliability metodiky byl zvolen přístup test – retest čili opakované nezávislé šetření dvěma osobami. Bylo

vytvořeno celkem 7 dvojic, každou dvojici tvořily hodnotitelky mající stejné vzdělání a přibližně stejnou délku praxe. Před hodnocením domácího prostředí dostaly všechny zúčastněné týmy podrobnou instruktáž o způsobu provádění hodnocení a o postupu zpracování výsledků, takže při všech šetřeních mohl být dodržován totožný postup. (Čihařová, 2017)

Po zdařilé standardizaci se významně zvýšila šance rozšířit tento nástroj mezi odbornou veřejnost, a tak v rámci České republiky používá nástroj k výuce ergoterapeutů Ostravská univerzita v Ostravě – lékařská fakulta, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem – Fakulta zdravotnických studií a Západočeská univerzita v Plzni – Fakulta zdravotnických studií. Úspěch byl však zaznamenán i v Belgii, kde ve vlámském Ghentu na vysoké škole Aetveldehogeschool byla metodika SEMAFOR home zahrnuta do výuky bakalářů. (Čihařová, 2017)

S ohledem na zájem o metodiku v zahraničí proběhla prezentace nástroje na kongrese World Federation of Occupational Therapists (dále jen WFOT) v jihoafrickém Kapském městě, a to formou posteru a dále na stánku, kde byli zájemci blíže informováni o jeho funkcionalitě a využití metodiky. (Čihařová, 2017)

Metodika SEMAFOR home se skládá celkem ze tří částí – popisné části, subjektivního a objektivního hodnocení. Bariéry jsou hodnoceny jak z pohledu samotného klienta, tak z pohledu ergoterapeuta (nebo jiného proškoleného odborníka) v průběhu šetření v domácím prostředí pacienta. (Čihařová a kol., 2018)

Pro snazší používání metodiky byla vytvořena on-line verze nástroje, kterou i s příslušnými návody (např. jak nástroj používat – vyplňovat) lze nalézt na webových stránkách www.semaforhome.com. Tuto aplikaci je možno prohlížet i vyplňovat z jakéhokoliv on-line elektrického zařízení, tj. notebooku, počítače, tabletu nebo dokonce i ze smartphonu. Po otevření webové stránky se pod kolonkou „On-line aplikace“ objeví záložka „Objednávka přístupu“. Pro bezplatný vstup do aplikace postačí, aby zájemce o sobě vyplnil několik základních kontaktních údajů. Obvykle do 24 až 48 hodin získá přístupové jméno a heslo, kterými se přihlásí do systému, v němž je pro něj otevřen objednaný počet hodnocení. Jedná se tedy o nejvýhodnější způsob, jak nástroj SEMAFOR home používat. (Čihařová, 2017)

4.2.1 Popisná část

Popisná část neboli titulní list hodnocení je vyplňován hodnotitelem a slouží k základní identifikaci klienta (věk, pohlaví, zdravotní stav, rozsah a trvání motorického omezení, používání kompenzačních pomůcek) včetně kontaktních údajů a popisu prostředí (způsob, charakter a typ bydlení), ve kterém žije. (Čihařová a kol., 2018) Tyto informace může mít hodnotitel už před vlastní domácí návštěvou nebo je získává od klienta či jeho asistenta až v průběhu návštěvy. Titulní list – formulář se rovněž používá k případné fotodokumentaci, záznamu výsledků hodnocení, popisu dalšího postupu a dále také k uvedení dalších relevantních komentářů. (Čihařová, 2017)

4.2.2 Subjektivní hodnocení

Druhou částí metodiky SEMAFOR home je subjektivní hodnocení, přičemž tento oddíl vyplňuje klient samostatně dle svého vlastního uvážení. Slouží k identifikaci potřeb a preferencí samotného klienta. (Čihařová, 2017) Může však nastat situace, že klient není schopen vyplnit dotazník samostatně, např. z důvodu nízkého věku, kognitivní poruchy nebo neschopnosti psát. V takovémto případě může s vyplněním pomoci druhá osoba – asistent nebo rodič. (Čihařová a kol., 2018) Názor klienta se v procesu bezbariérových úprav považuje za velmi zásadní, protože je jakousi zárukou jeho spokojenosti s výsledkem celého procesu odstraňování bariér. (ILA, s.r.o., 2019)

Celkem 29 otázek dotazníku subjektivní části metodiky je rozděleno do dvanácti sekcí představujících jednotlivé části domácnosti. (Čihařová, 2017) Klient na škále 1 – 4 pravdivě hodnotí svou spokojenost s vykonáváním každodenních aktivit, jejichž realizace může být ovlivněna architektonickými bariérami. Aktivity, které klient neprovádí, se označují křížkem. (Čihařová a kol., 2018) Hodnocení je v rozsahu 1 = velmi spokojen(a), naopak 4 = velmi nespokojen(a). Součástí dotazníku je i prostor pro poznámky, kam je možno uvést další doplňující informace včetně případných preferovaných řešení. (ILA, s.r.o., 2019)

Výsledkem je vyplněný dotazník, jehož elektronická verze nám podá celkové skóre poskytující detailní informace o spokojenosti či nespokojenosti klienta s jeho každodenním životem v domácnosti. Tím se nám stává důležitým podkladem pro zpracování objektivní části hodnocení. Rovněž se tato část metodiky dá použít při opakovaném vyplňování

klientem za účelem ověření úspěšnosti realizovaných úprav v daném domácím prostředí. (Čihařová, 2017)

4.2.3 Objektivní hodnocení

Objektivní hodnocení je stěžejní částí metodiky SEMAFOR home. Cílem je objektivní identifikace již existujících bariér a jejich vyhodnocení na základně závažnosti, ale i četnosti potřeby danou bariéru překonávat. (Čihařová, 2017) Hodnocení je prováděno hodnotitelem a probíhá na základě komunikace s klientem, pozorování jeho chování v domácnosti či posouzení konkrétního provedení činnosti. Návštěva domácnosti je tedy naprostou nezbytností. (Čihařová a kol., 2018) Tato část obsahuje celkem 89 otázek, které jsou (stejně jako u subjektivní části) rozděleny do dvanácti sekcí dle částí domácnosti. I v této části je prostor pro nejružnější poznámky, upřesnění situace, doporučení nebo i návrhy možných řešení. Uživatel zde má rovněž možnost evidovat případnou fotografickou dokumentaci jednotlivých bariér. (Čihařová, 2017)

Závažnost bariéry je hodnocena na škále 0 – 3, přičemž 0 nepředstavuje bariéru a naopak označení číslem 3 značí bariéru velmi závažnou. Četnost potřeby danou bariéru překonávat se hodnotí na škále 0 – 5, kdy s vyšším číslem stoupá četnost potřeby. (Čihařová a kol., 2018)

0 = není relevantní (v daném prostředí se bariéra nevyskytuje a/nebo ji klient nemá potřebu či zájem překonávat)

1 = bariéra překonávána maximálně 1x měsíčně

2 = bariéra překonávána maximálně 1x týdně

3 = bariéra překonávána více než 1x týdně

4 = bariéra překonávána alespoň 1x denně

5 = bariéra překonávána více než 1x denně

(Macháčková a kol., 2014)

Elektronická verze vypočítá celkové skóre, které je dané součtem součinů závažností a četností identifikovaných bariér. Výsledkem je celkový stupeň tzv. bariérovosti daného prostředí pro daného jedince. Protože však toto číslo samotné má nízkou vypovídající

hodnotu, byly ještě bariéry rozděleny do 3 kategorií od nejméně závažných až po velmi závažné bariéry. Jednotlivé kategorie jsou od sebe odlišeny barevně – stejně jako světla na semaforu, odtud i plyne název metodiky. Jednotlivé úrovně bariér jsou definovány takto:

červená barva – bariéry v úrovni 3 = velmi závažné bariéry

oranžová barva – bariéry v úrovni 2

zelená barva – bariéry v úrovni 1 = nejméně závažné bariéry

V elektronické verzi dotazníku se mimo jiné jednotlivé bariéry označují barevnými kolečky dle definovaných úrovní. Hodnotitel tedy nejen vidí, kolik bariér se v jednotlivých kategoriích vyskytuje, ale rovněž se v dotazníku identifikované bariéry od sebe barevně liší. Je tedy velmi přehledné, které bariéry jsou alarmující, a které naopak nevyžadují akutní pozornost. (Čihařová a kol., 2018; Čihařová, 2017)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je za pomoci metodiky SEMAFOR home zjistit, zda tato metodika efektivně identifikuje architektonické bariéry v domácím prostředí u jedinců po poranění míchy.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načrpat teoretické poznatky o metodice SEMAFOR home, bezbariérovém prostředí a očekávaných funkčních výsledcích u kompletní míšní léze.
2. Stanovit hypotézy.
3. Sehnat probandy po poranění míchy.
4. Aplikovat subjektivní i objektivní část metodiky SEMAFOR home u jedinců po poranění míchy v jejich domácím prostředí.
5. Na základě výsledků potvrdit či vyvrátit hypotézy.

Tyto výsledky budou shrnuty, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány se stanovenými hypotézami.

6 HYPOTÉZY

Předpokládá se, že:

1. objektivní část metodiky SEMAFOR home identifikuje architektonické bariéry v domácím prostředí u jedinců po poranění míchy v rámci ergoterapeutické intervence.
2. subjektivní část metodiky SEMAFOR home vyplněná samotným jedincem po poranění míchy bude korelovat s objektivní částí této metodiky.
3. architektonické bariéry limitují soběstačnost a sociální integraci jedince po poranění míchy.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Subjektivní i objektivní část metodiky SEMAFOR home byla využita na domácím prostředí u tří klientů po poranění míchy.

Shánění probandů probíhalo přes vytvořený plakát, který byl uveřejněn na sociální síti Facebook, komunitním serveru vozíčkářů www.vozejkov.cz, jehož provozovatelem a správcem je Česká asociace paraplegiků a v neposlední řadě byl odeslán e-mailem různým organizacím, které podporují lidi s motorickým omezením. Autorkou vytvořený plakát je součástí příloh, viz Příloha 8 – „*Plakát k bakalářské práci*“.

Pro výzkum bylo stanoveno pouze věkové rozmezí 18 – 65 let. Na pohlaví, době vzniku úrazu (poranění míchy) a na charakteru bydlení nezáleželo.

Na hodnocení domácího prostředí se podíleli dva muži a jedna žena. Věkové rozhraní probandů bylo 24 – 49 let, všichni byli v produktivním věku. Diagnózou byl stav po poranění míchy – kompletní léze Th7 (proband A), inkompletní léze C4 – C7 (proband B) a kompletní léze C4 – C6 (proband C). Délka doby, která od úrazu uplynula, byla 3 – 12 let. Všichni klienti pro lokomoci využívají mechanický vozík.

Hodnocené domácnosti byly ve vlastnictví klientů. Dvakrát se jednalo o vícepodlažní rodinný dům, třetí klient bydlel v panelovém bytě v patře a součástí panelového domu byl výtah. Všichni obývali domácnost se svou rodinnou / s rodinným příslušníkem.

V domácnostech klientů (u probanda A a C) byly pořízeny fotografie architektonických bariér a konkrétních úprav domácího prostředí. Souhlas probandů se spoluprací na této bakalářské práci a uveřejnění pořízené fotodokumentace pro potřeby bakalářské práce je uložen u autorky práce, vzor souhlasu je součástí příloh, viz Příloha 9 – „*Informovaný souhlas s účastí na bakalářské práci*“.

8 METODIKA PRÁCE

Metodika SEMAFOR home byla autorce bakalářské práce poskytnuta na základě e-mailové komunikace (květen, 2019) s MUDr. Kateřinou Čihařovou, která ji zajistila on-line přístup k tomuto nástroji na webových stránkách www.semaforhome.com i s příslušným počtem hodnocení. Mimo jiné poskytla autorce i ucelený materiál k metodice, který byl použit k nastudování teoretických poznatků.

Metodika SEMAFOR home, která se skládá ze 3 částí – popisné, subjektivní a objektivní, byla využita pro výzkumné šetření domácího prostředí u jedinců po poranění míchy.

Komunikace s probandy prostřednictvím sociální sítě či e-mailu probíhala od prosince roku 2019 do března roku 2020. Autorka bakalářské práce se díky déletrvající internetové komunikaci více seznámila se svými probandy, kteří během korespondence měli možnost získat podrobnější informace a odpovědi na různé otázky. Dopisování tak autorce umožnilo získat celou řadu údajů o postojích a zájmech dotazovaných osob, a získat tak celkový pohled na jejich konkrétní situaci. Jedincům při této příležitosti byly položeny 2 otázky týkající se domácího prostředí. Otevřené odpovědi na tyto otázky jsou k dispozici v části před vyhodnocením metodiky SEMAFOR home.

Hodnocení domácího prostředí proběhlo v únoru roku 2020. Popisná a subjektivní část byla vyplněna samotným jedincem, objektivní část pak autorkou práce. Získaná data ze všech tří částí byla zanesena do předem vytištěných formulářů a poté přepsána do on-line aplikace SEMAFOR home. Ta vyhodnotila dle subjektivní a objektivní části metodiky zelené (nejméně závažné), oranžové (závažné) a červené (velmi závažné) bariéry v domácím prostředí.

Subjektivní a objektivní část metodiky SEMAFOR home je u každého probanda jednotlivě rozebrána. Ve výsledcích se pak nachází přehledné tabulky a grafy, ve kterých jsou zaznamenané výsledky (určené bariéry) z hodnocení domácího prostředí u každého z probandů.

Kromě získání základních anamnestických údajů a informací ohledně bydlení, které tvoří „Vstupní formulář“ metodiky SEMAFOR home, a doplňujících informací získaných přes internetovou komunikaci, neformální rozhovor či pozorování, byla za pomoci standardizovaného dotazníku SCIM zjištěna nezávislost probandů.

Toto hodnocení bylo prováděno za účelem získat podrobnější představu o tom, co konkrétnímu jedinci po poranění míchy dělá problém, a v čem je tedy závislý na kompenzačních pomůckách nebo druhé osobě. Podrobnosti o dotazníku SCIM jsou uvedeny v přílohách (viz Příloha 6 a 7) a v teoretické části této bakalářské práce.

9 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

9.1 Proband A

- muž, 49 let
- diagnóza: stav po poranění míchy – kompletní léze Th7 (paraplegie)
- trvání motorického omezení: od roku 2008
- lokomoce: mechanický vozík
- kognitivní stav: orientován místem, časem, osobou
- pracovní anamnéza: technik a evidenční referent u policejního prezidia pod Ministerstvem vnitra (před úrazem jiná pracovní pozice)

Funkční nezávislost probanda byla zjišťována za pomoci standardizovaného dotazníku SCIM, který obsahoval celkem 17 otázek rozdělených do 4 oblastí. Je dáno, že s nižším skóre vzrůstá závislost jedince po poranění míchy na pomoci.

Tabulka 4 Dotazník SCIM - proband A

Oblast sebeobsluhy (0 – 20)	18
Dýchání a ovládání svěračů (0 – 40)	34
Mobilita – místnost a toaleta (0 – 10)	10
Mobilita v interiéru a exteriéru (0 – 30)	9
Celkové SCIM skóre (0 – 100)	71

Zdroj: vlastní

Proband A v žádné oblasti nepotřebuje asistenci druhé osoby. Tam, kde je to potřeba, si vystačí sám s kompenzačními pomůckami (např. upevnění madla v koupelně) a přizpůsobené prostředí mu rovněž napomáhá k soběstačnosti.

Ztráta 21 bodů v oblasti „mobilita v interiéru a exteriéru“ je zapříčiněna tím, že se proband pohybuje na mechanickém vozíku, a pokud musí, tak zvládne překonat nejméně 3 schody za pomoci či dohledu jiné osoby. Schody však běžně zdolávat nemusí, neboť veškeré vstupy (do panelového domu, do práce, k lékaři apod.) mají bezbariérový přístup, a tak mu pohyb na mechanickém vozíku nic nekomplikuje.

Vyplněný dotazník SCIM probanda A je uložen u autorky práce.

9.1.1 Domácnost

- způsob bydlení: s rodinou
- charakter bydlení: vlastní
- typ bydlení: panelový dům, byt v patře (k dispozici výtah)

Autorka ve výzkumném šetření ohledně domácího prostředí využívá terminologii metodiky SEMAFOR home, viz podkapitola 4.2 „*Metodika SEMAFOR home*“ v teoretické části, kde je tento nástroj popsán.

Otázky týkající se bydlení:

1. Řešil s Vámi ergoterapeut (nebo nějaký jiný zdravotnický pracovník) ve zdravotnickém zařízení úpravu domácího prostředí? Případně odkázal Vás na někoho jiného, kdo Vám poskytl informace?

„Ano, s ergoterapeutkou jsem úpravu domácího prostředí řešil už v Motole, kde jsme navíc zkoušeli a vymýšleli, jak to budu dělat doma. Dříve (pár let zpátky) byly u přístupu k domu schody, které jsem se naučil s dopomocí překonávat. Nyní však máme před vchodem takový malý železný nájezdník, takže jezdím přímo k výtahu. Ohledně domácího prostředí jsme pak trénovali hlavně přesuny na záchod a v koupelně. Konzultace ohledně úpravy domácího prostředí se mnou řešila ergoterapeutka také v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech.“

2. Řešil jste úpravu domácího prostředí? Pokud ano, kdy jste začal?

