VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI U REHABILITANTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU (hodnoceno dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)

Level of contribution to care in rehabilitated persons with multiple sclerosis (evaluated according to the International Classification of Functional Capacities, Disability and Health)

12: 446–456, 2010
ISSN 1212-4117

Hana Matlasová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů

Summary

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune disease, in which the human immune system attacks the central and peripheral nervous system (i.e. the brain and medulla) thus causing demyelination (i.e. disintegration of myelin sheaths). The disease particularly affects young adults aged 20 to 40 years. Its occurrence is more frequent in women: in a ratio of 2:1. Multiple sclerosis causes disability and brings severe physical, mental, social, working and economic consequences. The concept of disability is a topical problem of contemporary medicine. The disability is considered as a decrease in functional capacities of an individual at a level of an organ or of the whole organism.

The target of the examination was monitoring of the degree of the established contribution to care in rehabilitated persons with multiple sclerosis. A further target was subsequent consideration of the level of the recognized contribution to the care and disability of the rehabilitated person (evaluation according to the International Classification of Functional Capacities, Disability and Health; henceforth MCF).

The method of the research examination was a quantitative research; a questionnaire was chosen for the data accumulation technique, which consisted of statistically significant questions from the CORE SET. In 2009, a question was considered whether the measure of the disability (value of the qualifying parameters 3 and 4) in rehabilitated persons with multiple sclerosis (evaluated according to the MCF) corresponds to the appropriate degree of the level of the contribution to care. The discrimination analysis method was used for statistical processing. There were 213 rehabilitated persons in the sample group.

The result was a finding that the level of contributions to the care was correctly determined in 59.2% (i.e. in 128 rehabilitated persons). A higher degree of the contribution to the care compared to the actual condition was determined by the discrimination analysis in 14 subjects, i.e. 6.5%. A lower degree of the contribution to the care compared to the actual condition was determined by the discrimination analysis in 73 subjects, i. e. 34.3%.

Key words: multiple sclerosis – contribution to care – MCF – rehabilitation

Souhrn

Roztroušená skleróza je chronické autoimunitní onemocnění, kdy lidský imunitní systém napadá centrální a periferní nervovou soustavu (tj. mozek a míchu), čímž způsobuje demyelinizaci (tj. rozpad myelinových pochev). Choroba postihuje zejména mladé dospělé v produktivním věku mezi 20.–40. rokem. Výskyt je častější u žen, a to v poměru 2:1. Roztroušená skleróza způsobuje disability a má závažné tělesné, psychické, sociální, pracovní a ekonomické důsledky. Pojem disability je aktuálním problémem dnešní medicíny. Disability je uváděna jako snížení funkčních schopností jedince na úrovni orgánu či celého organismu.

Cílem šetření bylo monitorování stupně určeného příspěvku na péči u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou. Dále následné srovnání výše přiděleného příspěvku na péči a disability rehabilitanta (hodnocena dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, dále jen MKF).

Metodikou výzkumného šetření byl kvantitativní výzkum, pro techniku sběru dat byl zvolen dotazník, který byl vytvořen ze statisticky významných otázek z CORE SETu. V roce 2009 bylo zjišťováno, zda míra disability (hodnota kvalifikátoru 3 a 4) u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou (hodnoceno dle MKF) odpovídá příslušnému stupni výše příspěvku na péči. Pro statistické zpracování byla použita metoda diskriminační analýzy. Ve sledovaném souboru bylo 213 rehabilitantů.

Výsledkem bylo zjištění, že správně určená výše příspěvků na péči byla u 59,2 % rehabilitantů (tj. v počtu u 128 rehabilitantů). Vyšší stupeň příspěvku na péči oproti skutečnému stavu určila diskriminační analýza u 14 dotazovaných, tj. 6,5 %. Nižší stupeň příspěvku na péči oproti skutečnému stavu diskriminační analýza určila u 73 dotazovaných, tj. 34,3 %.

