

ORIGINAL ARTICLE

PRAKTICKÁ APLIKACE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ

Practical use of the International Classification of Functional Capacities, Disability and Health

Hana Matlasová

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

Summary

Multiple sclerosis is a chronic, autoimmunity and demyelination disease of the nervous system. The disease causes disability and brings severe physical, mental, social, occupational and economical consequences. A further big problem in patients with multiple sclerosis is their ability to work. The determination of multiple sclerosis still does not mean unavoidable disability. The patients are able to work (provided that certain conditions are adhered to: for example to avoid work at high temperatures, in sunshine, at elevated sites, providing more frequent breaks, etc.). We speak about disability if a disorder, which may be functional or morphological, at a level of an organ or of the whole system, starts limiting the patient in a certain way in his/her everyday activities. The target of the research examination was a practical use of the MKF (International Classification of Functional Capacities, Disability and Health) in the assessment of the health and social situation of rehabilitating patients with multiple sclerosis (based on their disability). The assessment of their health and social condition according to the classification was implemented in 2008.

For the data accumulation technique by qualitative examination, a semi-standardized interview (worker of a multidisciplinary team – rehabilitating patient) was employed, which was recorded into a sheet of the MKF, so called CORE SET for multiple sclerosis. In the CORE SET, factors of environment (e), activity and participation (d) were evaluated within the framework of the research.

The results in the chapter *Environmental factors indicate* that the highest barriers for the rehabilitating patients with multiple sclerosis are, for example effects of the light, climate change and sound. Facilitating factors are first of all the family and friends, products or materials for personal use (medicines, vitamins, etc.), persons providing the care and personal assistance, and last but not least, also materials and products making possible the outdoor or indoor mobility (compensatory tools for walking). In the chapter *Activity and participation*, the performance and capacity in particular activities were evaluated (according to MKF manual). The results indicate that there is the largest disproportion between the performance and capacity in familial and formal relationships (by 0.15 unit of the qualifier), economic sufficiency (by 0.10 unit of the qualifier), learning to read (by 0.50 unit of the qualifier) and write (by 0.45 unit of the qualifier), intimate relationships (by 0.35 unit of the qualifier) and in the field of taking care for oneself and self-sufficiency.

In the discussion, the author emphasizes that this is one of the first results of the chronic disease evaluation with the use of the MKF classification in the Czech Republic. The data obtained may be employed for the use of the MKF in the assessment of the disability of persons with multiple sclerosis.

Key words: multiple sclerosis – International Classification of Functional Capacities Disability and Health – environmental factors – activities and participation

Souhrn

Roztroušená skleróza je chronické, autoimunní a demyelinizační onemocnění nervového systému. Onemocnění způsobuje disabilitu a má závažné tělesné, psychické, sociální, pracovní a ekonomické důsledky. Dalším velkým problémem u nemocných s roztroušenou sklerózou je jejich práce schopnost. Stanovení diagnózy roztroušené sklerózy neznamena nevyhnutelnou invaliditu, nemocní mohou pracovat (za předpokladu dodržení určitých podmínek: např. vyvarovat se práce v horku, na slunci, ve výškách, zařazovat častější přestávky apod.). O disabilitě mluvíme tehdy, jestliže porucha, funkční či morfologická na úrovni orgánu nebo celého systému, začne nemocného určitým způsobem omezovat v každodenních činnostech.

Cílem výzkumného šetření bylo praktické použití klasifikace MKF v hodnocení zdravotně sociální situace rehabilitantů s roztroušenou sklerózou (na podkladě jejich disability). Hodnocení jejich zdravotně sociálního stavu dle klasifikace proběhlo v roce 2008.

Pro techniku sběru dat kvalitativním šetřením byl zvolen polostandardizovaný rozhovor (pracovník multidisciplinárního týmu – rehabilitant), který byl zaznamenáván do záznamového archu MKF, tzv. CORE SETu pro roztroušenou sklerózu. V CORE SETu byly v rámci výzkumu hodnoceny oblasti: faktory prostředí (e), aktivita a participace (d).