„Řešil, ale naštěstí nebylo potřeba nějakých velkých úprav. Pouze se rozšířily futra u dveří na záchod a do koupelny, abych projel vozíkem (je široký 59 cm). Do koupelny k vaně se pak umístilo madlo. S úpravou se začalo po konzultaci s ergoterapeutkou, když jsem zjistil co a jak.“

9.1.2 Subjektivní část metodiky SEMAFOR home

Subjektivní část metodiky byla vyplněna samotným klientem. Tato část hodnocení slouží k vyhodnocení spokojenosti klienta s vykonáváním každodenních aktivit v domácnosti. Formulář obsahoval celkem 29 otázek týkajících se domácího prostředí, které byly rozděleny podle jednotlivých částí domácnosti. V dotazníku bylo nutno pravdivě odpovědět na otázku: „*Jak jste spokojen/a s vykonáváním následujících aktivit?*“

Spokojenost pak byla vyjádřena následujícím číselným ohodnocením:

1 = velmi spokojen(a)

2 = spíše spokojen(a)

3 = spíše nespokojen(a)

4 = velmi nespokojen(a)

Pokud však klient některou z činností nevykonává, protože buď nemá zájem ani potřebu, danou otázku označil křížkem (X). Naopak pokud se jednalo o činnost, kterou by rád vykonával, ale domácí prostředí mu to neumožňuje, označil ji čtyřkou (4).

Ve výzkumném šetření se autorka soustředila pouze na takové aktivity, které byly klientem označeny číselným ohodnocením: 2, 3 nebo 4. Stejný postup platí i pro zbylé dva probandy (B a C), u kterých již subjektivní část není takto rozepisována.

Plné znění (vstupní formulář, subjektivní a objektivní část) hodnocení lze nalézt v přílohách, viz Příloha 1 – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A*“.

Vyhodnocení subjektivní části metodiky SEMAFOR home:

a) Vstup do obydlí

- Ovládání dveří

Klient je s touto činností spíše spokojen (2). Problém spatřuje v tom, že dveře jsou těžké a špatně se otevírají.

b) Vstup do domácnosti

- Přijímání návštěv (komunikace s návštěvou – kukátko, domácí telefon)

Tato činnost je klientem rovněž označena číselným ohodnocením 2 (spíše spokojen). Problém spočívá v umístění kukátka ve dveřích. Použití domácího telefonu mu už takový problém nedělá, neboť ten je umístěn v dosahové vzdálenosti.

Doporučení autorkou práce: Do dveří by se mohlo umístit digitální dveřní kukátko s kamerou, díky kterému by klient prostor před dveřmi viděl skrz obrazovku. Pokud by si pořídil kukátko s WiFi modulem, bylo by možné obraz sledovat i na mobilním telefonu.

c) Společné prvky domácnosti

- Pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností a manipulační prostor v nich)
- Větrání a zatemňování oken
- Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení)
- Provádění denního úklidu (uklizení předmětů denní potřeby, poklizení drobných nečistot)
- Ukládání a vyjímání věcí denní potřeby do/ z úložných prostor (oblečení, obuv, potraviny, čisticí přípravky atd.)

Se všemi výše zmíněnými činnostmi je klient rovněž spíše spokojen (2). Jelikož se jedná o panelový byt, manipulační prostor je zde omezen, s čímž souvisí i horší přístup do jednotlivých místností domácnosti.

Klient se snaží mít věci denní potřeby uloženy v dosahové vzdálenosti, avšak ne všechny je možné do takové vzdálenosti umístit.

d) Koupelna a WC

- Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.)
- Hygiena celého těla
- Vykonávání fyziologické potřeby

Klient je s těmito aktivitami spíše spokojen (2). Za problém považuje pouze manipulační prostor, který je zde omezený. V koupelně je k dispozici vana s umístěným madlem, jež mu napomáhá k přesunutí do vany a zpět.

e) Kuchyň a prostor pro stravování

- Příprava jednoduchých pokrmů (studené pokrmy, nápoje, ohřívání pokrmů)
- Příprava složitějších pokrmů (vaření)
- Udržování čistoty
- Manipulování s domácím odpadem

Výše zmíněné činnosti byly klientem označeny číslem 2 (spíše spokojen). Kuchyňská linka nebyla nikterak upravována, a tak manipulační prostor je u ní horší. Klientovi rovněž dělá problém (např. právě u vaření), že některé suroviny jsou umístěny mimo jeho dosahovou vzdálenost.

f) Ložnice

- Ukládání se ke spánku a vstávání

S ukládáním se ke spánku a vstáváním z postele je klient spíše spokojen (2). V ložnici má k dispozici klasické dvojlůžko.

g) Domácí pracovní prostor

- Vykonávání osobních aktivit (studium, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování soukromých aktivit)

Tyto osobní aktivity označil klient také číslem 2 (spíše spokojen). V domácím prostředí na ně nemá dostatek prostoru, avšak když má možnost, vykonává volnočasové aktivity venku – např. handbike, monoski, sledge běžky a přitom se setkává s přáteli.

Pracovní prostředí bylo probandu A přizpůsobeno, pořízené fotografie ze zaměstnání lze nalézt v přílohách, viz Příloha 2 „*Fotografie z pracovního prostředí - proband A*“.

h) Domácí prostor pro rehabilitaci

- Péče o zdraví (dodržovat léčebný režim, provádět léčebná opatření)

S těmito činnostmi je klient spíše spokojen (2). Důvody k tomuto ohodnocení jsou totožné jako u ohodnocení domácího pracovního prostoru, viz výše.

i) Venkovní prostor (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

- Přístup a využívání venkovních prostor

S přístupem a využíváním venkovních prostor je klient velmi nespokojen (4). Nejedná se ani tak o přístup, ale spíše o využívání venkovního prostoru. Před panelovým domem se nachází naprosto nevhodný terén pro vozíčkáře (kromě příjezdové cesty ke vchodovým dveřím) a není zde k dispozici žádné volnočasové využití.

9.1.3 Objektívni část metodiky SEMAFOR home

Objektívni část byla vyplněna autorkou práce. Cílem dotazníku objektívniho hodnocení je systematicky identifikovat a vyhodnotit existující bariéry. Stejně jako u subjektívni části je tato součást metodiky rozdělena do 12 sekcí dle částí metodiky. Hodnotí se nejenom závažnost dané bariéry, ale rovněž četnost potřeby tuto bariéru překonávat.

Číselné hodnocení závažnosti bariéry:

0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje a/ nebo nepředstavuje pro klienta problém)

1 = bariéra, kterou je klient se zvýšeným úsilím schopen překonat vlastními silami nebo s pomůckami, které již doma má a umí s nimi zacházet

2 = bariéra, kterou je schopen překonat pouze s adekvátní dopomocí druhé osoby

3 = bariéra, kterou není schopen překonat ani s adekvátní dopomocí druhé osoby

Četnost potřeby bariéru překonávat:

0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje nebo ji klient nemá potřebu a/ nebo zájem překonávat)

1 = maximálně 1x měsíčně

2 = maximálně 1x týdně

3 = více než 1x týdně

4 = alespoň 1x denně

5 = více než 1x denně

Ve výzkumném šetření se autorka soustředila pouze na takové bariéry, které on-line nástroj metodiky SEMAFOR home vyhodnotil závažností 1, 2 nebo 3. Totožný postup platí i pro zbylé dva probandy (proband B a C), u kterých již objektivní část metodiky není takto rozepisována.

Vyhodnocení objektivní části metodiky SEMAFOR home:

Po zanesení poznatků z domácího prostředí do on-line aplikace vyhodnotila metodika u probanda A celkem 27 bariér. Z toho bylo 9 bariér na úrovni 1 (nejméně závažné bariéry) a 18 bariér na úrovni 2 (závažné bariéry). Bariéra na úrovni 3 (velmi závažná bariéra) se v domácím prostředí neobjevila ani jedna.

Do nejméně závažných bariér se zařadily:

- Vstup do domácnosti – umístění domácího telefonu znesnadňuje jeho použití
- Společné prvky domácnosti – umístění oken a způsob jejich ovládání (otevírání / zavírání / zatemnění), umístění ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, topení) v některých případech znesnadňuje jejich užívání
- Kuchyň a prostor pro stravování – umístění a konstrukce dřezu, zaplněný prostor pod dřezem, umístění a konstrukce baterie ve dřezu znesnadňuje manipulaci s vodou, konstrukce kuchyňských spotřebičů
- Ložnice – umístění ostatního nábytku

Za závažnější bariéry metodika označila:

- Vstup do obydlí – způsob otevírání/ zavírání dveří (úchop kliky, těžké dveře)
- Vstup do domácnosti – umístění kukátka ve dveřích neumožňuje jeho použití (doporučeno digitální dveřní kukátko)
- Společné prvky domácnosti – úzké prostory mezi jednotlivými částmi domácnosti, umístění a způsob ovládání úložných prostor
- Koupelna – manipulační prostor v koupelně, konstrukce vany, umístění a konstrukce umyvadla, zaplněný prostor pod umyvadlem, umístění a konstrukce baterie v umyvadle znesnadňuje manipulaci s vodou
- WC – manipulační prostor na WC znesnadňuje potřebný pohyb, umístění WC mísy
- Kuchyň – manipulační prostor v místnosti, umístění kuchyňských spotřebičů (lednice, varná deska, trouba, malé domácí spotřebiče), umístění a konstrukce kuchyňských úložných prostor
- Ložnice – umístění a konstrukce postele
- Obývací pokoj – konstrukce nábytku
- Domácí pracovní prostor – ergonomie pracovního místa (stůl, úložné prostory, pracovní deska a místo pro vozík)
- Venkovní prostor – venkovní prostor (povrch, charakter)

Vyhodnocení objektivní části poukázalo zejména na ty oblasti, na které již upozornil sám klient v subjektivní části metodiky. Jedná se především o manipulační prostor v místnostech, umístění či konstrukce nábytku a s tím spojené ukládání a vyjímání věcí denní potřeby (oblečení, potraviny, čisticí prostředky apod.) do/ z úložných prostor.

Fotodokumentace domácnosti je součástí vyhodnocení metodiky SEMAFOR home, viz Příloha 1 – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A*“.

9.2 Proband B

- muž, 24 let
- diagnóza: stav po poranění míchy – inkompletní léze C4 – C7 (kvadruplegie)
- trvání motorického omezení: od roku 2017
- lokomoce: mechanický vozík
- kognitivní stav: orientován místem, časem, osobou
- pracovní anamnéza: – , invalidní důchod

Funkční nezávislost probanda byla zjišťována za pomoci standardizovaného dotazníku SCIM, který obsahoval celkem 17 otázek rozdělených do 4 oblastí.

Tabulka 5 Dotazník SCIM - proband B

Oblast sebeobsluhy (0 – 20)	5
Dýchání a ovládání svěračů (0 – 40)	15
Mobilita – místnost a toaleta (0 – 10)	0
Mobilita v interiéru a exteriéru (0 – 30)	5
Celkové SCIM skóre (0 – 100)	25

Zdroj: vlastní

Proband B potřebuje asistenci v oblasti sebeobsluhy a to při koupání a oblékání. Zvládne jíst samostatně, občas využívá k usnadnění kompenzační pomůcky či malou asistenci např. při krájení potravy.

Asistenci rovněž potřebuje v druhé oblasti dotazníku, kde je plně závislý při použití toalety (přesunech vozík – toaleta). Klient má zavedený permanentní katetr a vyžaduje pomoc při zavedení čípků.

Dokáže se samostatně pohybovat na mechanickém vozíku v rámci domácnosti (interiéru). Venku již vyžaduje dopomoc k obsluze mechanického vozíku. Proband je plně závislý na pomoci v různých přesunech (vozík – auto, země – vozík, lůžko – vozík či vozík – toaleta) i v mobilitě na lůžku.

Vyplněný dotazník SCIM probanda B je uložen u autorky práce.

9.2.1 Domácnost

- způsob bydlení: s rodinou
- charakter bydlení: vlastní
- typ bydlení: vícepodlažní rodinný dům

Otázky týkající se bydlení:

1. Řešil s Vámi ergoterapeut (nebo nějaký jiný zdravotnický pracovník) ve zdravotnickém zařízení úpravu domácího prostředí? Případně odkázal Vás na někoho jiného, kdo Vám poskytl informace?

„Ano, domácí prostředí se mnou bylo řešeno. Jelikož bydlím s rodiči v rodinném domě, tak jsme to řešili všichni společně.“

2. Řešil jste úpravu domácího prostředí? Pokud ano, kdy jste začal?

„Úpravu řešili rodiče, ještě když jsem nebyl doma. Předělal se mi pokoj (dříve jsem ho měl v patře, teď ho mám v přízemí), upravovala se koupelna, jinak se mi nic nepřizpůsobovalo.“

- A co dveře nebo prahy?

„Šířka všech dveří je celkem v pohodě, vozíkem projedu a dům máme bez prahů. Takže tohle se neřešilo.“

9.2.2 Subjektivní část metodiky SEMAFOR home

Plné znění (vstupní formulář, subjektivní a objektivní část) hodnocení lze nalézt v přílohách, viz Příloha 3 – „Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband B“.

Vyhodnocení subjektivní části metodiky SEMAFOR home:

a) Vstup do obydlí

- Ovládání dveří
- Vcházení a odcházení do/ z obydlí (přístupová cesta, vstupní branka, výškové rozdíly – schody, prahy)

Proband vcházení a odcházení do/ z obydlí označil číslem 2 (spíše spokojen) a ovládání dveří číslem 3 (spíše nespokojen). Jedná se o vstupní dveře s klikou do tvaru koule, které jsou součástí plechové brány.

b) Vstup do domácnosti

- Vcházení a odcházení do/ z domácnosti
- Ovládání dveří

S výše zmíněnými aktivitami je proband spíše spokojen (2).

c) Společné prvky domácnosti

- Pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností a manipulační prostor v nich)

Tuto aktivitu označil proband číslem 2 (spíše spokojen). Klient se v interiéru dokáže bez problémů pohybovat sám na mechanickém vozíku. Problém spatřuje pouze na některých místech v domácnosti a to v manipulačním prostoru (otočení se na vozíku).

- Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení)

Proband dokáže ovládat vypínače, ale např. se zapojením nabíječky od telefonu/notebooku do zásuvky potřebuje pomoc. Tyto aktivity označil číslem 3 (spíše nespokojen).

d) Koupelna a WC

- Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.)

Aktivity byly klientem označeny číslem 2 (spíše spokojen) a to z důvodu, že k nim potřebuje částečnou asistenci.

- Hygiena celého těla
- Vykonávání fyziologické potřeby

Proband je s těmito dvěma činnostmi spíše nespokojen (3). K hygieně celého těla potřebuje asistenci a k vykonávání fyziologické potřeby rovněž. Má permanentní katetr a při použití toalety je závislý na asistenci při přesunu toalety – vozík.

e) Kuchyň a prostor pro stravování

- Stravování/ stolování

Stolování bylo označeno číslem 2 (spíše spokojen). Za nevyhovující je zde považován jídelní stůl, který je příliš velký a proband tak nemá možnost dosáhnout na vše, co je na stole k dispozici. Rodina se však snaží, aby měl vše v dosahové vzdálenosti.

Zbylé činnosti v kuchyni (např. příprava pokrmů, udržování čistoty apod.) klient neprovádí.

f) Ložnice

- Ukládání se ke spánku a vstávání

Se vstáváním a ukládáním se ke spánku je klient velmi nespokojen (4), neboť je zcela závislý na pomoci rodiny při přesunu vozík – lůžko, a také při napolohování v posteli.

g) Obývací pokoj

- Relaxace a trávení volného času
- Setkávání se s přáteli/ rodinou

Tyto aktivity označil proband číslem 2 (spíše spokojen).

h) Domácí pracovní prostor

- Vykonávání osobních aktivit (studium, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování soukromých aktivit)

S vykonáváním osobních aktivit je proband spíše spokojen (2). Klient ke svým volnočasovým aktivitám využívá notebook i mobilní telefon.

i) Venkovní prostor (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

- Přístup a využívání venkovních prostor

Klient venkovní prostor využívá pouze za přítomnosti rodinného příslušníka či asistenta, a tak tuto činnost označil číslem 4 (velmi nespokojen). Problém je zde zejména v manipulačním prostoru v okolí dveří, který neumožňuje bezpečný průjezd dveřmi.

9.2.3 Objektivní část metodiky SEMAFOR home

Vyhodnocení objektivní části metodiky SEMAFOR home:

Po zanesení poznatků z domácího prostředí do on-line aplikace vyhodnotila metodika u probanda B celkem 21 bariér. Z toho byly 3 bariéry na úrovni 1 (nejméně závažné bariéry), 17 bariér na úrovni 2 (závažné bariéry) a bariéra na úrovni 3 (velmi závažná bariéra) se v domácím prostředí vyskytla pouze jedna.

