

Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci

Mgr. Kateřina Svěčená^{1,2}

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

²Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

Kvalitu života do značné míry ovlivňuje schopnost soběstačnosti každého člověka. Funkční diagnostika, nácvik a trénink soběstačnosti jsou jedním z domén práce ergoterapeuta. Pro návrh ergoterapeutické intervence v oblasti soběstačnosti je nutné provést diagnostiku a hodnocení běžných denních činností (ADL). Diagnostiku ADL je možné stanovit na základě standardizovaných metod, které slouží jak k diagnostice, tak i ke zhodnocení dosavadní ergoterapeutické intervence. Mezi nejčastěji používané standardizované nástroje v oblasti ADL patří v České republice test Funkční míra nezávislosti a Barthel Index. K hodnocení funkčních schopností pacienta se využívá Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

Klíčová slova: soběstačnost, vyšetření soběstačnosti, hodnocení soběstačnosti, aktivity denního života, neurorehabilitace.

Self-sufficiency evaluation of patients in neurorehabilitation

Quality of life is to a significant extent influenced by self-sufficiency. Occupational Therapist is a professional concerned with a functional therapy of daily activities as well as activities of people with disabilities. In order to select appropriate occupational therapist's approach, it is necessary to evaluate activities of daily living (ADL) individually. There are standard procedures to evaluate ADL. Those methods are used to diagnostic evaluation of an existing occupational therapeutic intervention. One of the most common methods which is used in the Czech Republic for evaluating the level of self-sufficiency is Functional Independent Measure and Barthel Index. For evaluating patients' functional abilities can be also used International Classification of Functioning, Disability and Health.

Key words: self-sufficiency, activities of daily living assessment, activities of daily living evaluation, activities of daily living, neurorehabilitation.

Neurol. prax 2013; 14(3): 133–135

Seznam zkratk

ADL – activities of daily living (aktivity denního života)

A-ONE – arnadottir OT-ADL neurobehavioral evaluation (hodnocení Gudrún Árnadóttirové: ergoterapeutické neurobehaviorální hodnocení ADL)

BI – Index Barthelové

FAM – functional assessment measure (Míra hodnocení funkčního stavu)

FIM – functional independent measure (funkční míra nezávislosti)

MKF – mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

WHO – World health organization (Světová organizace zdraví)

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

V interprofesionálním neurorehabilitačním týmu je ergoterapie jedním ze základních, důležitých a nezbytných zdravotnických oborů.

Soběstačnost v běžných denních činnostech je jedním z hlavních cílů ergoterapie v rámci neurorehabilitace. Terapie běžných denních činností je důležitým prostředkem k reedukaci základních pohybových stereotypů.

V oblasti aktivit denního života je důležitá nejen kvalita pohybu a čítí, ale i kognitivních funkcí. Ideálním cílem je, aby pacient prováděl aktivity denního života fyziologickým mechanismem, kdy terapeut vede (guiding) pacienta během prováděné aktivity.

K personálním (bazálním) běžným denním činnostem se řadí svlékání, umývání, osobní hygiena, toaleta, oblékání, příjem jídla a pití. K instrumentálním (sekundárním) běžným denním činnostem patří např. domácí práce, nakupování, transport (Švestková et Svěčená, 2011).

Ergoterapeuti při terapii používají často stejné koncepty a metody jako fyzioterapeuti, např. Bobath koncept, metodu dle Affolterové (Pavlů, 2003). Jde o společné metodiky, které mají základ ve funkci, tedy v aktivitách člověka.

Nácvik aktivit denního života se nevztahuje jen na problémové situace, ale i na jejich simulaci v rehabilitačním zařízení. Tyto aktivity by měly být co nejvíce přizpůsobeny domácímu prostředí pacienta, jeho zvyklostem a možnostem (Lippertová-Grünerová, 2005).

Motivace pacienta je v ergoterapii velmi důležitá. Za pomoci pozitivních emocí je možné dosáhnout lepších funkčních schopností. Proto

je potřeba pozitivní emoce využívat a zohledňovat během celého terapeutického procesu.

Ergoterapeutický proces začíná vstupním vyšetřením pacienta, diagnostikou a hodnocením jeho funkčního stavu. Poté ergoterapeut stanoví ergoterapeutický cíl, krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán (Jelínková, Krivošíková et Šajtarová, 2009).