Klíčová slova: roztroušená skleróza – příspěvek na péči – MKF – rehabilitace

ÚVOD

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza patří mezi chronická, demyelinizační a autoimunní onemocnění. Jedná se o zánětlivé postižení centrálního a periferního nervového systému, kde se tvoří tzv. plakety. Toto onemocnění postihuje spíše produktivní generaci, ve větší míře jsou postiženy ženy. Postižen v ČR je přibližně každý tisící člověk, tzn. že se jedná o onemocnění poměrně časté.

Klinické příznaky roztroušené sklerózy jsou značně rozmanité. Patří mezi ně např. dvojité vidění, třes, parestézie, motorické poruchy, závratě apod. (Havrdová, 2005; Matlasová, 2006).

V současné době je prognóza onemocnění ve srovnání s předchozími lety dobrá především díky modernějším diagnostickým a léčebným metodám. Vzhledem k těmto skutečnostem se tedy dá předpokládat, že se kvalita života nemocných zlepšuje. V současné době se k diagnostice onemocnění používá celá řada moderních diagnostických metod. Patří sem např.: vyšetření očního pozadí (ložiska zánětu často postihují zrakový nerv), dále vyšetření evokovaných potenciálů (jimiž se zjišťují funkce nervových drah zrakového a sluchového systému, pyramidové dráhy) a vyšetření mozkomíšního moku na přítomnost zánětlivých buněk. Dnes nejčastěji užívanou vyšetřovací metodou je magnetická rezonance (MRI) (Lenský, 1996; Burnfield, 1999; Havrdová, 1999, 2002; Matlasová, Kupková, 2008).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF)

MKF byla schválena na 54. shromáždění WHO v roce 2001 a byla doporučena k mezinárodnímu používání. Hlavním posláním MKF je, aby bylo možné co nejdříve u rehabilitanta aplikovat individuální rehabilitační postupy dle aktuálních potřeb rehabilitanta. Aktuální potřeby rehabilitanta zjišťují členové rehabilitačního týmu (např. lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník aj.). K zápisu zdravotně sociálního stavu rehabilitanta se může použít buď tzv. Checklist (obecný záznamový arch), nebo tzv. CORE SET (záznamový arch pro již konkrétní diagnózu, např. roztroušená skleróza) (Cieza et al., 2002; Votava et al., 2003; Čeledová, Čevela, 2008; Zeman 2008, 2010).

Rehabilitant

Pro pacienta v rehabilitačním procesu je specifický výraz rehabilitant. Tento výraz se v ČR zatím příliš nepoužívá. Zažítým pojmenováním je spíše nemocný, pacient či klient. Předmětem rehabilitace je tedy tzv. rehabilitant, člověk, jehož funkce (tělesné, duševní, sociální) jsou postiženy ve smyslu snížení (třeba jen dočasně), a rehabilitace se snaží tyto funkce zlepšit ovlivňováním jednotlivých funkcí člověka jako celku, ale i prostředí, v němž se člověk nachází (Votava et al., 2003).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Stanovuje, kdo má nárok na příspěvek na péči, postup při jeho získání a využívání. Podle stupně závislosti se liší výše příspěvku. Příspěvek na péči náleží osobám, které jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu můžeme rozumět takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se poté rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek na péči je přiznáván osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti mladšímu než jeden rok.

Schopnost zvládat péči o vlastní osobu a soběstačnost je u každého člověka různá, proto zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby – od mírné závislosti až po závislost úplnou. Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách. Výše příspěvku na péči je proto stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby. Rozdílně jsou stanoveny výše příspěvku pro děti do 18 let a pro dospělé (www.finance.cz. 2000-2010).

CORE SET pro roztroušenou sklerózu

CORE SET pro roztroušenou sklerózu je záznamovým archem MKF. Tento záznamový arch byl vytvořen již pro konkrétní diagnózu roztroušené sklerózy v rámci projektu MHADIE (6. rámcového programu EU Measuring Health and Disability in Europe: supporting policy development) na Klinice rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. CORE SET je složen z otázek identifikačních a otázek týkajících se kvality života. Záznamový arch je rozdělen do částí – komponent. Komponenty zahrnují oblasti: tělesné funkce (41 otázek) a tělesné struktury (16 otázek), aktivity a participace (64 otázek), faktory prostředí a osobní faktory (36 otázek). První část hodnotí tělesné funkce a struktury, poruchy funkcí a struktur. Druhá část sleduje aktivitu a participaci, tj. soběstačnost a podílení se na aktivním životě, limity v životních situacích.