Do nejméně závažných bariér se zařadily pouze oblasti z koupelny:

- Koupelna – manipulační prostor v koupelně, velikost sprchového koutu, konstrukce držáku na sprchu a jeho umístění znesnadňuje její užívání (je ve špatné dosahové vzdálenosti)

Za závažnější bariéry metodika označila:

- Vstup do obydlí – přístupová cesta (povrch, sklon, vstupní branka), manipulační prostor v okolí dveří, sklon v okolí dveří
- Vstup do domácnosti – manipulační prostor v okolí dveří
- Společné prvky domácnosti – úzké prostory znesnadňují pohyb mezi jednotlivými částmi domácnosti (pouze na některých místech), umístění ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, topení) znesnadňuje jejich užívání
- Koupelna – manipulační prostor v okolí dveří do koupelny, umístění a konstrukce baterie v umyvadle znesnadňuje probandu manipulaci s vodou
- Kuchyň a prostor pro stravování – manipulační prostor v okolí dveří, manipulační prostor v místnosti, ergonomie jídelního stolu není plně vyhovující
- Ložnice – manipulační prostor v okolí dveří, manipulační prostor v místnosti
- Obývací pokoj – manipulační prostor v okolí dveří
- Domácí pracovní prostor – ergonomie pracovního místa (stůl, úložné prostory, pracovní deska), umístění a způsob ovládání vzdělávacích/ volnočasových pomůcek a nástrojů znesnadňuje jejich užívání
- Venkovní prostor (zahrada, terasa, balkón, lodžie) – manipulační prostor v okolí dveří

Za jednu z hlavních závažných bariér u probanda B považuje autorka zejména vstup do obydlí – tj. přístupovou cestu. Součástí rodinného domu je plechová brána se vstupními dveřmi, které proband špatně ovládá.

Druhou závažnou bariérou je pak manipulační prostor v některých částech domácnosti, kde se proband s vozíkem špatně otáčí či nedostatek manipulačního prostoru pro pomáhající osobu.

Za velmi závažnou bariéru metodika označila:

- Domácí prostor pro rehabilitaci – umístění rehabilitačních pomůcek

Proband však rehabilitační pomůcky využívá pouze za přítomnosti jiné osoby, která s ním cvičí (např. fyzioterapeut či rodinný příslušník). Takže ačkoliv jsou tyto pomůcky umístěny mimo jeho dosahovou vzdálenost, subjektivně tato bariéra pro něj neexistuje. Dle autorky by však rehabilitační pomůcky mohly být umístěny např. u lůžka, na kterém proband cvičí.

Fotodokumentace domácnosti není součástí vyhodnocení metodiky SEMAFOR home, viz Příloha 3 – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband B*“, neboť autorce nebylo umožněno danou fotodokumentaci získat. Ve vyhodnocení lze však nalézt doplňující komentáře k určitým oblastem hodnocení.

9.3 Proband C

- žena, 33 let
- diagnóza: stav po poranění míchy – kompletní míšní léze C4 – C6 (kvadruplegie)
- trvání motorického omezení: od roku 2013
- lokomoce: mechanický vozík
- kognitivní stav: orientována místem, časem, osobou
- pracovní anamnéza: vedoucí tanečního oddílu „Sportovního klubu vozíčkářů Praha“ (učí tanec, vede workshopy, tréninky a organizačně i administrativně zajišťuje chod celého oddílu), jinak pobírá invalidní důchod

Funkční nezávislost probanda byla zjišťována za pomoci standardizovaného dotazníku SCIM, který obsahoval celkem 17 otázek rozdělených do 4 oblastí.

Tabulka 6 Dotazník SCIM - proband C

Oblast sebeobsluhy (0 – 20)	7
Dýchání a ovládání svěračů (0 – 40)	15
Mobilita – místnost a toaleta (0 – 10)	5
Mobilita v interiéru a exteriéru (0 – 30)	5
Celkové SCIM skóre (0 – 100)	32

Zdroj: vlastní

Proband C v oblasti sebeobsluhy (oblékání, koupel, stravování) potřebuje asistenci a při stravování si mimo jiné pomáhá kompenzačními pomůckami. Pouze v podkategorii

„úprava zevnějšku“ (tj. mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů) provede vše samostatně bez kompenzačních pomůcek.

Klientka má permanentní katetr a potřebuje asistenci při zavedení čípků. Při použití toalety (přesunech vozík – toaleta) potřebuje plnou asistenci.

K mobilitě používá mechanický vozík, se kterým se samostatně pohybuje pouze v domácnosti (interiéru). Avšak když se jedná o delší vzdálenost nebo pohyb venku, potřebuje k obsluze mechanického vozíku částečnou asistenci.

Vyplněný dotazník SCIM probanda C je uložen u autorky práce.

9.3.1 Domácnost

- způsob bydlení: s rodinou
- charakter bydlení: vlastní
- typ bydlení: vícepodlažní rodinný dům

Otázky týkající se bydlení:

1. Řešil s Vámi ergoterapeut (nebo nějaký jiný zdravotnický pracovník) ve zdravotnickém zařízení úpravu domácího prostředí? Případně odkázal Vás na někoho jiného, kdo Vám poskytl informace?

„Ergoterapeut mi dal nějaká obecná doporučení (již v Kladrubech). Ukázal různé příklady – např. upravenou kuchyňskou linku s elektrickou deskou apod., možná mi dal i nějaké kontakty, ale tím už si nejsem jistá. Nicméně vše se řešilo na dálku, aniž by to u nás nějaký odborník viděl.“

2. Řešila jste úpravu domácího prostředí? Pokud ano, kdy jste začala?

„Můj otec úpravy domácího prostředí udělal ještě za mého pobytu v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech tak, abych se domů vůbec dostala. Dům byl naprosto nevyhovující – byt v patře, schody, samozřejmě bez výtahu, žádné nájezdy a i šířka dveří nevyhovovala. Nicméně ne vše se následně ukázalo jako vyhovující, ale žádné další výrazné úpravy jsme už nedělali. Lepší by bylo nekládat do těchto úprav tolik peněz, ale rovnou se odstěhovat do něčeho přízemního.“

9.3.2 Subjektivní část metodiky SEMAFOR home

Plné znění (vstupní formulář, subjektivní a objektivní část) hodnocení lze nalézt v přílohách, viz Příloha 4 – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband C*“.

Vyhodnocení subjektivní části metodiky SEMAFOR home:

a) Vstup do obydlí

- Vcházení a odcházení do/ z obydlí (přístupová cesta, vstupní branka, výškové rozdíly – schody, prahy)

Klientka tuto činnost označila číslem 3 (spíše nespokojena). Při vstupu do domu je zde 6 schodů, avšak tato bariéra je vyřešena plošinou. Za nespokojenost považuje byt v patře, rozumnější by bylo bydlet v přízemní části, kde by nebylo potřeba plošinu neustále používat.

Stejně tak zhodnotila i „Vcházení a odcházení do/z domácnosti“, jenž je součástí „Vstupu do domácnosti“.

- Ovládání dveří

S ovládním dveří je spíše spokojena (2). Ovládání dveří je na automatické dálkové ovládání.

b) Vstup do domácnosti

- Přijímání návštěv (komunikace s návštěvou – kukátko, domácí telefon)

Přijímání návštěv bylo označeno číslem 4 (spíše nespokojena). Veškeré návštěvy do domácnosti pouští její matka.

c) Společné prvky domácnosti

- Větrání a zatemňování oken
- Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení)

S výše zmíněnými činnostmi je klientka spíše spokojena (2). U oken sama zvládne pouze ovládání žaluzií, s větráním oken už potřebuje asistenci. Rovněž sama dokáže ovládat vypínače a topení. Zásuvky jsou pro ni v nevhodné dosahové vzdálenosti.

- Provádění úklidu

Vykonávání denního úklidu (uklizení předmětů denní potřeby, poklizení drobných nečistot) označila klientka číslem 3 (spíše nespokojena). Při takovém úklidu maximálně zvládne otřít stůl či umýt nádoby. Co se týká týdenního úklidu (utírání prachu, luxování, úklid koupelny a WC), tak ten byl klientkou označen číslem 4 (velmi nespokojena). Ráda by v domácnosti pomáhala více, avšak dokáže pouze utřít prach pro ni v dostupné výšce.

d) Koupelna a WC

- Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.)

S vykonáváním osobní hygieny je klientka spíše spokojena (2). Sama zvládne vše kromě holení a stříhání nehtů. U koupele celého těla potřebuje asistenci – u horní poloviny těla pouze částečnou, u dolní poloviny těla pak plnou asistenci.

e) Kuchyň a prostor pro stravování

- Příprava jednoduchých pokrmů (studené pokrmy, nápoje, ohřívání pokrmů)
- Udržování čistoty

S těmito činnostmi je spíše spokojena (2). Přípravu jednoduchých pokrmů zvládne s dopomocí a čistotu se snaží udržovat všude, kde je to pro ni přístupné.

- Manipulace s domácím odpadem

S domácím odpadem nedokáže manipulovat, tj. vyhodit odpadkový pytel do popelnice. Klientka pouze zvládne vyhodit nečistoty do koše, a proto tuto činnost označila číslem 3 (spíše nespokojena)

f) Ložnice

- Ukládání se ke spánku a vstávání

S ukládáním se ke spánku a následném vstávání je klientka velmi nespokojena (4), neboť potřebuje plnou asistenci s napolohováním.

g) Obývací pokoj

- Relaxace a trávení volného času
- Setkávání se s přáteli/ rodinou

Tyto aktivity byly klientkou označeny číslem 2 (spíše spokojena).

h) Venkovní prostor (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

- Prístup a využívaní venkovních prostor

Z baráku se klientka na zahradu dostane přes dřevěnou terasu, která ji byla uzpůsobena. I přesto však potřebuje asistenci, a proto činnost označila číslem 3 (spíše nespokojena).

9.3.3 Objektivní část metodiky SEMAFOR home

Vyhodnocení objektivní části metodiky SEMAFOR home:

Po zanesení poznatků z domácího prostředí do on-line aplikace vyhodnotila metodika u probanda C celkem 23 bariér. Z toho bylo 5 bariér na úrovni 1 (nejméně závažné bariéry), 16 bariér na úrovni 2 (závažné bariéry) a 2 bariéry na úrovni 3 (velmi závažné bariéry).

V sekci WC (viz příloha) je několik činností označeno závažností 3, ale přesto se u nich nenachází žádné označení bariéry. Je to z toho důvodu, že i kdyby klientka měla prostor WC maximálně bezbariérový, tak dané činnosti nezvládne, neboť to její funkční stav neumožňuje.

Do nejméně závažných bariér se zařadily:

- Koupelna – manipulační prostor v koupelně, umístění doplňků a hygienických potřeb ve sprše, umístění a konstrukce baterie ve sprchovém koutě znesnadňuje manipulaci s vodou, umístění a konstrukce držáku na sprchu a jeho umístění znesnadňují její užívání
- Venkovní prostor (zahrada, terasa) – povrch, charakter

Za závažnější bariéry metodika označila:

- Vstup do obydlí – sklon v okolí dveří, způsob otvírání/ zavírání dveří (úchop kliky)
- Vstup do domácnosti – způsob otvírání/ zavírání dveří (úchop kliky, těžké dveře)
- Společné prvky domácnosti – umístění oken a způsob jejich ovládnutí znesnadňují manipulaci (otvírání/ zavírání/ zatemnění), umístění a konstrukce ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení) znesnadňují jejich užívání

- Kuchyň a prostor pro stravování – manipulační prostor v místnosti, umístění pracovní desky, zaplněný prostor pod pracovní deskou, zaplněný prostor pod dřezem, umístění a konstrukce baterie ve dřezu znesnadňují manipulaci s vodou, umístění a konstrukce kuchyňských spotřebičů (lednice, varná deska, trouba, malé domácí spotřebiče) znesnadňují jejich užívání, umístění a konstrukce kuchyňských úložných prostor
- Ložnice – umístění ovládání osvětlení u postele
- Obývací pokoj – manipulační prostor v místnosti

Do velmi závažných bariér metodika zařadila:

- Vstup do obydlí – přístupová cesta (povrch, šířka, sklon)

U vstupních dveří do rodinného domu se nachází ne moc široký vydlážděný chodník, podél kterého jsou vyznačená parkovací místa. Sklon v okolí dveří zde není plně vyhovující je zde vytvořen malý „nájezd“ (vyrovnání výškového rozdílu) a ve dveřích se nachází rohožka, která by měla být odstraněna.

- Domácí prostor pro rehabilitaci – umístění rehabilitačních pomůcek

Rehabilitační pomůcky jsou umístěny na parapetu okna, na které klientka z matrace nedosáhne. Rehabilitační prostor však využívá pouze tehdy, když k ní přijde fyzioterapeutka/ ergoterapeutka na cvičení, a tak uložení rehabilitačních pomůcek není pro ni stěžejní. Přesto by však pomůcky mohly být umístěny v lepší dosahové vzdálenosti.

Fotodokumentace domácnosti je součástí vyhodnocení metodiky SEMAFOR home, viz Příloha 4 – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband C*“.

10 VÝSLEDKY

V následujících tabulkách a příslušných grafech lze nalézt shrnutí bariér v domácím prostředí u všech tří probandů, které vyhodnotila on-line aplikace metodiky SEMAFOR home. Jsou zde vyznačeny i bariéry na úrovni 0 (tj. bariéry nejsou podstatné, neboť se v daném prostředí nevyskytují a/ nebo nepředstavují pro klienta problém).

Objektivní část obsahovala celkem 89 otázek zaměřených na bariéry v domácnosti.

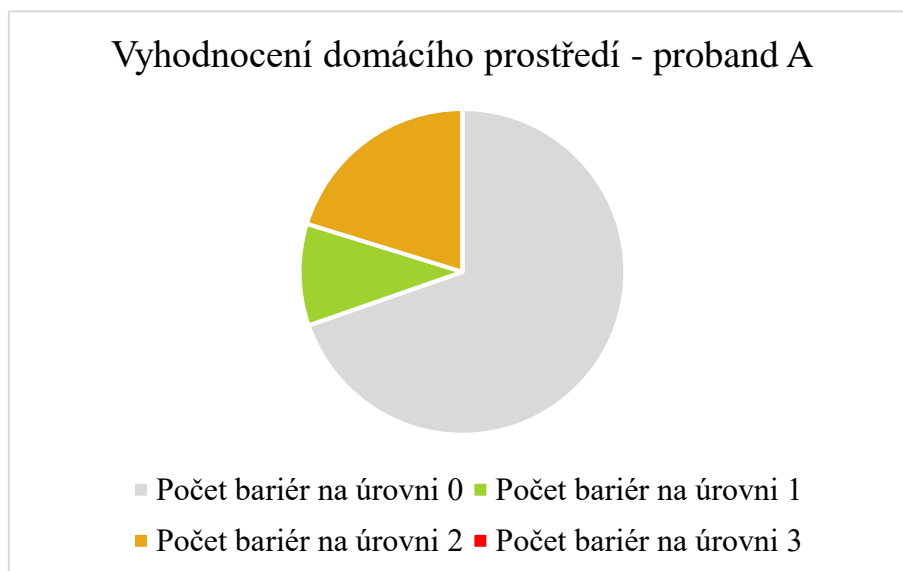
10.1 Proband A

Tabulka 7 Přehled bariér v domácnosti probanda A

Počet bariér na úrovni 0	62
Počet bariér na úrovni 1	9
Počet bariér na úrovni 2	18
Počet bariér na úrovni 3	0

Zdroj: vlastní

Graf 1 Vyhodnocení domácího prostředí - proband A



Zdroj: vlastní

On-line aplikace metodiky SEMAFOR home v domácím prostředí u probanda A vyhodnotila celkem 62 nepodstatných bariér (70% domácnosti), 9 málo závažných bariér (10% domácnosti) a 18 závažnějších bariér (20% domácnosti).

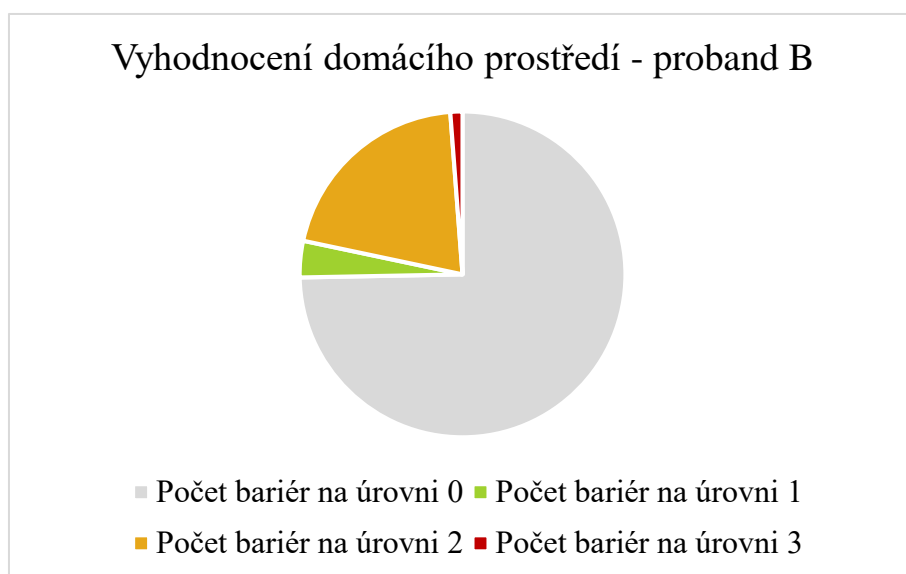
10.2 Proband B

Tabulka 8 Přehled bariér v domácnosti probanda B

Počet bariér na úrovni 0	62
Počet bariér na úrovni 1	3
Počet bariér na úrovni 2	17
Počet bariér na úrovni 3	1

Zdroj: vlastní

Graf 2 Vyhodnocení domácího prostředí - proband B



Zdroj: vlastní

On-line aplikace metodiky SEMAFOR home v domácím prostředí u probanda B vyhodnotila celkem 62 nepodstatných bariér (75% domácnosti), 3 málo závažné bariéry (4% domácnosti), 17 závažnějších bariér (20% domácnosti) a 1 velmi závažnou bariéru (1% domácnosti).