Výsledky v kapitole *faktory prostředí* ukazují, že největší bariérou pro rehabilitanty s roztroušenou sklerózou je např. vliv světla, změny klimatu (podnebí) a zvuk. Facilitátorem je především rodina a přátelé, produkty nebo látky k osobnímu použití (léky, vitaminy apod.), také osoby zajišťující péči a osobní asistenci a v neposlední řadě také látky a produkty pro umožnění mobility venku či v domácím prostředí (kompenzační pomůcky pro chůzi). V kapitole *aktivity a participace* byl hodnocen výkon a kapacita u jednotlivého úkonu (dle manuálu MKF). Výsledky ukazují, že největší disproporce mezi výkonem a kapacitou byla např. u rodinných a formálních vztahů (o 0,15 jednotky kvalifikátoru), ekonomické soběstačnosti (o 0,10 jednotky kvalifikátoru), učení se číst (o 0,50 jednotky kvalifikátoru) a psát (o 0,45 jednotky kvalifikátoru), intimních vztahů (o 0,35 jednotky kvalifikátoru) a v oblasti sebezpečí a soběstačnosti.

V diskusi autorka zdůrazňuje, že se jedná o jeden z prvních výsledků hodnocení chronického onemocnění s využitím klasifikace MKF v ČR. Získaná data lze využít k používání MKF při hodnocení disability u osob s roztroušenou sklerózou.

Klíčová slova: roztroušená skleróza – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – faktory prostředí – aktivity a participace

ÚVOD

Roztroušená skleróza

Dle Havrdové je v České republice prevalence roztroušené sklerózy kolem 100–130 obyvatel na 100 000. Příčiny vzniku onemocnění roztroušenou sklerózou jsou závislé na velké souhře více faktorů, zevních a vnitřních, jedná se např. o faktory okolního prostředí, faktory genetické apod. (Havrdová, 1999).

Roztroušená skleróza je onemocnění, které postihuje centrální nervový systém, mozek a míchu. V patogenezi onemocnění se uplatňuje vznik zánětlivých, někdy mnohočetných, infiltrátů v centrálním nervovém systému, především v bílé hmotě mozku. V ložisku zánětu dochází k rozpadu myelinu a nevratné ztrátě axonů. O takto „postiženém“ nervovém vláknu

mluvíme jako o demyelinizovaném. Toto vlákno ztrácí schopnost vedení elektrického impulsu a nervového vzruchu. Klinický projev ložisek onemocnění je závislý na jejich lokalizaci v bílé hmotě mozku a míchy a také na jejich velikosti. Některé oblasti bílé hmoty jsou postiženy častěji, např. oblast optických nervů, oblast míchy a mozkového kmene. Např. Faiss uvádí, že až u 70 % pacientů je prvotním příznakem onemocnění porucha chůze a rovnováhy (Havrdová, 1999, 2003, 2005; Faiss, 2007).

Léčba roztroušené sklerózy musí být komplexní, tzn. že léčebné farmakologické postupy se kombinují s rehabilitací – fyzickým cvičením. Mezi vhodné sporty pro rehabilitanty s roztroušenou sklerózou můžeme zařadit např. jógu, hipoterapii, protahovací a relaxační cvičení (Havrdová, 2002, 2005).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKF byla schválena na 54. shromáždění WHO v roce 2001 a byla doporučena k mezinárodnímu používání. Posláním MKF je, že má vytvořit společný jazyk pro popis zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům. Hlavní aplikace MKF je především v oblasti klinické, a to v oblasti rehabilitace a posudkové činnosti.

Cieza poukazuje na to, že WHO stanovila MKF jako nový základ pro chápání zdraví. Hlavním posláním MKF je, aby po stanovení diagnózy ve zdravotnickém zařízení, zachránění života a provedení nezbytné terapie nebo tam, kde úraz či nemoc zanechají trvalé následky, byla aplikována další individuální, komplexní a plynulá rehabilitace. Souběžně s léčebnou rehabilitací, která je zahájena už ve zdravotnickém zařízení, by měla probíhat rehabilitace ostatních potřeb nemocného (např. sociální, pedagogická apod.) (Cieza et al. 2002; Cieza, Stucki, 2008).

V klinické praxi, za použití klasifikace MKF, realizuje hodnocení zdravotně sociálního stavu u rehabilitantů tzv. multidisciplinární tým. Votava uvádí, že nejčastěji je multidisciplinární tým složen z lékaře, logopeda, psychologa, sociálního pracovníka, zdravotní sestry, fyzioterapeuta a ergoterapeuta, popř. posudkového lékaře. Multidisciplinární tým představuje skupinu odborníků, kteří v rámci rehabilitační medicíny vzájemně spolupracují a dosahují tak společných rehabilitačních cílů u jednotlivých pacientů. Optimálním výsledkem rehabilitace je proto odstranění, nebo alespoň zmírnění všech důsledků nemoci nebo úrazu (Cieza et al., 2002; Votava et al., 2003; Maini et al., 2008; Matlasová, Kupková, 2008).