V celém procesu dochází, podle individuální potřeby, ke znovuhodnocení stavu pacienta na základě jeho prognózy. Ergoterapeut stanoví ukončení ergoterapeutického procesu v případě, že pacientův funkční stav se ve standardizovaných funkčních vyšetřeních již nezlepšuje.

Zhodnocení je nezbytné pro objektivizaci ukončení ergoterapie. Určuje efektivnost ergoterapeutické intervence.

Jedna z možností dělení ergoterapeutických metodik ve funkčním hodnocení pacienta je objektivní a subjektivní pohled. Do objektivních metod patří strukturovaný rozhovor (odebrání anamnézy), strukturované pozorování (aspekce), posuzovací škály, standardizované funkční testy a metodiky. Mezi subjektivní metody patří neformální rozhovor, neformální (behaviorální) pozorování, subjektivní dotazníky a sebehodnotící škály (Krivošíková, 2011).

Objektivní standardizovaná funkční hodnocení, kterými se hodnotí aktivity denního života, je možné rozdělit do několika skupin:

a) Kumulativní indexy – testy (hodnocení), ve kterých se sčítají body za jednotlivé položky, celkový výsledek je dán součtem všech hodnot. Do této skupiny patří zejména Barthel index, test Funkční míra nezávislosti a test Míra hodnocení funkčního stavu, atd. Uvedená hodnocení budou zmíněna níže v článku.

b) Hierarchické indexy – testy (hodnocení), kde je určena hierarchie jednotlivých položek – uspořádání nadřazenosti a podřazenosti tak, že každý prvek, kromě nejvyššího, je podřízen právě jednomu nadřazenému. Do této skupiny patří například Katzův index (hodnocení aktivit denního života), ve kterém je přesně určena hierarchie soběstačnosti a závislosti v jednotlivých položkách ADL. Provedení složitějších aktivit je pro pacienta náročnější, a tím se pacient stává rychleji závislým, než v jednodušších aktivitách. Např. pacient hodnocený písmenem D (čtvrté nejhorší hodnocení z osmi) je závislý při koupání, oblékání a jedné další oblasti.

c) Dynamická hodnocení – zaměřují se na výkon pacienta, kdy hodnotí schopnosti učení pacienta, jeho schopnost přenesení nově získaných zkušeností do reálného života. Mohou kombinovat hodnocení aktivit s hodnocením neurobehaviorálních dysfunkcí. Do této skupiny patří funkční hodnocení Gudrún Árnadóttirové: Ergoterapeutické neurobehaviorální hodnocení ADL (A-ONE test pro hodnocení ADL) (Švestková et Angerová, 2010).

Index Barthelové a test Funkční míra nezávislosti (FIM) se používají nejvíce. Index Barthelové je používán v České republice nejen ergoterapeuty, ale často i zdravotními sestrami, ošetrovatelkami i fyzioterapeuty. Test Míra hodnocení funkčního stavu (FAM), který je uváděn níže, není v ČR prozatím příliš znám. Je podrobnější než FIM a u některých pacientů, např. s kognitivními problémy je cílenější a přesnější.

Evropská rada a Evropská komise doporučila používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví WHO (MKF). Tato klasifikace sjednocuje terminologii různých oborů a odborníků (Švestková, 2010).

Publikaci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je možné zakoupit v knihkupectví, případně je volně ke stažení na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR). Pro pochopení filozofie této klasifikace a pro osvojení základních principů praktické aplikace MKF je možné absol-

vovat kurzy, které pořádá Metodické centrum pro MKF (určeno MZČR), kterým je Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze.

Index Barthelové (BI)

Index Barthelové je pravděpodobně nejrozšířenější test oblastí aktivit denního života v České republice. Původně byl vyvinut v nemocnici Maryland pro pacienty s neuromuskulárním a muskuloskeletárním onemocněním, ale rozšířil se i na ostatní pacienty s disability. Index Barthelové hodnotí funkční omezení ve 3 stupních, takže drobné změny, které vedou ke zlepšení nebo zhoršení nepostihne. Jeho výhodou je rychlá administrace a jednoduchost (Lippertová-Grünerová, 2005).

Hodnotí deset aktivit denního života: přijímání potravy, koupání, osobní hygienu, oblékání, kontinenci moči a stolice, užívání toalety, přesuny, lokomoce a chůze po schodech. Maximální možný počet bodů je 100.