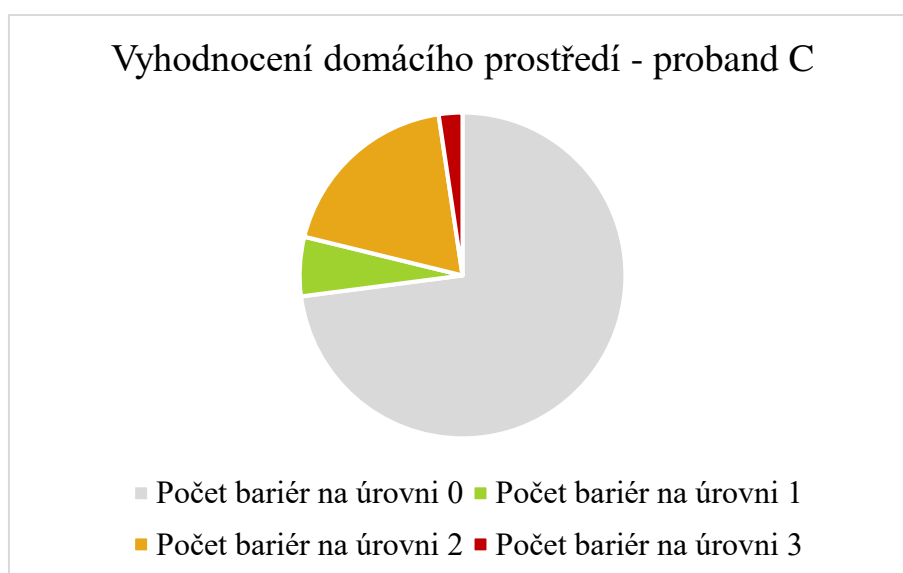
10.3 Proband C

Tabulka 9 Přehled bariér v domácnosti probanda C

Počet bariér na úrovni 0	62
Počet bariér na úrovni 1	5
Počet bariér na úrovni 2	16
Počet bariér na úrovni 3	2

Zdroj: vlastní

Graf 3 Vyhodnocení domácího prostředí - proband C



Zdroj: vlastní

On-line aplikace metodiky SEMAFOR home v domácím prostředí u probanda C vyhodnotila celkem 62 nevýznamných bariér (73% domácnosti), 5 málo závažných bariér (6% domácnosti), 16 závažnějších bariér (19% domácnosti) a 2 velmi závažné bariéry (2% domácnosti).

11 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo za pomoci metodiky SEMAFOR home zjistit, zda tato metodika efektivně identifikuje architektonické bariéry v domácím prostředí u jedinců po poranění míchy. K přijetí či nepřijetí hypotéz bylo vyhodnoceno domácí prostředí u 3 probandů.

Hypotéza 1 předpokládala, že objektivní část metodiky SEMAFOR home identifikuje architektonické bariéry v domácím prostředí u jedinců po poranění míchy v rámci ergoterapeutické intervence. Tato hypotéza byla z větší části přijata.

Metodika dokázala identifikovat architektonické bariéry, na které se soustředila. Ale ačkoliv autorkou nastudovaná literatura ohledně bezbariérového bydlení poukazuje i na prostor kolem parkovacího stání, v metodice tato oblast není zohledněna.

Nástroj SEMAFOR home ve své objektivní části zahrnuje sekci „Vstup do obydlí“, ale zaměřuje se pouze na přístupovou cestu a následně vstupní dveře (všechny hodnocené prvky u těchto dvou podbodů lze nalézt v přílohách – „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A, B nebo C*“). Přičemž např. Housing Enabler, jenž byl inspirací pro vznik nástroje SEMAFOR home, poukazuje, kromě jiného i např. na vysoké obrubníky u příjezdové cesty, které nejenom lidem s tělesným postižením mohou činit potíže.

Dle názoru autorky by metodika o prostor okolo parkovacího místa (tj. výstup/ nástup do automobilu) měla být rozšířena. Neboť parkovací místo může být pro lidi s postižením rovněž zdrojem trvalých a obtížně řešitelných problémů. Případné vyhrazené parkovací místo určené pro osoby s tělesným postižením musí navíc splňovat určitá kritéria. A to zejména širší bezbariérovou návaznost takového vyhrazeného parkovacího stání na další komunikaci a obecně snadnější přístup k dalším navazujícím objektům. Prostor stání musí být široký minimálně 3,5 m (zahrnuje manipulační plochu o šířce nejméně 1,2 m). V úvahu se rovněž berou maximální možné sklony terénu. (Poláčková, 2011) Vyhrazené stání by mělo být umístěno co nejbližší u vchodu a východu z příslušného objektu. Důležité je i jeho řádné označení, aby nedocházelo k neoprávněnému obsazování vozidly jiných uživatelů. (Šestáková, Lupač, 2010; Filipiová, 2002).

Tyto požadavky dle autorky práce i podle zkušeností řady jedinců po poranění míchy (např. i probanda A, který osobním automobilem jezdí do zaměstnání) nejsou vždy uspokojivě dodržovány.

Mnoho lidí si zřejmě neuvědomuje, že pro vozíčkáře, jehož funkční stav mu umožňuje používání automobilu, je vyhrazené parkovací místo zcela zásadní. Vozíčkář totiž musí zvládnout nejenom vlastní nastupování (přesun z vozíku do auta a zpět), ale rovněž manipulaci (složení a pohodlné naložení/ vyložení) s vozíkem. Dostatek místa okolo parkovacího stání je navíc důležitý i pro ty osoby na vozíku, které nejsou schopny sami automobil řídit. Potřebný manipulační prostor je zde pak nezbytný pro člena rodiny či jinou asistující osobu, která vozíčkáři do automobilu pomáhá a dělá mu řidiče. (Votava, 2003)

Možnost cestovat, ať už individuálně osobním automobilem či městskou hromadnou dopravou, patří mezi důležité potřeby člověka. Cestování umožňuje setkávat se s přáteli, navštěvovat kulturní a společenské akce, ale také cestovat do práce či do školy. (Votava, 2003) Tato možnost tak napomáhá sociální integraci, která je (nejen) u osob s tělesným postižením velmi důležitá a má zásadní vliv na kvalitu života.

V **hypotéze 2** bylo předpokládáno, že subjektivní část metodiky SEMAFOR home vyplněná samotným jedincem po poranění míchy bude korelovat s objektivní částí této metodiky, a tato hypotéza byla přijata.

Objektivní část metodiky, která byla vyplňována autorkou práce, potvrdila konkrétní „nedostatky“ v domácím prostředí, na které ve většině případů upozornil proband již v subjektivní části hodnocení. Detailní zhodnocení domácnosti u každého z probandů lze nalézt i s patřičným komentářem v praktické části této bakalářské práce, a také v přílohách - „*Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A, B nebo C*“.

Vysvětlením toho, že subjektivní část koreluje s objektivní částí metodiky SEMAFOR home je skutečnost, že u všech tří probandů již domácí prostředí prošlo částečnou architektonickou úpravou. Oblasti, se kterými probandi pak nejsou moc spokojeni a v subjektivní části je označili číslem 2, 3 nebo 4, jsou buď finančně náročnější, nebo je prostě nelze z technického hlediska tak snadno realizovat (např. rozšíření manipulačního prostoru v úzké chodbě panelového domu). Do nespokojenosti (tj. subjektivní část hodnocení) s vykonáváním určitých činností v domácnosti se samozřejmě navíc promítá i funkční stav dotazovaných osob – viz dotazník SCIM, který je popsán u každého z probandů v praktické části, a který se odráží např. v hygieně celého těla (zejména pak u probanda B a C).

Dle Vašíčkové (2015) by rodina již za pobytu jedince na spinální rehabilitační jednotce měla začít spolupracovat s odborníkem a postupně připravovat vhodné domácí prostředí. Neboť správně uzpůsobené bydlení na míru, podle aktuálních zdravotních omezení a potřeb člověka, významně zvyšuje kvalitu života. Člověk na vozíku, který se vrací do bariérového prostředí, je totiž nucen (mnohdy třeba i několik měsíců) žít v bytě, ze kterého právě kvůli architektonickým bariérám nemůže vycházet. Za těchto nevyhovujících a omezujících podmínek pak hrozí u člověka riziko komplikací, nemá-li např. bezbariérově upravenou koupelnu a toaletu. Rovněž se zde objevuje i nebezpečí narušení rodinných vztahů, a to nejčastěji kvůli dlouhodobému přetížení pečujících osob, které mnohdy už nemají ani sílu na optimistický výhled do budoucna. Jedinec bývá rovněž těžce demotivován a v mnoha případech nelze počítat ani s tím, že by byl kupříkladu ochoten hledat možnosti uplatnění na trhu práce.

A právě jedincova snaha a vnitřní motivace pracovat se zde ukazuje jako zásadní. O výsledku a úspěšnosti pracovního uplatnění však často rozhodují i další skutečnosti. Dle Gobeleta a Franghignoniho (2006) se může jednat především o obavy, že jedinec po poranění míchy bude v konečném součtu disponovat menším finančním obnosem (kvůli ztrátě sociálních výhod a příspěvků). Také případné negativní projevy a postoje nejbližších pracovních kolegů, stejně jako i projevená nedostatečná důvěra zaměstnavatele v aktuální schopnosti jedince po úrazu mohou hrát velmi významnou roli při návratu do života „před úrazem“.

Ačkoliv náš stát zaměstnávání osob se zdravotním postižením podporuje a zaměstnavatel tak např. za vytvoření pracovního místa a zaměstnání handicapovaných lidí může získat určité finanční výhody, s malou vstřícností zaměstnavatelů, či pak navíc ještě s případnými negativními postoji kolegů se, bohužel, setkává stále značný počet lidí s tělesným postižením. S jasnými a srozumitelnými argumenty, proč zaměstnávat lidi se zdravotním postižením a s mnoha dalšími souvisejícími informacemi se lze seznámit v brožuře *„Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením“*. Tuto publikaci vydal Jedličkův ústav a školy a je volně k dispozici na internetu v PDF formátu. V rámci platné legislativy je zaměstnávání osob se zdravotním postižením řešeno např. v Zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

Zaměříme-li se v této souvislosti na probandy této bakalářské práce, tak vzorovým příkladem přístupu zaměstnavatele by mohl být příběh probanda A, kterému zaměstnavatel

vyšel maximálně vstříc. Nejenže mu byl umožněn návrat do společnosti (mezi své kolegy), ale byla mu podle jeho funkčního stavu přizpůsobena jak pracovní pozice, tak i vytvořeno bezbariérové prostředí. Fotografie z pracovního prostředí probanda A lze nalézt v přílohách, viz Příloha 2.

Jestliže tedy metodika dokáže efektivně identifikovat bariéry v domácím prostředí, které doposud limitovaly jedincovu možnost pracovního uplatnění a tyto bariéry budou odstraněny, je usnadněn návrat i do pracovního prostředí. V této souvislosti např. studie od Kang et al. (2018) poukazuje na skutečnost, že spinální poranění míchy má velmi často negativní socio-ekonomický dopad. Jako dílčí závěr lze zdůraznit význam a důležitost začlenění postiženého jedince zpět do pracovního poměru, které vede nejen ke zlepšení kvality života a plnohodnotné sociální integraci, ale navíc se každá takováto úspěšná realizace promítne rovněž i do ekonomiky státu.

Skutečnost, že architektonické bariéry limitují soběstačnost a sociální integraci jedince po poranění míchy se předpokládala v **hypotéze 3**, a tato hypotéza byla přijata.

Na význam bezbariérových úprav poukazuje např. studie od Fänge a Iwarsson (2005), která se zabývala dopady bezbariérových úprav domácího prostředí na soběstačnost, bezpečí, ale i na schopnost vrátit se buď přímo do svého původního zaměstnání, či se pracovním uplatnit nějakým jiným způsobem. Mimo jiné poukázala na vztah mezi domácím prostředím a mírou společenské integrace osob s poruchami hybnosti.

Soběstačnost jedinců po poranění míchy samozřejmě neovlivňují pouze architektonické bariéry, ale rovněž výška jejich míšních léze. Funkční nezávislost jedinců po poranění míchy a obecně platné očekávané funkční výsledky u míšních lézí jsou nastíněny v teoretické části 1.1 „*Míšní léze*“, v přehledných tabulkách.

Jak již bylo autorkou zmíněno v teoretické části v kapitole 1 „*Poranění míchy*“, u jedinců po poranění míchy je velmi zásadní, aby jim bezprostředně po úrazu a operačním zákroku byla poskytnuta intenzivní rehabilitace, která do jisté míry dokáže minimalizovat následky míšního poranění. Studie od Cardenas et al. (2004) a od Guilcher et al. (2013) poukazují na fakt, že speciální neurorehabilitace by měla být jedincům umožněna nejenom po úrazu (tj. na spinální jednotce), ale rovněž po zbytek jejich života. Tato odpovídající péče se však pacientům v plné šíři mnohdy nedostává. Na nedostatek následné péče a to i péče v komunitě poukazuje rovněž zahraniční literatura. (Biering-Sørensen et al., 2006; Suddick,

O'Neill, 2009) Tuzemské studie ani další zdroje informací k tomuto problému zatím nejsou – nelze tedy výše zmíněný fakt potvrdit či vyvrátit. Z tohoto důvodu autorka bakalářské práce navrhuje, aby byl proveden průzkum se zaměřením na adekvátnost a možnost podpory jedinců po poranění míchy v komunitách.

Soběstačnost a s ní spojené vykonávání všedních denních činností (dále jako ADL = Activities of Daily Living) je možno do značné míry pozitivně ovlivnit. Štěpánová (2015) ve své kvalifikační práci uvádí, že na samostatnost může mít kladný vliv pohybová aktivita. Vhodný a přiměřený pohyb pozitivně ovlivňuje nejenom fyzické, ale i psychické zdraví jedince. Sportovní aktivity navíc napomáhají člověku po poranění míchy udržovat sociální styky a vytvářet nová přátelství.

S výše uvedenými názory se ztotožňují i probandi A a C, kteří vykonávají vícero pohybových aktivit – jednak pro udržení kondice, ale v neposlední řadě také kvůli všeobecně příjemné účasti ve společnosti.

To, že sportovní aktivita má s největší pravděpodobností pozitivní vliv i na soběstačnost jedince lze vysledovat při porovnání výsledků dotazníku SCIM probanda B (inkompletní léze C4 – C7) a C (kompletní míšní léze C4 – C6). Proband B se věnoval sportovní aktivitě pouze před úrazem a v dotazníku SCIM obdržel 25 bodů, kdežto proband C sportoval před i po úraze (a to alespoň 1x týdně) a v dotazníku SCIM získal 32 bodů. Předpoklad, že pohybová aktivita má vliv na vyšší skóre u probanda C by však bylo potřeba ještě potvrdit s využitím dalších výzkumných metod.

Skutečnost, kterou bychom měli mít stále na paměti je, že pro osoby s motorickým omezením má charakter domácího prostředí zcela zásadní význam. Přímo ovlivňuje soběstačnost v rámci domácnosti. A protože postižené osoby často tráví doma většinu času, je vhodné uspořádání domácího prostředí tím spíše podmínkou pro kvalitu jejich života. (Macháčková a kol., 2014)

Vhodným uzpůsobením, tj. vytvořením bezbariérového domácího prostředí s možností bydlení opakovaně a pohodlně opouštět, je dále umožněno i rozvíjení sociálních interakcí člověka (např. i skrze sportovní aktivitu). Postižení jedinci tak nemusí být „vězni“ ve svých vlastních domovech. Komplexní a kvalitní vyřešení překážek v nejbližším životním prostoru má tedy i podstatný společenský význam.

ZÁVĚR

Stěžejním cílem této bakalářské práce bylo poukázat na významnost bezbariérového bydlení u osob s tělesným postižením.

Jak již bylo autorkou zmíněno v předmluvě, motivací k výběru a napsání této práce byl zájem o problematiku hodnocení domácího prostředí. Během svých dosavadních ergoterapeutických praxí se setkávala se skutečností, že vyhodnocení potencionálních bariér v domácím prostředí probíhalo převážně formou rozhovoru, a to i přesto, že ergoterapeut má v kompetenci hodnotit a navrhnout následné úpravy domácnosti tak, aby byly co nejlépe přizpůsobeny jedinci s postižením.

Právě tato skutečnost by měla být dle autorky na pracovištích zlepšena a to nejlépe uvedením metodiky SEMAFOR home, jenž je součástí této bakalářské práce, do praxe. Přestože autorka při práci s tímto standardizovaným nástrojem odhalila určitou limitaci (viz komentář u hypotézy 1), považuje tento nástroj za efektivní. Samotnou autorku dokázal navést na případné bariéry, které by jinak mohly zůstat opomenuty.