Do poslední části se zaznamenávají faktory prostředí (82). Do CORE SETu se k jednotlivým otázkám zaznamenávají přidělené kvalifikátory (dle MKF) pracovníky rehabilitačního týmu. Část CORE SETu – tělesné struktury nebyla v rámci šetření realizována (<http://www.syynx.de/>. 2001).

Hlavním cílem práce bylo zjišťování stupně přiděleného příspěvku na péči u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou dle jejich výsledné disability, která byla zjištěna na základě kompletních výsledků CORE SETu.

Byla vyslovena na podkladě zhodnocení vlastní studie z roku 2008. Využitím klasifikace MKF mělo být zjištěno, zda jsou nějaké nedostatky v oblasti určování výše příspěvku na péči u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou.

H: „Čím vyšší hodnota kvalifikátoru byla přidělena k otázkám z klasifikace MKF z částí d, e, tím vyšší stupeň příspěvku na péči byl rehabilitantům s roztroušenou sklerózou přiznán.“

METODIKA

Toto výzkumné šetření navazuje na první část výzkumu (z roku 2008) a autorka využívá při tomto šetření některých výsledků a podkladů získaných v předešlém výzkumu.

Výzkumné šetření probíhalo následovně:

- Vytvoření dotazníku (ze statisticky významných otázek z CORE SETu z první části výzkumu) a pilotní ověření dotazníku. Použitý dotazník, část týkající se MKF, byl vytvořen autorkou práce na podkladě statisticky významných otázek z CORE SETu, který byl použit k výzkumnému šetření v roce 2008. Tato část dotazníku obsahovala celkem 27 otázek. Dále dotazník obsahoval otázky týkající se kvality života oblasti sociálního zabezpečení (příspěvek na péči). Z těchto 27 otázek bylo pro statistické zpracování zvoleno 14 otázek statisticky významných, ze kterých bylo prostřednictvím dalšího zpracování zvoleno 7 otázek, které byly proměnnými pro statistické zpracování pomocí Diskriminační analýzy (DA).
- Oslovení občanských sdružení ROSKA a MS center (po celé ČR) k navázání spolupráce při vyhledávání a následné distribuci dotazníků.
- Statistické zpracování druhé části výzkumu proběhlo prostřednictvím statistické metody – Diskriminační analýza (DA). Diskriminač-

ní analýza je technika klasifikace případů do dvou nebo více skupin pomocí číselných proměnných a z nich odvozených syntetických kritérií. Model poskytuje výstupy pro klasifikaci/rozhodování mezi třídami nominální proměnné, specifikaci závislosti mezi číselnými proměnnými a kategoriemi závislé proměnné a komparační analýzu skupin vzhledem ke skupině proměnných. Při použití DA byly zvoleny *proměnné*, tj. otázky z dotazníku, které měly vliv na výši příspěvku na péči tj.: *d 455 Pohyb, d 440 Využití ruky k jemným pohybům, b 435 Funkce imunitního systému, d 445 Využití ruky a paže, d 145 Funkce psaní, b 320 Funkce artikulace, b 235 Vestibulární funkce, a neproměnné* (výše příspěvku na péči) (Skripta spol. StatSoft CR, s. r. o., 2009; www.spss.cz. 2005-2010).

Cílový soubor druhé etapy výzkumu byl sestaven z rehabilitantů s diagnózou roztroušené sklerózy mající bydliště v rámci celé ČR (vstupní kritéria). Cílový soubor druhé části výzkumu byl složen z 213 dotazovaných. Celkem bylo rozesláno 350 dotazníků podle součtu rehabilitantů ve spolupracujících organizacích. Z celkového počtu byla návratnost 255 dotazníků, tj. 72,8 %, z tohoto počtu bylo ještě 42 dotazníků z výzkumu vyřazeno pro neúplné či chybné vyplnění. Konečný počet dotazníků byl 213, tj. 60,8 %. Z celkového počtu 213 respondentů bylo 146 žen (tj. 68,5 %) a 67 mužů (tj. 31,5 %). Průměrný věk u žen byl 43,0 let a u mužů 41,6 let. Průměrná délka trvání onemocnění u žen 13,1 let a u mužů 11,3 let. Nejvyšší věk u žen byl