Při hodnocení využívá stupnici, kdy pro každou položku je možné získat 0, 5, 10 bodů a u některých položek i 15 bodů (Loewen et Anderson, 1988).

Bodový zisk pacienta mohou ovlivnit aktuální podmínky okolního prostředí. Pokud je prostředí odlišné, než na jaké je pacient zvyklý doma, může být skóre nižší. Například pokud vchod není dostatečně široký pro snadný přístup mechanického nebo elektrického vozíku (Mahoney et Barthel, 1965).

Barthel index je volně dostupný a je možné jej využívat bez omezení. Postupem času se vyvinuly rozšířené verze indexů Barthelové, např. Modifikovaný index Barthelové.

V některých zemích je výše skóru indexu Barthelové využívána jako kritérium pro úhradu zdravotnických služeb např. v Německu.

Funkční míra nezávislosti (Functional independent measure, FIM)

Jde o standardizované hodnocení disability. Na rozdíl od Barthel indexu obsahuje i kognitivní a psycho-sociální položky. Pomocí sedmi základních úrovní se stanovuje míra závislosti a požadovanou asistenci druhé osoby (Švestková et Svěčená, 2011).

Test byl sestaven v roce 1984 v USA s cílem vytvořit jednotný datový systém pro rehabilitaci. Sekundárním cílem bylo sjednotit terminologii mezi rehabilitačními profesionály. Funkční míra nezávislosti je určena pro pacienty starší sedmi let s různým typem poruchy: neurologické, muskuloskeletální, kardiovaskulární, vývojové nebo respirační, dále pro mnohočetná zranění,

popáleniny, kožní onemocnění, vrozené deformity, infekce či neoplazmata, která mohou způsobit omezení funkčního stavu, a tím i snížení soběstačnosti. Funkční míra nezávislosti je určena hlavně pro hospitalizované pacienty. Pro ambulantní pacienty byla vyvinuta verze LIFEware System a pro pacienty v akutní péči verze AlphaFIM. Dostupná je i verze pro dětské pacienty (UDSMR, 2009).

Test hodnotí celkem 18 položek, rozdělených do dvou základních oblastí. Prvních 13 položek posuzuje fyzické funkce, a to v oblasti osobní péče (sebesycení, péče o vzhled, koupání, oblékání horní a dolní poloviny těla, péče o toaletní potřeby), kontroly svěračů (močení, defekace, frekvence inkontinence), přesunů (postel, židle, vozík, toaleta, vana či sprchový kout), lokomoce (chůze, jízda na invalidním vozíku, schody). V rámci komunikačních a kognitivních, psycho-sociálních schopností se hodnotí schopnost pacienta porozumět, vyjadřovat se, řešit problémy, sociální interakce a paměť (Lippertová-Grünerová, 2005).

Test využívá sedmistupňové škály, kdy nejvyšším počtem sedmi bodů je ohodnocen pacient nezávislý. Bodem 1 je ohodnocen pacient celkově závislý na druhé osobě v dané položce. Vzhledem k tomu, že se jedná o standardizované hodnocení, je nezbytné otestovat každou z položek, žádnou nevynechat, a proto položky, které není možné otestovat, se hodnotí stupněm 1.

Funkční míru nezávislosti je nutné provést do 72 hodin od přijetí pacienta na oddělení a také 72 hodin před jeho propuštěním (USMR, 2009).

Praktické využívání testu Funkční míra nezávislosti je chráněno licencí. Tato licence má v sobě možnost vzdělávání členů interprofesionálního rehabilitačního týmu daného zařízení. FIM používají lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, ale i fyzioterapeuté a ergoterapeuté.

Pro používání tohoto hodnocení je nezbytné uzavřít licenční smlouvu s Uniform Data System for Medical Rehabilitation (kontakt: www.udsmr.org). Licence na 1 rok stojí 1 500 amerických dolarů. Zakoupením licence získá rehabilitační zařízení manuál, uživatelské příručky, softwarovou aplikaci FIMware software, oprávnění k používání testu. Pro povolení k používání Funkční míry nezávislosti vyžaduje organizace UDSMR, aby minimálně 2 vybraní zástupci z daného rehabilitačního zařízení složili akreditační zkoušku. Tato zkouška je součástí licence pro 2 osoby. Další pokusy o složení akreditační zkoušky jsou zpoplatněny. Akreditační zkouška se provádí on-line a za každý pokus absolvování testu je poplatek 35 amerických dolarů.