Velkou předností metodiky SEMAFOR home je on-line verze všech 3 částí, zejména pak její stěžejní části – objektivního hodnocení, která umožní na základě identifikovaných bariér tyto překážky od sebe barevně odlišit dle jejich závažnosti. To může být pro začínajícího hodnotitele velmi přínosné, neboť ihned dostane přehled o tom, kolik závažných bariér se v domácnosti vyskytuje, a na které je potřeba se soustředit.

Ačkoliv otázky metodiky byly během jejího testování již mnohokrát upravovány na základě ergoterapeutických připomínek, autorka se domnívá, že při častějším využívání tohoto nástroje v praxi (tj. různými ergoterapeuty) by mohly být odhaleny další dílčí nedostatky. Jejich případné zjištění by pak bylo jednoznačně přínosem a možným podnětem pro vylepšení či dokonce rozšíření samotného nástroje.

Podle názoru autorky je současný stav a úroveň kvality hodnocení bariér na ergoterapeutických pracovištích ovlivněn zejména skutečností, že studenti oboru Ergoterapie nejsou v rámci výuky na hodnocení domácího prostředí v dostatečné míře připravováni. Důležitou úlohu lze rovněž připsat na vrub legislativnímu zpracování této problematiky, zejména pak komplikovanému předepisování a vykazování této podstatné a nezanedbatelné ergoterapeutické intervence.

LITERATURA A PRAMENY

BICKENBACH, J. et al., ed. *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. Switzerland: World Health Organization, 2013, s. 3-10. ISBN 978 92 4 156466 3.

BIERING-SØRENSEN, F., SCHEURINGER, M., BAUMBERGER, M., CHARLIFUE, S.W. Developing core sets for persons with spinal cord injury based on the international classification of functioning, disability and health as a way to specify functioning. *Spinal Cord*, 2006, 44, pp.541–546

BREEDEN, L. E., Occupational Therapy Home Safety Intervention via Telehealth. *International Journal of Telerehabilitation*, 2016, 8, (1), 29-40. ISSN 1839184731.

CARDENAS DD, HOFFMAN JM, KIRSHBLUM S, MCKINLEY W. Etiology and incidence of rehospitalization after traumatic spinal cord injury: a multicenter analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2004;85:1757–63.

CATZ, A. et al., SCIM – Spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. *Spinal Cord*, 1997, 35, 850–856.

CENTRUM PARAPLE, o.p.s., JEŽEK, J., ed. *Život je jízda*. Praha, 2018. ISBN 978-80-270-4837-3.

ČIHAŘOVÁ, K. Metodika SEMAFOR home Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home. *Informační BULLETIN ČAE*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2017, 2 (2017), 15-19. ISSN 1804-1558.

ČIHAŘOVÁ, K. a kol., *Metodika SEMAFORhome: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: OP Praha - půl růstu ČR, 2018.

DITUNNO, J. F. American Spinal Injury Standards for Neurological and Functional Classification Of Spinal Cord Injury: Past, Present and Future. *The Journal of The American Paraplegia Society*, 1994, 17(1), 7–11. ISSN: 0195-2307

FALTÝNKOVÁ, Z. *Desatero moudrého vozičkáře: průvodce pro klienty s poškozením míchy*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2012. ISBN 978-80-260-5097-1.

FALTÝNKOVÁ, Z., J. KŘÍŽ a A. KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2004.

FÄNGE A, IWARSSON S., Changes in accessibility and usability in housing: an exploration of the housing adaptation process. *Occupational Therapy International*, [online] 2005, 12(1), 44–59. [cit. 2020-03-04]

Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/oti.14>

FILIPIOVÁ, D. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-18-7.

FORD, S., KEAY, A., and D. SKIPPER. *Occupational Therapy Interventions for Adults with a Spinal Cord Injury: An overview*. ACI State Spinal Cord Injury Service, 2014. ISBN 978-1-74187-957-5.

GOBELET, C., FRANCHIGNONI, F., *Vocational rehabilitation*. [online] 1. Paris: Springer, 2006. [cit. 2020-03-02] ISBN 22-872-2609-5. Dostupné také z: <https://1url.cz/7MVqV>

GUILCHER SJT, CRAVEN BC, CALZAVARA A, MCCOLL MA, JAGLAL SB. Is the emergency department an appropriate substitute for primary care for persons with traumatic spinal cord injury? *Spinal Cord*. 2013;51:202–8

© ILA, s.r.o. Co je SEMAFOR home. *SEMAFOR home* [online]. Praha: ILA, s.r.o., 2019 [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <http://semaforhome.com/cs/popis-metodiky/>.

JELÍNKOVÁ, J. a M. KRIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů, 2007.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. a ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KANG Y., DING, H., ZHOU, H., WEI, Z., LIU, L., PAN, D., FENG, S. Epidemiology of worldwide spinal cord injury: a literature review. *Journal of Neurorestoratology*, 2018, 6, pp. 1-9

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOLÁŘ, P. et al. *Základy klinické rehabilitace*. První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. 167 stran. ISBN 978-80-7492-219-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KŘÍŽ, J. et al. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. První vydání. Praha: Galén, [2019], ©2019, 532 stran. ISBN 978-80-7492-424-8.

KŘÍŽ, J. a kol., Mezinárodní standardy pro neurologickou klasifikaci míšního poranění - revize 2013. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014, 77/110(1), 77-81.

KŘÍŽ, J. a V. HYŠPERSKÁ. Vývoj neurologického a funkčního obrazu po poranění míchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014, 77(110), 186-195 ISSN 1802-4041.

KŘÍŽ, J. a Š. CHVOSTOVÁ. Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšní lézi. *Neurologie pro praxi*. 2009, 10(3), 143-147.

LAW, M. et al., *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. ISBN:978-80-254-2744-6

MACHÁČOVÁ, K. a kol., *SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: ILA, s.r.o., 2014.

MILLER, W., CHAN, C. *Spinal cord independence Measure (SCIM)* [online]. SCIRE 2020 [cit. 2020-1-28]. Dostupné z: <https://scireproject.com/outcome-measures/outcome-measure-tool/spinal-cord-independence-measure-scim/>.

NIX, J. a T. COMANS. Home Quick-Occupational Therapy Home Visits Using mHealth, to Facilitate Discharge from Acute Admission Back to the Community. *International Journal of Telerehabilitation* [online]. 2017, 9 (1), 47-54 [cit. 2020-02-07]. ISSN 19452020. Dostupné z: <http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/6218>

POLÁČKOVÁ, K. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. ISBN 978-80-260-8753-3.

ROBNETT R. et al. Validation of the Safe at Home Screening with Adults Who Have Acquired Brain Injury. *Occupational therapy in health care*. 2015, 30(1), 16-28. ISSN 07380577

ROGERS, C., R.: *Způsob bytí*, Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-233-5

SPINÁLNÍ JEDNOTKA PRAHA. *Očekávané funkční výsledky u motoricky kompletních míšních lézí*. [online] Spinální jednotka při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN v Motole, 2018. [cit. 2020-02-13] Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/publikace/>.

SUDDICK, K. and O'NEILL, A. Reintegration and rehabilitation after spinal cord injury: a small-scale pilot study, *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2009, 16(10) pp. 535-544

SUMSION, T. A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 2000, 63(7), 304–309.

ŠÁMAL, F., M. OUZKÝ a P. HANINEC. Míšní léze z pohledu neurochirurga. *Neurologie pro praxi*. 2017, 18(6), 386-388.

ŠESTÁKOVÁ, I. a LUPAČ, P.. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. Praha: Grada, 2010. Stavitel. ISBN 978-80-247-3225-1.

ŠTĚPÁNOVÁ, J. *Metody subjektivního a objektivního monitoringu pohybové aktivity u osob s transverzální míšní lézí*. Olomouc, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné kultury. Vedoucí práce Mgr. BEDNAŘÍKOVÁ, M.

ŠVESTKOVÁ, O. et al. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 319 stran. ISBN 978-80-271-0084-2

ŠVESTKOVÁ, O., K. SVĚCENÁ. Ergoterapie jako součást interprofesní rehabilitace. *Rehabilitácia*. 2014, 51 (3), 176-190. ISSN 0375-0922.

VAŠÍČKOVÁ, L. *Dobře pracovat na vozíku vyžaduje dobře sedět*. Vydání první. Brno: Paracentrum Fenix, 2015. 118 s. ISBN 978-80-260-7896-8.

VERHOEF, J. A. C. et al. Improved Occupational Performance of Young Adults with a Physical Disability After a Vocational Rehabilitation Intervention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2013, 24(1), 42–51.

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207s. ISBN 80-246-0708-5

WENDSCHE, P. a kol. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.

ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 55/2011 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 268/2009 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-268>.

ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 388/2011 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>.

ZÁKONY PRO LIDI. Vyhláška č. 398/2009 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-398>.

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 183/2006 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2019 [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-183>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A	80
Příloha 2 Fotografie z pracovního prostředí - proband A.....	90
Příloha 3 Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband B	91
Příloha 4 Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband C	99
Příloha 5 Neurologická klasifikace míšního poranění - protokol ASIA	109
Příloha 6 Dotazník SCIM - III. verze, 1. část	110
Příloha 7 Dotazník SCIM - III. verze, 2. část	111
Příloha 8 Plakát k bakalářské práci.....	112
Příloha 9 Informovaný souhlas s účastí na bakalářské práci	113

PŘÍLOHY

Příloha 1 Hodnocení dle metodiky SEMAFOR home, proband A

Hodnocení

dle metodiky SEMAFOR home

Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home

Hodnocení ke dni: 29. 02. 2020

Klient

██████████
██
Pohlaví: muž
████████████████████
██████████

Diagnóza: kompletní míšní léze Th7
Převažující motorická omezení: paraplegie
Trvání motorického omezení: od roku 2008
Očekávaná progrese motorického omezení: trvalý stav
Lokomoce: mechanický vozík
Kognitivní stav: orientován místem, časem, osobou

Domácnost

Způsob bydlení:
Charakter bydlení:
Typ bydlení:

Subjektivní hodnocení
bariér

Celkové skóre: 27
Průměr: 47

Objektivní hodnocení
bariér

Celkové skóre: 109

Počet bariér na úrovni 0:	62
Počet bariér na úrovni 1:	9
Počet bariér na úrovni 2:	18
Počet bariér na úrovni 3:	0

Foto dokumentace

- Vstup do obydlí
- Výtah
- Šířka/ typ dveří do koupelny
- Výška prahu

Další postup – závěr

PŘÍLOHA I Subjektivní hodnocení bariér

VSTUP DO OBYDLÍ

Vcházení a odcházení do/z obydlí (přístupová cesta, vstupní branka, výškové rozdíly – schody, prahy) 1 = velmi spokojen(a)

Ovládání dveří 2 = spíše spokojen(a)

VSTUP DO DOMÁCNOSTI

Vcházení a odcházení do/z domácnosti (výškové rozdíly – schody, prahy) 1 = velmi spokojen(a)

Ovládání dveří 1= velmi spokojen(a)

Přijímání návštěv (komunikace s návštěvou – kukátko, domácí telefon) 2 = spíše spokojen(a)

Vyzvedávání pošty ze schránky 1 = velmi spokojen(a)

schránka umístěna v dosahové vzdálenosti

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností a manipulační prostor v nich) 2 = spíše spokojen(a)

Větrání a zatemňování oken 2 = spíše spokojen(a)

Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace) 2 = spíše spokojen(a)

Provádění denního úklidu (uklizení předmětů denní potřeby, poklizení drobných nečistot) 2 = spíše spokojen(a)

Provádění týdenního úklidu (utírání prachu, luxování, vytírání, úklid koupelny a WC) X = danou činnost neprovádím

provádí manželka

Péče o prádlo (praní, sušení a žehlení prádla)

X = danou činnost neprovádím

provádí manželka

Ukládání a vyjímání věcí denní potřeby do/z úložných prostor (oblečení, obuv, potraviny, čisticí přípravky atd.) 2 = spíše spokojen(a)

KOUPELNA

Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.) 2 = spíše spokojen(a)

Hygiena celého těla

2 = spíše spokojen(a)

u vany madlo

WC

Vykonávání fyziologické potřeby 2 = spíše spokojen(a)

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Příprava jednoduchých pokrmů (studené pokrmy, nápoje, ohřívání pokrmů)	2 = spíše spokojen(a)	
Příprava složitějších pokrmů (vaření)	2 = spíše spokojen(a)	převážně vaří manželka
Udržování čistoty	2 = spíše spokojen(a)	
Manipulování s domácím odpadem	2 = spíše spokojen(a)	
Stravování/ stolování	1 = velmi spokojen(a)	

LOŽNICE

Ukládání se ke spánku a vstávání	2 = spíše spokojen(a)
----------------------------------	-----------------------

OBÝVACÍ POKOJ

Relaxace a trávení volného času	1 = velmi spokojen(a)
Setkávání se s přáteli/rodinou	1 = velmi spokojen(a)

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Vykonávání osobních aktivit (studium, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování soukromých aktivit)	2 = spíše spokojen(a)
Komunikace s okolím pomocí telefonu nebo počítače	1 = velmi spokojen(a)

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Péče o zdraví (dodržovat léčebný režim, provádět léčebná opatření)	2 = spíše spokojen(a)
--	-----------------------

TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory)

Přístup a využívání technických prostor	1 = velmi spokojen(a)
---	-----------------------

VENKOVNÍ PROSTOR (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Přístup a využívání venkovních prostor	4 = velmi nespokojen(a)
--	-------------------------

PŘÍLOHA 2 Objektivní hodnocení bariér

Závažnosti bariéry

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje a/nebo nepředstavuje pro klienta problém)
1 = bariéra, kterou je klient se zvýšeným úsilím schopen překonat vlastními silami nebo s pomůckami, které již doma má a umí s nimi zacházet
2 = bariéra, kterou je klient schopen překonat pouze s adekvátní dopomocí druhé osoby
3 = bariéra, kterou není klient schopen překonat ani s adekvátní dopomocí druhé osoby

Četnost potřeby bariéru překonávat

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje nebo ji klient nemá potřebu a/nebo zájem překonávat)
1 = maximálně 1x měsíčně
2 = maximálně 1x týdně
3 = více než 1x týdně
4 = alespoň 1x denně
5 = více než 1x denně

VSTUP DO OBYDLÍ

Přístupová cesta neumožňuje vstup (povrch, šířka, sklon, charakter, vstupní branka)

0 4

Schody/výškové rozdíly neumožňují vstup

0 4



Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup

0 4

Sklon v okolí dveří neumožňuje vstup

0 4

Šířka dveří neumožňuje průchod

0 4

Výška prahu neumožňuje průchod	0	4
Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	1	4
Výtah neumožňuje jeho užívání (velikost, manipulační prostor v jeho okolí, zavírání/otevírání dveří, umístění tlačítek)	0	4



VSTUP DO DOMÁCNOSTI

Schody/ výškové rozdíly neumožňují vstup	0	4
Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup	0	4
Šířka dveří neumožňuje průchod	0	4
Výška prahu neumožňuje průchod	0	4
Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	0	4
Umístění/typ nebo absence kukátka ve dveřích neumožňují jeho použití	2	2
Umístění/typ nebo absence domácího telefonu neumožňují jeho použití	1	2
Umístění (kde a jak) a/nebo způsob ovládání poštovní schránky neumožňují její užívání	0	3

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Výškové rozdíly (netýká se prahů) v rámci jednoho podlaží neumožňují přístup do některých částí domácnosti	0	0
--	---	---

Schodiště mezi podlažími neumožňuje přístup do některých částí domácnosti	0	0	
Úzké prostory neumožňují pohyb mezi jednotlivými částmi domácnosti	1	5	●
Umístění a/ nebo způsob ovládání úložných prostor neumožňují jejich užívání	1	5	●
Umístění oken a/ nebo způsob jejich ovládání neumožňují manipulaci (otevírání/ zavírání/ zatemnění)	1	3	●
Umístění ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/ klimatizace) neumožňuje jejich užívání	1	3	●
Konstrukce ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace) neumožňuje jejich užívání	1	3	●
Absence vhodného prostoru neumožňuje ukládání kompenzačních pomůcek (vozík, skútr, elektrický vozík, čtyřkolka, zvedák) – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3 a četnost dle potřeby, v ostatních případech ohodnoťte jako nerelevantní	0	0	

KOUPELNA

Manipulační prostor v okolí dveří do koupelny neumožňuje průchod	0	5	
Šířka/typ dveří do koupelny neumožňuje průchod	0	5	





šířka dveří byla
poupravena
(rozšířena)
kvůli snadnějšímu
průjezdu vozíkem



Výška prahu ve dveřích do koupelny neumožňuje průchod	0	5	
Povrch podlahové krytiny v koupelně neumožňuje bezpečný pohyb	0	0	
Manipulační prostor v koupelně neumožňuje potřebný pohyb	1	5	●
Konstrukce/velikost vany neumožňuje její užívání	1	4	●

Konstrukce/velikost sprchového koutu neumožňuje jeho užívání	0	0	
Umístění doplňků a hygienických potřeb ve sprše/vaně neumožňuje jejich užívání	0	4	
Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky ve vaně/sprchovém koutě neumožňují manipulaci s vodou	0	4	
Umístění a/nebo konstrukce držáku na sprchu nebo jeho umístění neumožňují její užívání	0	4	
Sklon podlahy s vodovodním odpadem/vjezdny sprchový kout neumožňuje potřebný odtok vody	0	0	
Umístění a/nebo konstrukce umyvadla neumožňují jeho užívání	1	5	
Zaplněný prostor pod umyvadlem neumožňuje jeho užívání	1	5	
Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky v umyvadle neumožňuje manipulaci s vodou	1	5	