70 let a nejnižší 16 let. Nejdelší doba trvání roztroušené sklerózy u žen byla 41 let a nejnižší 6 měsíců. Nejvyšší věk u mužů byl 67 let a nejnižší 22 let. Nejdelší doba trvání roztroušené sklerózy u mužů byla 42 let a nejnižší 1 rok.

VÝSLEDKY

Z celkového počtu 213 rehabilitantů při dotazníkovém šetření uvedlo, že 109 jich nemá přiznan žádný příspěvek na péči, tj. 51,17 %, 32 rehabilitantů, tj. 15,02 %, má přiznan I. stupeň příspěvku na péči; II. stupeň příspěvku na péči má přiznáno 33 rehabilitantů, tj. 15,49 %; III. stupeň příspěvku na péči má přiznáno 24 rehabilitantů, tj. 11,26 %; 15 rehabilitantů, tj. 7,04 %, má přiznan IV. stupeň příspěvku na péči.

Z 213 rehabilitantů s roztroušenou sklerózou bylo 146 žen a 67 mužů. Průměrný věk žen byl 43,0 let a u mužů 41,6 let. Průměrná doba trvání onemocnění roztroušenou sklerózou u žen 13,1 let a u mužů 11,3 let. Nejdelší doba trvání onemocnění byla u žen 41 let a nejnižší 6 měsíců. U mužů byla nejdelší doba trvání onemocnění 42 let a nejnižší 1 rok.

Otázky, které byly statisticky významné s ohledem na diskriminaci do skupin dle výše příspěvku na péči za použití diskriminační analýzy, byly následující: *Využití ruky k jemným pohybům (d 440), Využití ruky a paže (d 445), Funkce psaní (d 145), Funkce artikulace (b 320), Vestibulární funkce (b 235), Pohyb (d 455) a Funkce imunitního systému (b 435).*

Tabulka 1 Přehled výše přiznaných příspěvků na péči (zpracováno dle DA) u celkového počtu 213 rehabilitantů

Příspěvek na péči	DA: správně určený stupeň příspěvku na péči		DA: určený vyšší stupeň příspěvku na péči		DA: určený nižší stupeň příspěvku na péči		Pozorované hodnoty: skutečný součet přiznaných příspěvků	
Ne	104	48,83 %	5	2,35 %	0	0,00 %	109	51,18 %
Ano, 1. stupeň	1	0,47 %	3	1,41 %	28	13,15 %	32	15,02 %
Ano, 2. stupeň	6	2,82 %	3	1,41 %	24	11,27 %	33	15,49 %
Ano, 3. stupeň	8	3,76 %	3	1,41 %	13	6,10 %	24	11,27 %
Ano, 4. stupeň	7	3,29 %	0	0,00 %	8	3,76 %	15	7,04 %
Celkem	126	59,19 %	14	6,57 %	73	34,27 %	213	100 %

DISKUSE

V České republice od 1. ledna 2007 nabyl účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon přinesl povinnosti obcím s rozšířenou působností rozhodovat o jeho přiznání, vyplácet ho a kontrolovat jeho využití příjemcem. Zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Pfeiffer o problematice příspěvku na péči říká, že se jedná o jednu z konkrétních aplikací Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v České republice.

Přijetí zákona o sociálních službách představuje výrazný krok v reformě sociálních služeb. Dává tak příjemci možnost, aby se rozhodl, zda chce zůstat v přirozeném rodinném prostředí nebo zda chce využít nabízených sociálních služeb.