CORE SET pro roztroušenou sklerózu

CORE SET pro roztroušenou sklerózu je záznamovým archem MKF. Tento záznamový arch byl vytvořen již pro konkrétní diagnózu – roztroušenou sklerózu, 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, 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.

Cílem výzkumného šetření bylo použití klasifikace MKF v klinické praxi v hodnocení zdravotně sociální situace u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou.

METODIKA A MATERIÁL

Autorka zvolila pro vyhodnocování jednotlivých částí CORE SETu především část faktorů prostředí a aktivit a participací. Důvodem jsou kompetence autorky z pozice sociálního pracovníka a zdravotní sestry.

Výzkumná část práce byla založena na metodice kvalitativního šetření. Hodnocení proběhlo v roce 2008 a pro sběr dat byla použita kvalitativní technika sběru dat (polostandardizovaný rozhovor, pozorování). Samotné šetření probíhalo v následujících krocích:

- Byl vytvořen multidisciplinární tým a jeho pracovníci byli v klasifikaci MKF následně proškoleni. Multidisciplinární tým byl sestaven ve složení: lékař (neurolog), zdravotní sestra, sociální pracovník, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog. Podmínkou pro začlenění pracovníka do multidisciplinárního týmu MKF byla praxe v oboru multidisciplinárního týmu hodnotil rehabilitanta samostatně a příslušný kvalifikátor následně zaznamenával do předem připraveného záznamového archu MKF CORE SET pro roztroušenou sklerózu. Po samotném hodnocení následovalo ještě několik schůzek multidisciplinárního týmu pro určení definitivního kvalifikátoru v jednotlivých částech CORE SETu. Mimo jiné měl každý pracovník multidisciplinárního týmu k dispozici lékařské nálezy a rozhodnutí o přidělení výše příspěvku na péči u konkrétního rehabilitanta. Způsob práce s rehabilitantem byl takový, že pracovník týmu vedl s rehabilitantem rozhovor (dle otázek z CORE

- SETu) a součástí hodnocení bylo i objektivní vyšetření funkčnosti rehabilitanta.
- Oslovení rehabilitantů s roztroušenou sklerózou a jejich zapojení do výzkumu (podepsání souhlasu s výzkumem).
 - Realizace samotného hodnocení rehabilitantů a záznam jejich zdravotně sociální situace do záznamového archu CORE SETu. Hodnocení probíhalo formou polostandardizovaného rozhovoru mezi pracovníkem týmu a rehabilitantem, vyšetřováním, popř. použitím pomocných metod pracovníkem týmu v hodnocení. Rozhovor a vyšetření rehabilitantů probíhalo u jednotlivých pracovníků týmu v samostatných místnostech. Pracovníci týmu hodnotili a zaznamenávali kvalifikátory do jednotlivých částí CORE SETu (část faktory prostředí, část aktivity a participace). Pracovník týmu měl k dispozici manuál MKF a pomocné testy ze „své“ vyšetřované oblasti (ADL, IADL, FIM, psychologické testy apod.). Manuál MKF byl vydán za přispění NRZP ČR a MZ ČR v roce 2008 v českém jazyce.
 - Po hodnocení následovalo několik schůzek multidisciplinárního týmu pro určení definitivního kvalifikátoru v jednotlivých částech CORE SETu v případě, že hodnota kvalifikátoru byla nejasná.
 - V první etapě výzkumného šetření byly vybrány (dle statistické významnosti) otázky z jednotlivých komponent CORE SETu. Byly zmapovány a vyhodnoceny komponenty aktivity a participace a faktory prostředí, které budou popsány v kapitole výsledků.
 - Hodnocení probíhalo kódováním pomocí kvalifikátorů MKF.

Statistické zpracování první části výzkumného šetření proběhlo v části faktorů prostředí za použití popisných statistických metod (tj. modus, mediána aritmetický průměr), v části aktivity a participace bylo využito Wilcoxonova párového testu. Wilcoxonův párový test je neparametrická alternativa párového t-testu, respektive dvouvýběrového t-testu (Disman, 2002; Hendl, 2005; Skripta spol. Statsoft ČR, s. r. o., 2009).