Akreditace je určena pro zařízení, ne pro osobu. V praxi by se měla využívat pouze nejnovější verze testu, starší verze není povoleno používat (Floriano, 2009). V České republice byla zakoupena licence na 1 rok Klinikou rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Míra hodnocení funkčního stavu (Functional assessment measure, FAM)

Jedná se o rozšíření testu Funkční míry nezávislosti, kdy je k jeho 18 položkám přidáno dalších 18 položek. Hodnotící škála je shodná s hodnotící škálou Funkční míry nezávislosti.

Mezi přidané položky patří oblast kognitivních funkcí např.: srozumitelnost řeči, čtení, psaní, emotivní status, aktivity pro volný čas, uvědomění si bezpečnosti. Do dalších položek jsou řazeny některé z instrumentálních aktivit denního života: příprava jídla, praní, péče o domácnost, nakupování, práce – vzdělání, finanční management.

U tohoto testu je uvedeno, že by měl být prováděn celým interprofesionálním rehabilitačním týmem. Jeden bod získává pacient, pokud není o testované položce dostatek informací, pokud je velké riziko úrazu při provádění aktivity, nebo je potřeba asistence druhé osoby, nebo pokud pacient aktivitu vůbec neprovádí. Tento rozšířený test by měl být proveden do 10 dnů od přijetí pacien-

ta a během posledního týdne hospitalizace (Turner-Stokes, 1994).

Test není podmíněn licencí, ale zakoupením licence Funkční míry nezávislosti. Je k dispozici zdarma, avšak podmínkou je absolvování školení o používání testu, které se koná jen ve Velké Británii v Middlesexu. Odborným garantem kurzu je prof. Lynne Turner-Stokes.

Závěr

Objektivní hodnocení funkčního stavu pacienta má klíčový význam v celém ergoterapeutickém neurorehabilitačním procesu. Bez ergoterapeutického vstupního vyšetření, hodnocení a následného zhodnocení není možné efektivně stanovit ergoterapeutický cíl, plán a intervenci. Optimální efekt rehabilitační intervence není možné zajistit bez průběžného a závěrečného objektivního zhodnocení funkčního stavu pacienta jednotlivými členy interprofesionálního rehabilitačního týmu. Prioritou je dosáhnout optimální kvality života osoby s disabilitou (postižením) pacienta.

Literatura

1. Floriano K. Uniform Date System For Medical Rehabilitation. osobní sdělení, 2009.
2. Jelínková J, Krivošíková M, Šajtarová L. Ergoterapie. Praha: Portál 2009: 272.
3. Krivošíková M. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada Publishing 2011: 364.
4. Lippertová-Grünerová M. Neurorehabilitace. Praha: Galén 2005: 350.

5. Loewen C, Anderson BA. Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index. Phys Ther 1988; 68: 1077–1081.

6. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: Barthel index. Baltimore city medical society. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56–61.

7. Pavlů D. Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I. Brno: CERM 2003: 55–78.

8. Švestková O, Pfeiffer J, Angerová Y, Sládková P. Organizace rehabilitace při použití MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO) a stanovení stupně funkčního postižení (disability) podle kvalifikátorů. Rehabilitace a fyzikální lékařství. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně Praha 2010: 43–50.

9. Švestková O, Angerová Y. Rehabilitace pacientů po cévních mozkových příhodách. In: Kalvach P, a kol. Mozkové ischemie a hemoragie. Praha: Grada Publishing 2010: 456.

10. Švestková O, Svěčená K. Ergoterapie. In: Kalvach Z, a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing 2011: 202–212.

11. Turner-Stokes L. The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure) Developed by the UK FIM+FAM Version 2.1. Harrow: Regional Rehabilitation Unit 1994: 3–7.

12. Uniform Date System For Medical Rehabilitation. The Fim System Clinical Guide. Version 5.2. New York: Uniform Date System for Medical Rehabilitation 2009: 183.

Článek doručen redakci: 22. 1. 2013

Článek přijat k publikaci: 2. 4. 2013

Mgr. Kateřina Svěčená

Klinika rehabilitačního lékařství
1. LF UK a VFN v Praze
Albertov 7, 120 00 Praha 2
katerina.svecena@lf1.cuni.cz