Konečné rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči záleží na obecním úřadu obce s rozšířenou působností jako správním orgánem (v praxi hodnocení soběstačnosti hodnotí sociální pracovník a zdravotní stav posuzuje lékař posudkové služby). Při posuzování nároku na příspěvek na péči je podmínkou dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele. Na podkladě vyjádření praktického lékaře a odborných lékařů, popř. funkčního vyšetření, tento nárok na příspěvek na péči vyhodnocuje lékař úřadu práce v místě bydliště žadatele. Dále obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí sociální šetření, kdy sociální pracovník hodnotí úkony soběstačnosti v přirozeném prostředí žadatele. Sociální pracovník hodnotí a zaznamenává žadatelovu soběstačnost v běžných činnostech denního života. Určitým problémem je to, že přítomnost sociálního pracovníka u žadatele je omezená. Sociální pracovník není přítomen u některých úkonů, jako je např. koupání, WC, vaření, praní, chůze po schodech, aby mohl spolehlivě zjistit případnou neschopnost, a proto v některých úkonech tedy vychází jen ze subjektivního sdělení žadatele. Tím může být ovlivněna vypovídací schopnost a validita sociálního šetření.

Stupeň závislosti žadatele tedy vychází z běžných úkonů každodenního života, při nichž potřebuje žadatel každodenní pomoc nebo dohled. Hodnocené úkony soběstačnosti jsou vyjmenovány v zákoně o sociálních službách (celkem je jich 36) a podrobněji jsou uve-

deny ve vyhlášce, kde jsou také postupy, které musí posuzovatelé dodržovat.

Lékař posudkové služby poté na podkladě dodané dokumentace (nález od praktického lékaře a odborných lékařů) hodnotí zdravotní stav žadatele a přihlíží k výsledkům sociálního šetření. Lékař posudkové služby se s žadatelem o příspěvek na péči nemusí „setkat“, vychází ze závěrů šetření sociálního pracovníka a zdravotní dokumentace (jinak je tomu u dětí, kdy od roku 2010 jsou dle nové metodiky děti zvány k vyšetření lékařem posudkové služby). Zástupkyně ombudsmana uvádí, že takovýto způsob hodnocení stavu žadatele je příliš složitý a nepřehledný. Také zástupkyně ombudsmana upozorňuje na skutečnost, že sociální pracovník a lékař posudkové služby jsou v určité vzájemné konkurenci, ale bylo by potřebné, aby spolu naopak velice funkčně a efektivně spolupracovali. Tento problém by mohl být řešen právě prostřednictvím použití klasifikace MKF v klinické praxi, kdy by byla žadatelova disability hodnocena již v rámci hospitalizace, aby byl tak vytvořen celistvý a komplexní pohled na rehabilitanta, který z např. z akutního lůžka odchází do domácího ošetřování (www.ct24.cz. 2010; www.finance.cz. 2000-2010).

Právním ukotvením klasifikace MKF v ČR od 1. 7. 2010 nebylo zatím stanoveno, jakým způsobem klasifikaci MKF v praxi aplikovat, zda rehabilitanty posuzuje multidisciplinární tým nebo zda postačí hodnocení např. lékaře. Ze zkušeností ze států EU (např. Německo) je zřejmé, že komplexnější pohled na rehabilitanta přináší hodnocení právě multidisciplinárním týmem, který je zastoupen odborníky více profesí (lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník apod.), neboť každý pracovník má odborné vzdělání ve své oblasti. Standardní složení multidisciplinárního týmu může být v podobě: lékař (specialista), zdravotní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, v příp. potřeby (dle klinické diagnózy) může být tým doplněn o logopeda, nutričního terapeuta apod. (www.ct24.cz. 2010).

Přitom Čeledová a Čevela upozorňují, že nároky na vzdělání posudkových lékařů byly vždy vysoké nejen v souvislosti s pokroky lékařské vědy, ale i v rámci dynamického vývoje celé sociální oblasti (Čeledová, Čevela, 2008; www.ct24.cz. 2010).

ZÁVĚR

Z výsledků výzkumného šetření vzešel závěr, že na podkladě zhodnocení výše příspěvku na péči s využitím klasifikace MKF a zpracováním metodou DA byl shodný výsledek v 59 %, vyšší v 6,57 % a nižší ve 34 %. V rámci výzkumného šetření se srovnával stupeň přiděleného příspěvku na péči s disabilitou konkrétního rehabilitanta (disabilita byla hodnocena dle klasifikace MKF).