WC

Manipulační prostor v okolí dveří na WC neumožňuje průchod	0	5	
Šířka/typ dveří na WC neumožňuje průchod	0	5	šířka dveří poupravena
Výška prahu ve dveřích na WC neumožňuje průchod	0	5	
Povrch podlahové krytiny na WC neumožňuje bezpečný pohyb	0	0	
Manipulační prostor na WC neumožňuje potřebný pohyb	1	5	
Umístění a/nebo výška WC mísy neumožňuje (znesnadňuje) její užívání	1	5	
Typ splachovacího zařízení neumožňuje jeho užívání	0	5	
Umístění toaletního papíru neumožňuje jeho užívání	0	4	

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	5	
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	5	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	5	
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0	
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	1	4	
Umístění pracovní desky neumožňuje její užívání	0	4	
Zaplněný prostor pod pracovní deskou pro práci vsedě neumožňuje její užívání	0	4	
Umístění a/ nebo konstrukce dřezu neumožňují jeho užívání	1	3	

Zaplněný prostor pod dřezem neumožňuje jeho užívání	1	3	●
Umístění a/ nebo konstrukce baterie/ zátky ve dřezu neumožňují manipulaci s vodou	1	3	●
Umístění a/ nebo konstrukce odpadkového koše neumožňují jeho užívání	0	2	
Umístění kuchyňských spotřebičů (lednice, varná deska, trouba, malé domácí spotřebiče, pračka) neumožňuje jejich užívání	1	4	●
Konstrukce kuchyňských spotřebičů neumožňuje jejich užívání	1	3	●
Umístění a/nebo konstrukce kuchyňských úložných prostor neumožňují jejich užívání	1	4	●
Absence jídelního stolu neumožňuje stravování – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 62 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte obě jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázce 62	0	0	
Ergonomie jídelního stolu neumožňuje jeho užívání	0	5	

LOŽNICE

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	5	
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	5	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	5	



Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0	
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	0	5	
Umístění a/nebo konstrukce postele neumožňují její užívání	1	4	●

Umístění a/nebo způsob ovládnání osvětlení u postele neumožňují jeho užívání	0	4
--	---	---

Umístění a/nebo konstrukce ostatního nábytku neumožňují jeho užívání	1	3
--	---	---

OBÝVACÍ POKOJ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	5
--	---	---

Šířka a/nebo typ dveří neumožňují průchod	0	5
---	---	---

Výška prahu neumožňuje průchod	0	5
--------------------------------	---	---

Nevhodná podlahová krytina neumožňuje potřebný pohyb	0	0
--	---	---

Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	0	5
---	---	---

Umístění a/nebo konstrukce nábytku neumožňují jeho užívání	1	4
--	---	---

Umístění a/nebo způsob ovládnání audiovizuálních zařízení neumožňují jejich užívání	0	3
---	---	---

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Absence pracovního místa neumožňuje vykonávat pracovní/vzdělávací/volnočasové aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 79 a 80 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 79 a 80	0	0
--	---	---

Ergonomie pracovního místa (stůl, úložné prostory, pracovní deska, židle/místo na vozík) neumožňuje jeho užívání	1	4
--	---	---

Umístění a/nebo způsob ovládnání pracovních/vzdělávacích/volnočasových pomůcek a nástrojů neumožňují jejich užívání	0	4
---	---	---

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Absence rehabilitačního místa neumožňuje vykonávat rehabilitační aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázky 82 a 83 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 82 a 83	0	0
---	---	---

Ergonomie rehabilitačního místa neumožňuje jeho užívání	0	3
---	---	---

Umístění rehabilitačních pomůcek neumožňuje jejich užívání	0	3
--	---	---

TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, púda, prádelna, skladovací prostory)

Charakter vstupu neumožňuje užívaní daných prostor	0	2
--	---	---

Velikost a charakter místnosti neumožňuje užívaní daného prostoru	0	1
---	---	---

VENKOVNÍ PROSTORY (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	4
--	---	---

Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	4
------------------------------------	---	---

Výška prahu neumožňuje průchod	0	4
--------------------------------	---	---

Venkovní prostor neumožňuje jeho užívaní (velikost, povrch, charakter)	2	2
--	---	---



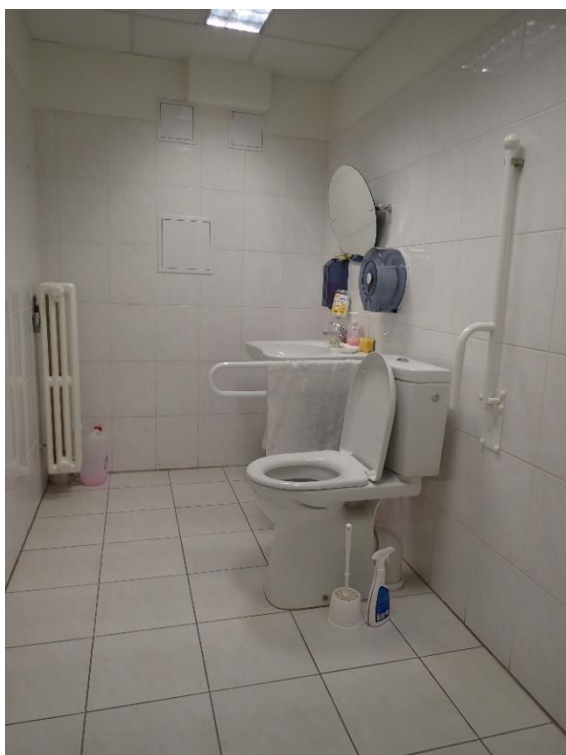
Příloha 2 Fotografie z pracovního prostředí - proband A

Obrázek 7 Pracovní prostor - vchod do zaměstnání, proband A



Zdroj: Proband A

Obrázek 8 Pracovní prostor - toaleta, proband A



Zdroj: Proband A

PŘÍLOHA I Subjektivní hodnocení bariér

VSTUP DO OBYDLÍ

Vcházení a odcházení do/z obydlí (přístupová cesta, vstupní branka, výškové rozdíly – schody, prahy)	2 = spíše spokojen(a)
Ovládání dveří	3 = spíše nespokojen(a)

VSTUP DO DOMÁCNOSTI

Vcházení a odcházení do/z domácnosti (výškové rozdíly – schody, prahy)	2 = spíše spokojen(a)	
Ovládání dveří	2 = spíše spokojen(a)	
Přijímání návštěv (komunikace s návštěvou – kukátko, domácí telefon)	X = danou činnost neprovádím	
Vyzvedávání pošty ze schránky	X = danou činnost neprovádím	provádí rodiče

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností a manipulační prostor v nich)	2 = spíše spokojen(a)	
Větrání a zatemňování oken	X = danou činnost neprovádím	provádí rodina
Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace)	3 = spíše nespokojen(a)	
Provádění denního úklidu (uklizení předmětů denní potřeby, poklizení drobných nečistot)	X = danou činnost neprovádím	provádí rodina
Provádění týdenního úklidu (utírání prachu, luxování, vytírání, úklid koupelny a WC)	X = danou činnost neprovádím	provádí rodina
Péče o prádlo (praní, sušení a žehlení prádla)	X = danou činnost neprovádím	provádí rodina
Ukládání a vyjímání věcí denní potřeby do/z úložných prostor (oblečení, obuv, potraviny, čisticí přípravky atd.)	X = danou činnost neprovádím	provádí rodina či asistent

KOUPELNA

Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.)	2 = spíše spokojen(a)
Hygiena celého těla	3 = spíše nespokojen(a)

WC

Vykonávání fyziologické potřeby	3 = spíše nespokojen(a)
---------------------------------	-------------------------

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Příprava jednoduchých pokrmů (studené pokrmy, nápoje, ohřívání pokrmů) X = danou činnost neprovádím

Příprava složitějších pokrmů (vaření) X = danou činnost neprovádím

Udržování čistoty X = danou činnost neprovádím

Manipulování s domácím odpadem X = danou činnost neprovádím

Stravování/ stolování 2 = spíše spokojen(a)

LOŽNICE

Ukládání se ke spánku a vstávání 4 = velmi nespokojen(a) elektrické polohovací lůžko v řešení

OBÝVACÍ POKOJ

Relaxace a trávení volného času 2 = spíše spokojen(a)

Setkávání se s přáteli/rodinou 2 = spíše spokojen(a)

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Vykonávání osobních aktivit (studium, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování soukromých aktivit) 2 = spíše spokojen(a)

Komunikace s okolím pomocí telefonu nebo počítače 1 = velmi spokojen(a)

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Péče o zdraví (dodržovat léčebný režim, provádět léčebná opatření) 1 = velmi spokojen(a)

TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory)

Přístup a využívání technických prostor X = danou činnost neprovádím

VENKOVNÍ PROSTOR (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Přístup a využívání venkovních prostor 4 = velmi nespokojen(a)

PŘÍLOHA 2 Objektivní hodnocení bariér




Závažnosti bariéry

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje a/nebo nepředstavuje pro klienta problém)
1 = bariéra, kterou je klient se zvýšeným úsilím schopen překonat vlastními silami nebo s pomůckami, které již doma má a umí s nimi zacházet
2 = bariéra, kterou je klient schopen překonat pouze s adekvátní dopomocí druhé osoby
3 = bariéra, kterou není klient schopen překonat ani s adekvátní dopomocí druhé osoby


Četnost potřeby bariéru překonávat

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje nebo ji klient nemá potřebu a/nebo zájem překonávat)
1 = maximálně 1x měsíčně
2 = maximálně 1x týdně
3 = více než 1x týdně
4 = alespoň 1x denně
5 = více než 1x denně

VSTUP DO OBYDLÍ



Přístupová cesta neumožňuje vstup (povrch, šířka, sklon, charakter, vstupní branka)	2	3	
Schody/výškové rozdíly neumožňují vstup	0	0	
Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup	2	3	
Sklon v okolí dveří neumožňuje vstup	2	3	
Šířka dveří neumožňuje průchod	0	3	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	3	
Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	3	3	potřebuje plnou asistenci
Výtah neumožňuje jeho užívání (velikost, manipulační prostor v jeho okolí, zavírání/otevírání dveří, umístění tlačítek)	0	0	

VSTUP DO DOMÁCNOSTI




Schody/ výškové rozdíly neumožňují vstup	0	0	
Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup	2	3	
Šířka dveří neumožňuje průchod	0	3	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	3	
Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	3	3	potřebuje plnou asistenci



Umístění/typ nebo absence kukátka ve dveřích neumožňují jeho použití	0	0	kukátko není součástí dveří
Umístění/typ nebo absence domácího telefonu neumožňují jeho použití	0	0	v domácnosti není přítomen
Umístění (kde a jak) a/nebo způsob ovládnání poštovní schránky neumožňují její užívání	0	0	klient nevyzvedává poštu ze schránky

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Výškové rozdíly (netýká se prahů) v rámci jednoho podlaží neumožňují přístup do některých částí domácnosti	0	0	klient se pohybuje pouze v přízemní části RD
Schodiště mezi podlažími neumožňuje přístup do některých částí domácnosti	0	0	
Úzké prostory neumožňují pohyb mezi jednotlivými částmi domácnosti	1	4	
Umístění a/ nebo způsob ovládnání úložných prostor neumožňují jejich užívání	0	0	věci z úložných prostor vyndávají rodiče/ asistent
Umístění oken a/ nebo způsob jejich ovládnání neumožňují manipulaci (otevírání/ zavírání/ zatemnění)	0	0	klient neovládá/ nemanipuluje s okny
Umístění ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/ klimatizace) neumožňuje jejich užívání	2	3	
Konstrukce ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace) neumožňuje jejich užívání	0	0	
Absence vhodného prostoru neumožňuje ukládání kompenzačních pomůcek (vozík, skútr, elektrický vozík, čtyřkolka, zvedák) – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3 a četnost dle potřeby, v ostatních případech ohodnoťte jako nerelevantní	0	0	

KOUPELNA



Manipulační prostor v okolí dveří do koupelny neumožňuje průchod	2	3	
Šířka/typ dveří do koupelny neumožňuje průchod	0	3	
Výška prahu ve dveřích do koupelny neumožňuje průchod	0	3	
Povrch podlahové krytiny v koupelně neumožňuje bezpečný pohyb	0	0	
Manipulační prostor v koupelně neumožňuje potřebný pohyb	1	3	
Konstrukce/velikost vany neumožňuje její užívání	0	0	
Konstrukce/velikost sprchového koutu neumožňuje jeho užívání	1	3	
Umístění doplňků a hygienických potřeb ve sprše/vaně neumožňuje jejich užívání	0	3	
Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky ve vaně/sprchovém koutě neumožňují manipulaci s vodou	0	3	

Umístění a/nebo konstrukce držáku na sprchu nebo jeho umístění neumožňují její užívání	1	3	
Sklon podlahy s vodovodním odpadem/vjezdny sprchový kout neumožňuje potřebný odtok vody	0	0	
Umístění a/nebo konstrukce umyvadla neumožňují jeho užívání	0	5	
Zaplňený prostor pod umyvadlem neumožňuje jeho užívání	0	5	
Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky v umyvadle neumožňuje manipulaci s vodou	1	5	

WC

Manipulační prostor v okolí dveří na WC neumožňuje průchod	0	3	
Šířka/typ dveří na WC neumožňuje průchod	0	3	
Výška prahu ve dveřích na WC neumožňuje průchod	0	3	
Povrch podlahové krytiny na WC neumožňuje bezpečný pohyb	0	0	
Manipulační prostor na WC neumožňuje potřebný pohyb	3	3	
Umístění a/nebo výška WC mísy neumožňuje (znesnadňuje) její užívání	3	3	u použití toalety klient potřebuje plnou asistenci
Typ splachovacího zařízení neumožňuje jeho užívání	3	3	
Umístění toaletního papíru neumožňuje jeho užívání	3	3	ovládání svěračů (močový měchýř) – permanentní katetr; ovládání svěračů (střevo) - pravidelné načasování, avšak nutná asistence např. při zavedení čípků

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	1	4	
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	4	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	4	
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0	
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	1	4	
Umístění pracovní desky neumožňuje její užívání	0	0	
Zaplňený prostor pod pracovní deskou pro práci vsedě neumožňuje její užívání	0	0	činnosti v kuchyni klient nevykonává
Umístění a/ nebo konstrukce dřezu neumožňují jeho užívání	0	0	
Zaplňený prostor pod dřezem neumožňuje jeho užívání	0	0	

Umístění a/ nebo konstrukce baterie/ zátky ve dřezu neumožňují manipulaci s vodou	0	0
Umístění a/ nebo konstrukce odpadkového koše neumožňují jeho užívání	0	0
Umístění kuchyňských spotřebičů (lednice, varná deska, trouba, malé domácí spotřebiče, pračka) neumožňuje jejich užívání	0	0
Konstrukce kuchyňských spotřebičů neumožňuje jejich užívání	0	0
Umístění a/nebo konstrukce kuchyňských úložných prostor neumožňují jejich užívání	0	0
Absence jídelního stolu neumožňuje stravování – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 62 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte obě jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázce 62	0	0

Ergonomie jídelního stolu neumožňuje jeho užívání

1 4



LOŽNICE

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	1	5
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	5
Výška prahu neumožňuje průchod	0	5
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	1	5
Umístění a/nebo konstrukce postele neumožňují její užívání	0	5
Umístění a/nebo způsob ovládání osvětlení u postele neumožňují jeho užívání	0	5



Umístění a/nebo konstrukce ostatního nábytku neumožňují jeho užívání

0 0

věci z úložných prostor vydávají rodiče/ asistent

OBÝVACÍ POKOJ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	1	4
Šířka a/nebo typ dveří neumožňují průchod	0	4
Výška prahu neumožňuje průchod	0	4
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje potřebný pohyb	0	0
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	0	4
Umístění a/nebo konstrukce nábytku neumožňují jeho užívání	0	0



obývací pokoj součástí kuchyně

Umístění a/nebo způsob ovládnání audiovizuálních zařízení neumožňují jejich užívání	0	0
---	---	---

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Absence pracovního místa neumožňuje vykonávat pracovní/vzdělávací/volnočasové aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 79 a 80 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 79 a 80	0	0
--	---	---

Ergonomie pracovního místa (stůl, úložné prostory, pracovní deska, židle/místo na vozík) neumožňuje jeho užívání	1	4
--	---	---

Umístění a/nebo způsob ovládnání pracovních/vzdělávacích/volnočasových pomůcek a nástrojů neumožňují jejich užívání	1	4
---	---	---

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Absence rehabilitačního místa neumožňuje vykonávat rehabilitační aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázky 82 a 83 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 82 a 83	0	0
---	---	---

ke klientovi dochází
fyzioterapeutka

Ergonomie rehabilitačního místa neumožňuje jeho užívání	0	4
---	---	---

Umístění rehabilitačních pomůcek neumožňuje jejich užívání	3	4
--	---	---

TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory)

Charakter vstupu neumožňuje užívání daných prostor	0	0
--	---	---

Velikost a charakter místnosti neumožňuje užívání daného prostoru	0	0
---	---	---

VENKOVNÍ PROSTORY (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	2	1
--	---	---

Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	1
------------------------------------	---	---