Hypotéza byla potvrzena. U 59 % případů byl určen stupeň příspěvku ve shodě s klasifikací MKF. Otázkou zůstává, proč byla hypotéza výzkumného šetření potvrzena pouze v 59 %. „Podváděli tedy rehabilitanti v souvislosti s žádostí o příspěvek na péči, simulovali při provádění sociálního šetření, aby docílili vyšších finančních benefitů, nebo pochybili ošetřující lékaři, když doložili neobjektivní údaje o zdravotním stavu, či dokonce pochybila státní správa, a potom v čem?“

Do systému hodnocení celkového stavu žadatele a následného přiznání příspěvku na péči by bylo třeba zavést komplexní způsob hodnocení zdravotního a sociálního stavu žadatele. Kromě stupně disability, zjištění funkční či anatomické poruchy na úrovni orgánu či systému, zjišťovat funkce neporušené, kterými by bylo možné kompenzovat poruchu nebo ji alespoň zmírnit. Zároveň se zabývat samotným rehabilitantem, jeho kvalitou života, která se v posledních letech stává jedním z důležitých kritérií při hodnocení úspěšnosti léčby především u chronických onemocnění. Součástí komplexního pohledu by bylo i doplnění příjmové a finanční situace poživatelů příspěvku na péči či žadatelů o příspěvek na péči. Pro „dokreslení“ celkové situace rehabilitantů by měla být využita např. klasifikace MKF, která těmto požadavkům odpovídá. Poskytuje komplexní pohled na rehabilitanta, ukazuje objektivní i subjektivní stav rehabilitanta. Také klasifikace MKF může eliminovat možnost vzniku „chyby“ při hodnocení disability rehabilitanta. Zároveň ale klasifikace MKF přináší celou řadu problémů (např. časová a personální náročnost, náročné proškolení pracovníků multidisciplinárního týmu v klasifikaci apod.) při její aplikaci do klinické praxe. Samozřejmě ani klasifikace MKF nemůže zaručit eliminaci potenciálních chyb podmíněných lidským faktorem v každé činnosti.

Hlavní přínos klasifikace MKF pro rehabilitanta je v tom, že se mu dostává komplexního a individuálního hodnocení. V rámci práce s rehabilitantem jsou vyhledávány především funkce neporušené, které mohou kompenzovat úplně nebo částečně porušené funkce, zároveň je přihlíženo k subjektivním postojům, názorům a hodnotám každého rehabilitanta zvlášť.

LITERATURA

- BURNFIELD, A.: *Co znamená roztroušená skleróza?* [online]. [1999] [cit. 2009-04-17]. Co znamená roztroušená skleróza? Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek234.htm>>.
- CIEZA, A. et al.: Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002, 34, 5, s. 205–210.
- ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R.: Celoživotní vzdělávání posudkových lékařů. *Tempus Medicorum, časopis ČLK*, 2008, roč. 17, č. 9, s. 18–19.
- HAVRDOVÁ, E.: *Je roztroušená skleróza Váš problém?* Průvodce pro lidi s roztroušenou sklerózou, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují. 1. vyd. Praha: Unie Roska, česká MS společnost, 1999, 156 s.
- HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 110 s.
- HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza. Farmakoterapie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, s. r. o., 2005, 89 s.
- LENSKÝ, P.: *Roztroušená skleróza mozkomíšni – nemoc, nemocný a jeho problémy*. Praha: Unie Roska, česká MS společnost, Praha, 1996, 182 s. Edice Roska.
- MATLASOVÁ, H.: Kvalita života nemocných s roztroušenou sklerózou mozkomíšni. *Practicus*. 2006, 10, s. 462–464.
- MATLASOVÁ H., KUPKOVÁ J.: Fyzické aktivity u nemocných s roztroušenou sklerózou. *Kontakt*, 2008, vol. 10, no 2, s. 382–388.
- Skripta Společnosti StatSoft CR s. r. o., 2009.
- VOTAVA, J. et al.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2003, 207 s.
- www.ct24.cz [online]. 2010 [cit. 2010-07-23]. Systém přidělování příspěvků na péči nevyhovuje. Dostupné z WWW: <<http://www.ct24.cz/regionalni/brno/84051-ombudsman-system-pridelovani-prispevku-na-peci-nevyhovuje/>>.
- www.finance.cz [online]. 2000-2010 [cit. 2010-06-30]. Příspěvek na péči. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/socialni-podpora/informace/prispevek-na-peci/>>.
- <http://www.syynx.de/> [online]. 2001 [cit. 2010-03-01]. https://secure.syynx.de/asklepiosCMS/webpageUpload/700-141306_Checkliste.pdf. Dostupné z WWW: <https://secure.syynx.de/asklepiosCMS/webpageUpload/700-141306_Checkliste.pdf>.
- www.spss.cz [online]. 2005-2010 [cit. 2010-06-30]. Diskriminační analýza. Dostupné z WWW: <http://www.spss.cz/cv/cv_da.htm>.

ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 2008, vol. 10, no 1, s. 140–149.
 ZEMAN M.: Using the international classification of functioning, disability and health (IFC) for the evaluation

of patients with ankylosing spondylitis. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*, 2010, vol. 1, no 3–4.

Hana Matlasová
hmatlasova@seznam.cz

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,
 jmenuji se Hana Matlasová, na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích studuji postgraduální studium. V rámci své dizertační práce se zabývám problematikou Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví ve vztahu k onemocněním roztroušenou sklerózou. Dotazník, který jste obdržel(a), je druhou etapou výzkumného šetření týkajícího se MKF a roztroušené sklerózy. V první etapě bylo hodnoceno rehabilitačním týmem dle MKF 25 osob s roztroušenou sklerózou (cca 100 otázek). Z prvního hodnocení vzešel určitý počet statisticky významných otázek, které jsou Vám nyní předloženy v tomto dotazníku – druhá etapa výzkumu. V této části výzkumu je potřeba oslovit co nejvíce osob s roztroušenou sklerózou. Informace, které mi v dotazníku poskytnete, jsou zcela anonymní a budou použity pouze ke studijním účelům.

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví (dále jen MKF) byla schválena v roce 2001 WHO. Státy Evropské unie přijaly tuto klasifikaci jako základní filozofii a politiku rehabilitace. V ČR není klasifikace zatím příliš známá. Teprve v roce 2008 byla v ČR vydána knižně. Tato publikace se nyní stává nezbytnou pro všechna rehabilitační centra, posudkové komise sociálního zabezpečení a pro všechny zdravotníky i veřejné činitele, jejichž pracovní náplň se týká zdravotně sociální a pracovní problematiky. MKF klade důraz na multidisciplinární tým (lékař, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestra) jako nové pojetí moderní rehabilitace. Důležitá je včasnost zahájení rehabilitace, vypracování rehabilitačního plánu s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s efektivními náklady. Cílem této politiky je zaručit plnou a aktivní účast občanů na životě společnosti a pomoci jim vést, pokud je to možné, samostatný život.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Dotazník je rozdělen na 6 částí.

1. Část jsou otázky identifikační: věk, pohlaví aj., které prosím vyplňte.
2. Část jsou otázky použité z klasifikace MKF – Aktivita a participace. Zde stejný princip vyplnění jako u 2. části.
3. Část jsou otázky použité z klasifikace MKF – Faktory prostředí. Zde je pro odpověď vytvořena číselná také osa, která má kladné a záporné hodnoty (0–100 %, –100 %–0 %), kam prosím zaškrtněte, zvýrazněte aj. svou odpověď. Kladné hodnoty ukazují, že na Váš stav uvedené faktory působí pozitivně, a naopak.
4. Část se zabývá sociálním zabezpečením ve vztahu k Vašemu onemocnění.

Děkuji za spolupráci.
 Hana Matlasová

Kontakt: Mgr. Hana Matlasová, e-mail: hmatlasova@seznam.cz

I. část: Identifikační otázky

Pohlaví:

Věk:

Jak dlouho trpíte roztroušenou sklerózou (dále jen RS)?