Výška prahu neumožňuje průchod	0	1
--------------------------------	---	---

Venkovní prostor neumožňuje jeho užívání (velikost, povrch, charakter)	0	1
--	---	---

venkovní prostor navštěvuje
v závislosti na počasí

Hodnocení

dle metodiky SEMAFOR home

Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home

Hodnocení ke dni: 01. 03. 2020

Klient

Pohlaví: Žena

Diagnóza: kompletní míšňí léze C4-C6
Převažující motorická omezení: kvadruplegie (částečně ochrnuté ruce)
Trvání motorického omezení: od roku 2013
Očekávaná progresa motorického omezení: trvalý stav
Lokomoce: mechanický vozík
Kognitivní stav: orientována místem, časem, osobou

Domácnost

Způsob bydlení: s rodinou
Charakter bydlení: vlastní
Typ bydlení: vícepodlažní RD

Subjektivní hodnocení
bariér

Celkové skóre: 22
Průměr: 49

Objektivní hodnocení
bariér

Celkové skóre: 152

Počet bariér na úrovni 0:	62
Počet bariér na úrovni 1:	5
Počet bariér na úrovni 2:	16
Počet bariér na úrovni 3:	2

Foto dokumentace

- Schody/ výškové rozdíly neumožňují vstup – plošina
- Vchod do domácnosti
- Umístění/ konstrukce umyvadla + manipulační prostor v koupelně
- Ergonomie rehabilitačního místa

Další postup – závěr

PŘÍLOHA I Subjektivní hodnocení bariér

VSTUP DO OBYDLÍ

Vcházení a odcházení do/z obydlí (přístupová cesta, vstupní branka, výškové rozdíly – schody, prahy)	3 = spíše nespokojen(a)	
Ovládání dveří	2 = spíše spokojen(a)	vchodové dveře na automatické elektrické ovládání

VSTUP DO DOMÁCNOSTI

Vcházení a odcházení do/z domácnosti (výškové rozdíly – schody, prahy)	3 = spíše nespokojen(a)	vstup do domácnosti – 6 schodů, vyřešeno plošinou
Ovládání dveří	1= velmi spokojen(a)	
Přijímání návštěv (komunikace s návštěvou – kukátko, domácí telefon)	4 = velmi nespokojen(a)	návštěvu do domácnosti používá matka
Vyzvedávání pošty ze schránky	X = danou činnost neprovádím	provádí matka

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Pohyb v domácnosti (přístup do jednotlivých místností a manipulační prostor v nich)	1 = velmi spokojen(a)	
Větrání a zatemňování oken	2 = spíše spokojen(a)	větrání sama nezvládne, žaluzie ano
Ovládání jednotlivých prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace)	2 = spíše spokojen(a)	sama zvládne pouze vypínače a topení
Provádění denního úklidu (uklizení předmětů denní potřeby, poklizení drobných nečistot)	3 = spíše nespokojen(a)	zvládne max. otřít stůl, umýt nádobí
Provádění týdenního úklidu (utírání prachu, luxování, vytírání, úklid koupelny a WC)	4 = velmi nespokojen(a)	zvládne pouze utřít prach v dostupné výšce
Péče o prádlo (praní, sušení a žehlení prádla)	X = danou činnost neprovádím	provádí matka
Ukládání a vyjímání věcí denní potřeby do/z úložných prostor (oblečení, obuv, potraviny, čisticí přípravky atd.)	X = danou činnost neprovádím	

KOUPELNA

Osobní hygiena (mytí a sušení rukou, česání, holení, ústní hygiena, péče o nehty atd.)	2 = spíše spokojen(a)	sama zvládne vše kromě holení a stříhání nehtů
Hygiena celého těla	X = danou činnost neprovádím	nutná asistence

WC

Vykonávání fyziologické potřeby	X = danou činnost neprovádím	nutná asistence
---------------------------------	------------------------------	-----------------

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Příprava jednoduchých pokrmů (studené pokrmy, nápoje, ohřívání pokrmů)	2 = spíše spokojen(a)	zvládne s dopomocí
Příprava složitějších pokrmů (vaření)	X = danou činnost neprovádím	
Udržování čistoty	2 = spíše spokojen(a)	
Manipulování s domácím odpadem	3 = spíše nespokojen(a)	zvládne pouze vyhodit nečistoty do odpadkového koše
Stravování/ stolování	1 = velmi spokojen(a)	

LOŽNICE

Ukládání se ke spánku a vstávání	4 = velmi nespokojen(a)	klientka potřebuje napolohovat
----------------------------------	-------------------------	--------------------------------

OBÝVACÍ POKOJ

Relaxace a trávení volného času	2 = spíše spokojen(a)	
Setkávání se s přáteli/rodinou	2 = spíše spokojen(a)	

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Vykonávání osobních aktivit (studium, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování soukromých aktivit)	1 = velmi spokojen(a)	
Komunikace s okolím pomocí telefonu nebo počítače	1 = velmi spokojen(a)	

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Péče o zdraví (dodržovat léčebný režim, provádět léčebná opatření)	1 = velmi spokojen(a)	v domácnosti upravená „tělocvična“ s matrací a rotronem – viz fotografie v objektivní části
--	-----------------------	---

TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, půda, prádelna, skladovací prostory)

Přístup a využívání technických prostor	X = danou činnost neprovádím	
---	------------------------------	--

VENKOVNÍ PROSTOR (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Přístup a využívání venkovních prostor	3 = spíše nespokojen(a)	upravený vjezd na zahradu, nutná dopomoc druhé osoby (asistence)
--	-------------------------	--

PŘÍLOHA 2 Objektivní hodnocení bariér

Závažnosti bariéry

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje a/nebo nepředstavuje pro klienta problém)
- 1 = bariéra, kterou je klient se zvýšeným úsilím schopen překonat vlastními silami nebo s pomůckami, které již doma má a umí s nimi zacházet
- 2 = bariéra, kterou je klient schopen překonat pouze s adekvátní dopomocí druhé osoby
- 3 = bariéra, kterou není klient schopen překonat ani s adekvátní dopomocí druhé osoby

Četnost potřeby bariéru překonávat

- 0 = není relevantní (v daném prostředí se nevyskytuje nebo ji klient nemá potřebu a/nebo zájem překonávat)
- 1 = maximálně 1x měsíčně
- 2 = maximálně 1x týdně
- 3 = více než 1x týdně
- 4 = alespoň 1x denně
- 5 = více než 1x denně

VSTUP DO OBYDLÍ

Přístupová cesta neumožňuje vstup (povrch, šířka, sklon, charakter, vstupní branka)

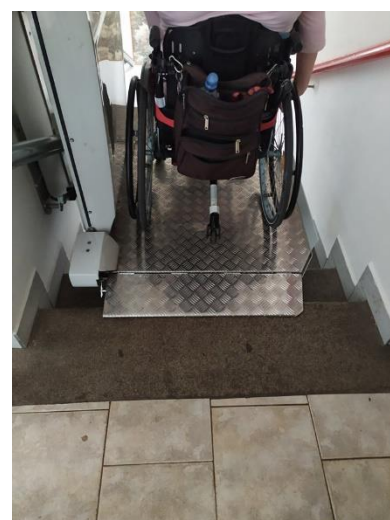
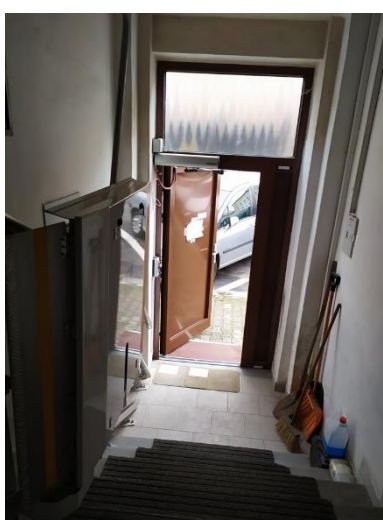
2 5



Schody/výškové rozdíly neumožňují vstup

0 5

k dispozici plošina



Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup

0 5

Sklon v okolí dveří neumožňuje vstup

1 5



Šířka dveří neumožňuje průchod

0 5

Výška prahu neumožňuje průchod

0 5

doporučení – odstranění rohožky

Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	1	5
---	---	---

Výtah neumožňuje jeho užívání (velikost, manipulační prostor v jeho okolí, zavírání/otevírání dveří, umístění tlačítek)	0	0
---	---	---

VSTUP DO DOMÁCNOSTI

Schody/ výškové rozdíly neumožňují vstup	0	0
--	---	---

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje vstup	0	5
--	---	---

Šířka dveří neumožňuje průchod	0	5
--------------------------------	---	---

Výška prahu neumožňuje průchod	0	5
--------------------------------	---	---



Způsob otvírání/zavírání dveří neumožňuje průchod (úchop kliky, typ zámku, těžké nebo rychle se zavírající dveře)	1	5
---	---	---

Umístění/typ nebo absence kukátka ve dveřích neumožňují jeho použití	0	0	návštěvy do domácnosti přijímá matka
--	---	---	--------------------------------------

Umístění/typ nebo absence domácího telefonu neumožňují jeho použití	0	0
---	---	---

Umístění (kde a jak) a/nebo způsob ovládání poštovní schránky neumožňují její užívání	0	0	klientka nevyzvedává poštu ze schránky
---	---	---	--

SPOLEČNÉ PRVKY DOMÁCNOSTI

Výškové rozdíly (netýká se prahů) v rámci jednoho podlaží neumožňují přístup do některých částí domácnosti	0	0
--	---	---

Schodiště mezi podlažími neumožňuje přístup do některých částí domácnosti	0	0
---	---	---

Úzké prostory neumožňují pohyb mezi jednotlivými částmi domácnosti	0	5
--	---	---

Umístění a/ nebo způsob ovládání úložných prostor neumožňují jejich užívání	0	0
Umístění oken a/ nebo způsob jejich ovládání neumožňují manipulaci (otevírání/ zavírání/ zatemnění)	2	3
Umístění ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/ klimatizace) neumožňuje jejich užívání	2	4
Konstrukce ovládacích prvků domácnosti (vypínače, zásuvky, alarm, topení/klimatizace) neumožňuje jejich užívání	2	4
Absence vhodného prostoru neumožňuje ukládání kompenzačních pomůcek (vozík, skútr, elektrický vozík, čtyřkolka, zvedák) – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3 a četnost dle potřeby, v ostatních případech ohodnoťte jako nerelevantní	0	0

KOUPELNA

Manipulační prostor v okolí dveří do koupelny neumožňuje průchod	0	5
Šířka/typ dveří do koupelny neumožňuje průchod	0	5
Výška prahu ve dveřích do koupelny neumožňuje průchod	0	5
Povrch podlahové krytiny v koupelně neumožňuje bezpečný pohyb	0	0
Manipulační prostor v koupelně neumožňuje potřebný pohyb	1	3



Konstrukce/velikost vany neumožňuje její užívání	0	0
Konstrukce/velikost sprchového koutu neumožňuje jeho užívání	0	3
Umístění doplňků a hygienických potřeb ve sprše/vaně neumožňuje jejich užívání	1	3

Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky ve vaně/sprchovém koutě neumožňují manipulaci s vodou	1	3	
Umístění a/nebo konstrukce držáku na sprchu nebo jeho umístění neumožňují její užívání	1	3	
Sklon podlahy s vodovodním odpadem/vjezdny sprchový kout neumožňuje potřebný odtok vody	0	0	
Umístění a/nebo konstrukce umyvadla neumožňují jeho užívání	0	5	



v osobní hygieně klientka zvládne vše kromě holení a stříhání nehtů

Zaplněný prostor pod umyvadlem neumožňuje jeho užívání	0	5	
Umístění a/nebo konstrukce baterie/zátky v umyvadle neumožňuje manipulaci s vodou	0	5	

WC

Manipulační prostor v okolí dveří na WC neumožňuje průchod	0	3	
Šířka/typ dveří na WC neumožňuje průchod	0	3	
Výška prahu ve dveřích na WC neumožňuje průchod	0	3	
Povrch podlahové krytiny na WC neumožňuje bezpečný pohyb	0	0	
Manipulační prostor na WC neumožňuje potřebný pohyb	3	3	
Umístění a/nebo výška WC mísy neumožňuje (znesnadňuje) její užívání	3	3	nutná plná asistence
Typ splachovacího zařízení neumožňuje jeho užívání	3	3	
Umístění toaletního papíru neumožňuje jeho užívání	3	3	ovládání svěračů (močový měchýř) – permanentní katetr; ovládání svěračů (střevo) - pravidelné načasování, avšak nutná asistence např. při zavedení čípků

KUCHYŇ A PROSTOR PRO STRAVOVÁNÍ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	4	
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	4	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	4	
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0	
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	1	4	●
Umístění pracovní desky neumožňuje její užívání	1	4	●
Zaplněný prostor pod pracovní deskou pro práci vsedě neumožňuje její užívání	1	4	●
Umístění a/ nebo konstrukce dřezu neumožňují jeho užívání	0	4	
Zaplněný prostor pod dřezem neumožňuje jeho užívání	1	4	●
Umístění a/ nebo konstrukce baterie/ zátky ve dřezu neumožňují manipulaci s vodou	1	4	●
Umístění a/ nebo konstrukce odpadkového koše neumožňují jeho užívání	0	4	
Umístění kuchyňských spotřebičů (lednice, varná deska, trouba, malé domácí spotřebiče, pračka) neumožňuje jejich užívání	1	4	●
Konstrukce kuchyňských spotřebičů neumožňuje jejich užívání	1	4	●
Umístění a/nebo konstrukce kuchyňských úložných prostor neumožňují jejich užívání	1	4	●
Absence jídelního stolu neumožňuje stravování – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 62 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte obě jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázce 62	0	0	
Ergonomie jídelního stolu neumožňuje jeho užívání	0	4	

LOŽNICE

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	5	
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	5	
Výška prahu neumožňuje průchod	0	5	
Nevhodná podlahová krytina neumožňuje pohyb	0	0	
Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	0	5	
Umístění a/nebo konstrukce postele neumožňují její užívání	0	5	

Umístění a/nebo způsob ovládnání osvětlení u postele neumožňují jeho užívání	1	5
--	---	---

Umístění a/nebo konstrukce ostatního nábytku neumožňují jeho užívání	0	0
--	---	---

OBÝVACÍ POKOJ

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	5
--	---	---

Šířka a/nebo typ dveří neumožňují průchod	0	5
---	---	---

Výška prahu neumožňuje průchod	0	5
--------------------------------	---	---

Nevhodná podlahová krytina neumožňuje potřebný pohyb	0	0
--	---	---

Manipulační prostor v místnosti neumožňuje potřebný pohyb	1	5
---	---	---

Umístění a/nebo konstrukce nábytku neumožňují jeho užívání	0	0
--	---	---

Umístění a/nebo způsob ovládnání audiovizuálních zařízení neumožňují jejich užívání	0	0
---	---	---

DOMÁCÍ PRACOVNÍ PROSTOR

Absence pracovního místa neumožňuje vykonávat pracovní/vzdělávací/volnočasové aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázku 79 a 80 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 79 a 80	0	0
--	---	---

Ergonomie pracovního místa (stůl, úložné prostory, pracovní deska, židle/místo na vozík) neumožňuje jeho užívání	0	4
--	---	---

Umístění a/nebo způsob ovládnání pracovních/vzdělávacích/volnočasových pomůcek a nástrojů neumožňují jejich užívání	0	4
---	---	---

DOMÁCÍ PROSTOR PRO REHABILITACI

Absence rehabilitačního místa neumožňuje vykonávat rehabilitační aktivity – pokud je absence vnímána jako bariéra, ohodnoťte závažnost 3, četnost dle potřeby a otázky 82 a 83 označte jako nerelevantní; pokud není absence vnímána jako bariéra, označte vše v této oblasti jako nerelevantní; pokud nejde o absenci, ohodnoťte jako nerelevantní a věnujte pozornost otázkám 82 a 83	0	0
---	---	---

Ergonomie rehabilitačního místa neumožňuje jeho užívání	0	4
---	---	---

Umístění rehabilitačních pomůcek neumožňuje jejich užívání	3	4
--	---	---



TECHNICKÉ PROSTORY (garáž, sklep, púda, prádelna, skladovací prostory)

Charakter vstupu neumožňuje užívaní daných prostor	0	0
Velikost a charakter místnosti neumožňuje užívaní daného prostoru	0	0

VENKOVNÍ PROSTORY (zahrada, terasa, balkón, lodžie)

Manipulační prostor v okolí dveří neumožňuje průchod	0	1
Šířka/typ dveří neumožňuje průchod	0	1
Výška prahu neumožňuje průchod	0	1
Venkovní prostor neumožňuje jeho užívaní (velikost, povrch, charakter)	3	1



Příloha 5 Neurologická klasifikace míšního poranění - protokol ASIA

Obrázek 9 Neurologická klasifikace míšního poranění - protokol ASIA

Jméno pacienta _____ Datum/čas vyš. _____

Jméno vyšetřujícího _____

ASIA MEZINÁRODNÍ STANDARDY PRO NEUROLOGICKOU **ISCOS** KLASIFIKACI MÍŠNÍHO PORANĚNÍ

MOTORIKA KLÍČOVÉ SVALY (testování je na zadní straně)

Segment	P	L
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		

Flexory lokte
Extenzory zápěstí
Extenzory lokte
Flexory prstů (distální falanga prostředníku)
Abduktoři prstů (malík)

HORNÍ KONČETINA CELKEM (MAXIMUM) + =
(25) (25) (50)

MOTORIKA KLÍČOVÉ SVALY (testování je na zadní straně)

Segment	P	L
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

LEHKÝ DOTYK ŠPĚDLÍKEM P L P L
PÍCHNUTÍ ŠPĚDLÍKEM P L P L

0 = chybí
1 = zrněný
2 = normální
NT = netestovatelný

Hluboký anální tlak (ano/ne)
SKÓRE PÍCHNUTÍ ŠPĚDLÍKEM (max. 112)
SKÓRE LEHKÉHO DOTYKU (max. 112) 01

CITLIVOST KLÍČOVÉ BODY

Flexory kyčle
Extenzory kolena
Dorzální flexory hlezna
Dlouhý extenzor palce
Plantární flexory hlezna

Volní anální kontrakce (ano/ne)

DOLNÍ KONČETINA CELKEM (MAXIMUM) + =
(25) (25) (50)

NEUROLOGICKÁ ÚROVEŇ (nekompletní poranění s normální reakcí)

CITLIVOST MOTORIKA	P	L

NEUROLOGICKÁ ÚROVEŇ

KOMPLETNÍ NEBO NEKOMPLETNÍ?
ROZSAH MÍŠNÍ LÉZE (AIS)

ZÓNA ČÁSTEČNÉHO ZACHOVÁNÍ FUNKCE (nejnižší dermatom nebo myotom na každé straně a jakoukoliv zachovanou funkci)

CITLIVOST MOTORIKA	P	L

Tento formulář může být volně kopírován, ale neměl by být měněn bez povolení American Spinal Injury Association. REV 06/11

Stupně svalové síly

- 0 = úplná ztráta hybnosti
- 1 = palpovatelná nebo viditelná kontrakce
- 2 = aktivní pohyb v plném rozsahu s vyloučením gravitace
- 3 = aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci
- 4 = aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a mírnému odporu ve specifické poloze svalů.
- 5 = (normální) aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a plnému odporu, ve specifické poloze svalů, jaký bychom očekávali u zdravého jedince.
- 5+ = (normální) aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a dostatečnému odporu, který by byl považován za normální, pokud by nebyly přítomny zjištěné negativní faktory (tj. bolest, slabost z inaktivity).
- NT = netestovatelný (tj. z důvodů imobilizace, velké bolesti, kvůli které nemůže být pacient hodnocen, amputace končetiny nebo kontraktura, která způsobí omezení více než 50% rozsahu pohybu).