Nyní budou následovat otázky (1–16), na které odpovíte prostřednictvím číselné osy (rozmezí 0 až 100 %, 0 až –100 %). Na ose vyznačte zaškrtnutím nebo zvýrazněním Vámi vybranou hodnotu: **(0 %: žádná porucha, 100 %: úplná porucha)**

II. část: Aktivita a participace

1) Jaká je Vaše funkce pozorování (tzn. používání zraku k záměrnému vnímání zrakových podnětů)?

2) Jaká je Vaše funkce psaní (tzn. vyvinutí způsobilosti produkovat symboly, které představují zvuky, slova nebo věty)?

3) Jaká je Vaše funkce zvedání a nošení předmětů (tzn. Zvednutí předmětu nebo jeho přenášení)?

4) Jaká je Vaše funkce využití ruky k jemným pohybům (tzn. schopnost provádění koordinovaných činností při pohybování předměty, uchopení, manipulace a jejich uvolňování za použití jedné ruky, prstů a palce)?

5) Jaká je Vaše funkce využití ruky a paže (tzn. schopnost provádění koordinovaných činností, které vyžadují pohybovat objekty nebo manipulovat s nimi při použití rukou a paží: zmáčknutí kliky u dveří, házení či chytání objektu)?

6) Jaká je Vaše funkce pohybu (tzn. pohybování se celým tělem z místa na místo jiným způsobem, než je chůze, např. utíkání, poskakování, běh přes překážky apod.)?

7) Složitá mezilidská jednání (tzn. udržování a organizování jednání s ostatními lidmi, v daných souvislostech a společensky vhodným způsobem)?

III. část: Faktory prostředí

8) Jaký mají vliv obecné produkty a technologie pro zaměstnání na Váš stav (tzn. vliv vybavení, produktů a technologií používaných pro zaměstnání k usnadnění pracovních činností: nářadí, speciální vybavení, ...)?

9) Jaký vliv má podnebí na Váš stav (tzn. vliv meteorologických charakteristik – počasí. Patří sem vliv teploty, vlhkosti, atmosférického tlaku, srážek, větru a změn ročních období)?

10) Jaký vliv má světlo na Váš stav (tzn. vliv intenzity, kvality světla a barevných kontrastů: sluneční nebo umělé osvětlení)?

11) Jaký vliv mají zvuky na Váš stav (tzn. vliv intenzity a kvality zvuku na celkový stav, např. bouchání, zvonění, zpívání, hvízdání, křičení aj.)?

12) Jaký vliv má na Váš stav nejbližší rodina (tzn. vliv osob poskytujících účinnou fyzickou nebo citovou podporu, výživu, ochranu, pomoc. Jedná se o osoby spřízněné narozením, svatbou aj.)?

13) Jaký vliv mají na Váš stav přátelé (tzn. vliv osob, které jsou si blízké, a spoluúčastníci vztahů charakterizovaných důvěrou a vzájemnou podporou)?

14) Jaký vliv mají na Váš stav známí, kamarádi, kolegové, sousedé (tzn. vliv osob, které jsou sobě nakloněny, mající společné demografické rysy: stáří, pohlaví zájmy)?

15) Jaký vliv mají na Váš stav pečovatelé a osobní asistenti (tzn. vliv osob, které zajišťují služby podle potřeby, aby pomohly jiným osobám v každodenních aktivitách: osobní asistence, placená pomoc, pečovatelská služba)?

16) Jaký dopad mají na Váš stav sociální normy, praxe a ideologie (tzn. vliv zvyků, praxí a hodnotového systému a normativního vnímání)?

IV. Otázky týkající se sociálního zabezpečení:

17) Pobíráte příspěvek na péči?

- a) ano:
 - 1. stupeň
 - 2. stupeň
 - 3. stupeň
 - 4. stupeň
- b) ne

18) Máte přiznaný invalidní důchod?

- a) ano: částečný
 plný
- b) ne

19) Pobíráte některé dávky dle vyhlášky č. 182/1991 Sb.?

- a) příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- b) jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- c) příspěvek na úpravu bytu
- d) příspěvek na provoz motorového vozidla
- e) a jiné, prosím, vypište.....

Jestliže máte nějaké připomínky nebo chcete něco dodat, prosím, uveďte je zde:

.....

.....

.....