Rozsah míšní léze (AIS)

- A = kompletní. Žádná zachovaná senzitivní ani motorická funkce v sakrálních segmentech S4-S5.
 - B = senzitivně nekompletní. Zachovaná senzitivní, ale nikoliv motorická funkce pod neurologickou úrovní včetně sakrálních segmentů S4-S5 (lehký dotyk, píchnutí špědlíkem v S4-S5 nebo hluboký anální tlak) a žádná motorická funkce není přítomná ve více než třech úrovních pod motorickou úrovní na žádné straně těla.
 - C = motoricky nekompletní. Motorická funkce je zachována pod neurologickou úrovní léze** a více než polovina klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze má stupeň svalové síly menší než 3 (stupeň 0-2).
 - D = motoricky nekompletní. Motorická funkce je zachována pod neurologickou úrovní léze** a nejméně polovina klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze má stupeň svalové síly 3 a více.
 - E = normální. Jestliže citlivost a motorická funkce testovaná podle ISNCSCI je označena jako normální ve všech segmentech a pacient měl přívodně deficit, poté je AIS E. Ten kdo neměl míšní poranění, nebude podle AIS hodnocen.
- ** Aby byl jedinec označen stupněm C nebo D, tj. motoricky nekompletní stav, musí mít buď (1) volní kontrakci análního svazku nebo (2) zachování citlivosti v sakrálních segmentech s vyloučením motorické funkce ve více než třech úrovních pod motorickou úrovní pro danou stranu těla. Standardy v současné době dovolují při určování motoricky nekompletního stavu (AIS B prot C) i hodnocení funkce nakličových svalů více než tři úrovně pod motorickou úrovní.
- Poznámka: Při hodnocení rozsahu zachování motorické funkce pod úrovní je pro rozlišení mezi AIS B a C používána motorická síla na každé straně; k rozlišení mezi AIS C a D (založením na poměru klíčových svalů obdobným způsobem) stupeň svalové síly 3 nebo vyšší) je používána neurologická úroveň léze.

Kroky v klasifikaci

K určení klasifikace jedinců s poraněním míchy je doporučeno následující postup.

- Určete senzitivní úroveň pro pravou i levou stranu.
- Určete motorickou úroveň pro pravou i levou stranu. *Poznámka: v oblastech, kde není myotom pro testování, je předpokládána stejná motorická úroveň, jako senzitivní, jestliže testovaná motorická funkce nad touto úrovní je také normální.*
- Určete neurologickou úroveň léze. *Je to nejnižší segment s normální motorickou a senzitivní funkcí na obou stranách, a je nejkratší úroveň, kde senzitivní a motorických úrovní určených v krocích 1 a 2.*
- Určete, zda je poranění kompletní nebo nekompletní (chybí nebo je zachována funkce v sakrálních segmentech). *Jestliže volní anální kontrakce = NE a citlivost v S4-S5 = 0 a hluboký anální tlak = NE, pak je poranění KOMPLETNÍ. Jinak je poranění nekompletní.*
- Určete stupeň rozsahu míšní léze (AIS): *Je poranění kompletní? Jestliže ANO, AIS=A a zjistíte zónu částečného zachování funkce (nejnižší dermatom nebo myotom na každé straně a jakoukoliv zachovanou funkci)*
NE ↓
Je poranění motoricky nekompletní?
ANO ↓
Jestliže NE, AIS=B
(ANO = volní anální kontrakce nebo u senzitivně nekompletního pacienta zachovaná motorická funkce ve více než třech segmentech pod motorickou úrovní na dané straně)

Je nejméně polovina klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze na stupni 3 a více?
NE ↓ AIS=C
ANO ↓ AIS=D
Jestliže je senzitivní a motorická funkce ve všech segmentech normální, AIS=E.
Poznámka: AIS E je používáno v dlouhodobém sledování, kdy u jedince s dokumentovanou míšní lézí dojde k úpravě neurologického stavu. Jestliže není při úvodním testování nalezen žádný deficit, je jedinec neurologicky intaktní, AIS není aplikováno.

SCIM – Spinal Cord Independence Measure (3. verze)

Jméno pacienta: _____ Ročník: _____ Jméno vyšetřujícího: _____ Datum: _____
 (Zadejte skóre pro jednotlivé funkce do odpovídajícího čtverce)

Sebeobsluha

- 1. Stravování** (krájení, otvírání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s tekutinou)
0. Potřebuje parenterální, gastrostomickou, nebo plně asistovanou perorální výživu
 1. Potřebuje částečnou asistenci při jídle a/nebo pití, nebo pro nasazení kompenzačních pomůcek
 2. Jí samostatně; potřebuje kompenzační pomůcky nebo asistenci pouze na krájení potravy a/nebo nalévání a/nebo otvírání nádob
 3. Jí a pije samostatně; nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky
- 2. Koupel** (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem). **A – horní pol. těla; B – dolní pol. těla**
- A.**
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci
 2. Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (např. madla, židle)
 3. Myje se samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- B.**
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci
 2. Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (kppp)
 3. Myje se samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
- 3. Oblékání** (oděv, boty, ortézy: oblékání, nošení, svlékání). **A – horní polovina těla; B – dolní polovina těla**
- A.**
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)
 2. Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
 3. Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky
 4. Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- B.**
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)
 2. Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
 3. Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky
 4. Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí
- 4. Úprava zevnějšku** (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení, make-up)
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci
 2. Provede všechny činnosti samostatně s kompenzačními pomůckami
 3. Provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

DÍLČÍ SKÓRE (0-20)

Dýchání a ovládání svěračů

5. Dýchání

0. Potřebuje tracheostomickou kanylu (TS) a úplnou nebo částečnou ventilační podporu
2. Dýchá samostatně s TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli nebo péči o TS
4. Dýchá samostatně s TS; potřebuje malou asistenci při kašli nebo péči o TS
6. Dýchá samostatně bez TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli, neinvazivní podpůrnou ventilaci (PEEP, BiPAP)
8. Dýchá samostatně bez TS; potřebuje malou asistenci nebo stimulaci při kašli
10. Dýchá samostatně bez asistence nebo pomůcek

6. Ovládání svěračů – močový měchýř

0. Permanentní katetr
3. Reziduální objem moči (ROM) > 100ml; bez samostatné či asistované intermitentní katetrizace
6. ROM < 100ml nebo samostatná intermitentní katetrizace; potřebuje asistenci při použití pomůcek pro inkontinenci
9. Samostatná intermitentní katetrizace; používá pomůcky pro inkontinenci; nepotřebuje asistenci
11. Samostatná intermitentní katetrizace; kontinentní mezi katetrizací; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci
13. Močí spontánně; ROM < 100ml; potřebuje pouze pomůcky pro inkontinenci, nepotřebuje asistenci při močení
15. Močí spontánně; ROM < 100ml; kontinentní; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci

7. Ovládání svěračů – střevo

0. Nepravidelné načasování nebo velmi nízká frekvence vyprazdňování (méně než jednou za tři dny)
5. Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (např. při zavedení čípků); zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)
8. Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)
10. Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; žádné úniky stolice

8. Použití toalety (perineální hygiena, upravení oděvu před/po, použití vložek nebo plen)

0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje částečnou asistenci; sám se neočistí
2. Potřebuje částečnou asistenci; očistí se samostatně
4. Používá toaletu samostatně na všechny úkony ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (např. madla)
5. Používá toaletu samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

DÍLČÍ SKÓRE (0-40)

Obrázek 11 Dotazník SCIM III., 2. část

Mobilita (místnost a toaleta)

9. Mobilita na lůžku a prevence dekubitů

0. Potřebuje asistenci ve všech aktivitách: otáčení horní poloviny těla na lůžku, otáčení dolní poloviny těla na lůžku, posazování na lůžku, nadvzednutí ve vozíku, s nebo bez kompenzačních pomůcek, ale ne s elektrickými pomůckami
2. Provede jednu z aktivit bez asistence
4. Provede dvě nebo tři aktivity bez asistence
6. Provede veškerou mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů samostatně

10. Přesuny: lůžko – vozík (zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)

0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. skluznou desku)
2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)

11. Přesuny: vozík – toaleta (jestliže používá toaletní vozík: přesun do a zpět; jestliže používá normální

- vozík: zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)
0. Potřebuje plnou asistenci
 1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. madla)
 2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)

Mobilita (v interiéru a exteriéru)

12. Mobilita v interiéru

0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
6. Chodí s jednou holí
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
8. Chodí bez pomůcek

13. Mobilita na střední vzdálenosti (10-100 metrů)

0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
6. Chodí s jednou holí
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
8. Chodí bez pomůcek

14. Mobilita v exteriéru (více než 100 metrů)

0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)
6. Chodí s jednou holí
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy
8. Chodí bez pomůcek

15. Schody

0. Neschopen překonávat schody nahoru ani dolů
1. Vyjde a sejde nejméně 3 schody za pomoci nebo dohledu jiné osoby
2. Vyjde a sejde nejméně 3 schody s pomocí zábradlí a/nebo berle nebo hole
3. Vyjde a sejde nejméně 3 schody bez pomoci nebo dohledu

16. Přesuny: vozík – auto (nastavení vozíku k autu, zabrzdnění vozíku, odstranění postranic a stupaček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení)

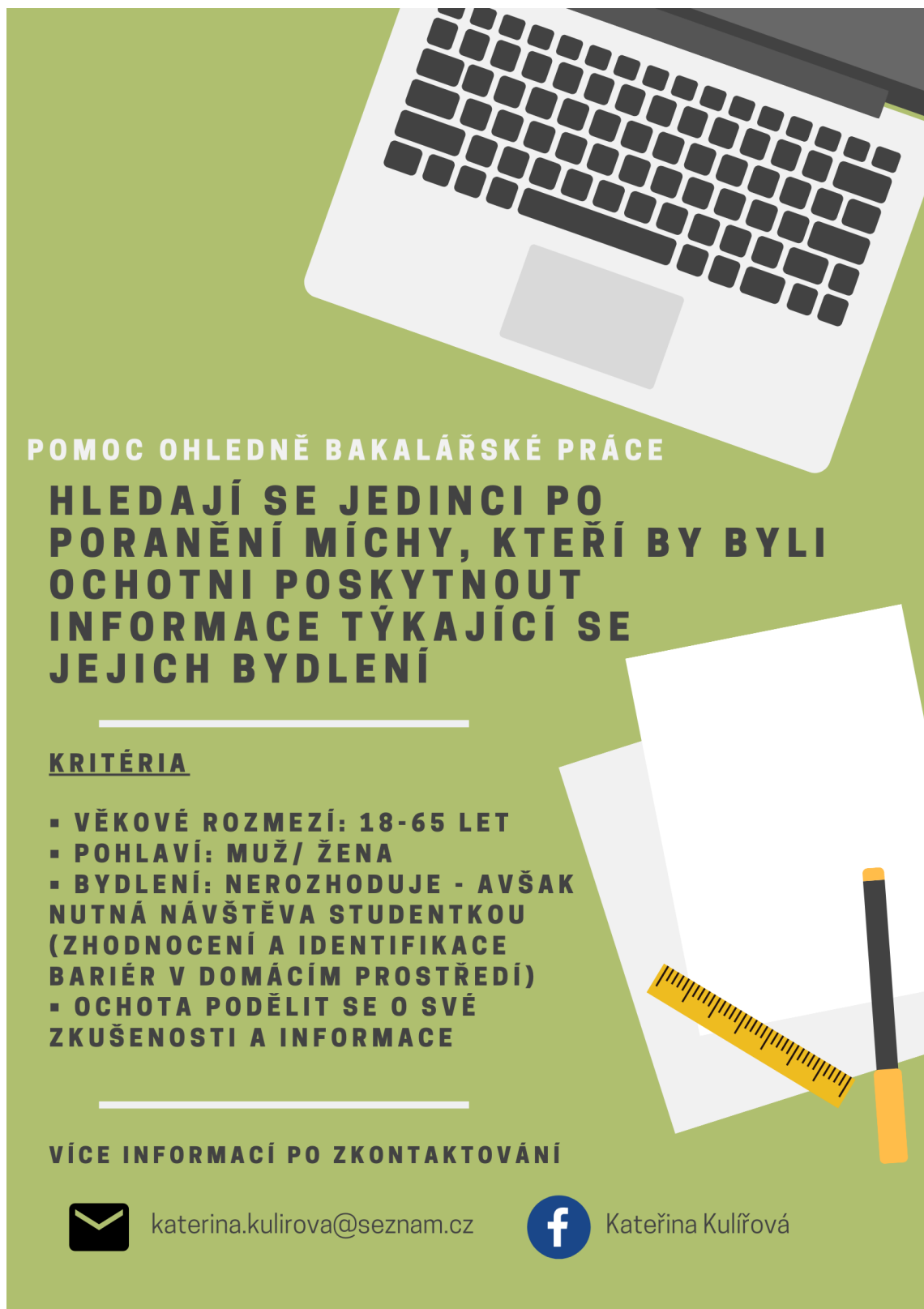
0. Potřebuje plnou asistenci
1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled a/nebo kompenzační pomůcky
2. Přesune se samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky (nebo nepotřebuje vozík)

17. Přesuny: země – vozík

0. Potřebuje asistenci
1. Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek (nebo nepotřebuje vozík)

DÍLČÍ SKÓRE (0-40)

CELKOVÉ SCIM SKÓRE (0-100)





The poster features a green background with a white laptop in the top right corner and a white sheet of paper with a yellow ruler and a black pen in the bottom right corner. The text is in white and black, with a clear hierarchy of information.

**POMOC OHLEDNĚ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
HLEDAJÍ SE JEDINCI PO
PORANĚNÍ MÍCHY, KTERÍ BY BYLI
OCHOTNI POSKYTNOUT
INFORMACE TÝKAJÍCÍ SE
JEJICH BYDLENÍ**

KRITÉRIA

- **VĚKOVÉ ROZMEZÍ: 18-65 LET**
- **POHLAVÍ: MUŽ/ ŽENA**
- **BYDLENÍ: NEROZHODUJE - AVŠAK
NUTNÁ NÁVŠTĚVA STUDENTKOU
(ZHODNOCENÍ A IDENTIFIKACE
BARIÉR V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ)**
- **OCHOTA PODĚLIT SE O SVÉ
ZKUŠENOSTI A INFORMACE**

VÍCE INFORMACÍ PO ZKONTAKTOVÁNÍ

 katerina.kulirova@seznam.cz  Kateřina Kulířová

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

Já, níže podepsaný/á dávám tímto souhlas Kateřině Kulířové k pořízení, zpracování a použití fotografií a informací o mém zdravotním stavu do bakalářské práce na téma „Role ergoterapeuta při vyhodnocení domácího prostředí pro jedince po poranění míchy – využití a efektivnost SEMAFOR testu“, která je psána v souvislosti se zakončením studia oboru Ergoterapie na Katedře rehabilitačních oborů Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni v roce 2020.

V dne.....

Podpis

Zdroj: vlastní