Cílový soubor byl sestaven z rehabilitantů s diagnózou roztroušené sklerózy majících bydliště v Jihočeském kraji (vstupní kritéria). Reha-

bilitanti byli osloveni prostřednictvím Nemocnice České Budějovice, a. s. (MS centrum), a prostřednictvím občanského sdružení ROSKA v Českých Budějovicích. Na počátku výzkumu bylo v celkovém počtu osloveno 60 rehabilitantů s roztroušenou sklerózou. Hodnocení se zúčastnilo v konečném počtu 20 rehabilitantů (tj. 33 %), důvodem snížení počtu zúčastněných bylo např. náhlé zhoršení jejich zdravotního stavu či rodinné problémy. Z celkového počtu 20 respondentů bylo 15 žen (tj. 75,0 %) a 5 mužů (tj. 25,0 %). Průměrný věk u žen byl 44,0 let a u mužů také 44,0 let. Průměrná délka trvání onemocnění u žen 12,8 let a u mužů 6,9 let. Nejvyšší věk u žen byl 67 let a nejnižší 22 let.

Použitou technikou sběru dat byl záznamový arch MKF CORE SET pro roztroušenou sklerózu. CORE SET se používá pro záznam polostandardizovaného rozhovoru mezi pracovníkem multidisciplinárního týmu a rehabilitantem. CORE SET pro roztroušenou sklerózu byl vytvořen 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. Součástí CORE SETu jsou otázky identifikační, dále je záznamový arch rozdělen do komponent, které obsahují konkrétní otázky. Komponenta aktivity a participace obsahovala 64 otázek a faktory prostředí obsahovaly 36 otázek. Další komponenty CORE SETu, tj. tělesné funkce a tělesné struktury, nebyly v rámci výzkumu hodnoceny (Pfeiffer et al., 2007).

VÝSLEDKY

Výsledky první etapy šetření

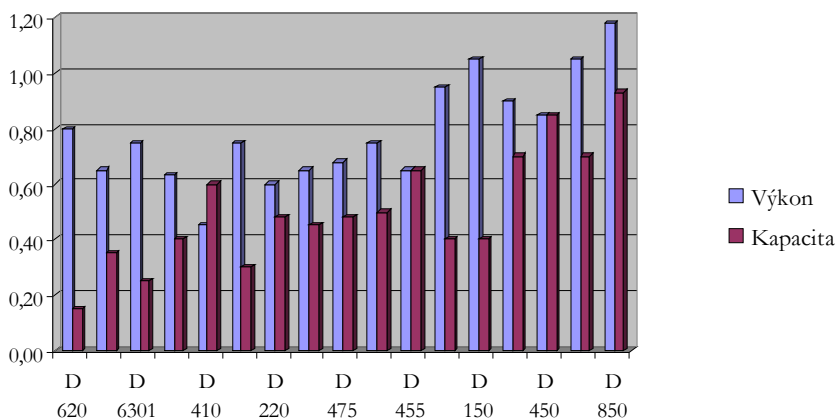
Faktory prostředí z hlediska působení na rehabilitanty můžeme dělit na facilitátory a bariéry.

Nejvíce facilitujícím faktorem prostředí byl faktor *Produkty nebo látky k osobnímu použití (e 110)*, kde bylo dosaženo průměrné celkové hodnoty kvalifikátoru +2,50. Dalším významným faktorem prostředí byl faktor *Nejbližší rodina (e 310)* s hodnotou +1,90, faktor *Přátelé (e 320)* s hodnotou +1,45, faktor *Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci (e 340)* s hodnotou kvalifikátoru +1,10. U faktoru *Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství (e 325)* dosáhla hodnota kvalifikátoru čísla +0,95. U faktoru *Produkty a technologie k osobnímu použití v běžném životě (e 115)* byla hodnota kvalifikátoru +0,90

a u faktoru *Produkty a technologie pro osobní mobilitu uvnitř a venku (e 120)* bylo dosaženo hodnoty +0,85. Dalším významným faktorem prostředí, který facilitoval rehabilitanty s roztroušenou sklerózou, je faktor *Obecné produkty a technologie pro zaměstnání (e 135)* s dosaženou hodnotou +0,75.

Faktory prostředí, které byly pro rehabilitanty největší bariérou, jsou: faktor *Podnebí, klima (e 225)* s hodnotou -1,35, faktor *Zvuk (e250)* s hodnotou -0,95 a faktor *Světlo (e 240)* s hodnotou -0,75.

V části *aktivity a participace* byl hodnocen členy multidisciplinárního týmu kvalifikátor **výkonnosti** a **kapacity** (kvalifikátor výkonu a kapacity se hodnotí samostatně). U zdravého jedince můžeme předpokládat, že by se výkon a kapacita měla rovnat, tzn. že kvalifikátor by měl být u výkonu 0 a u kapacity také 0. Kvalifikátor 0 odpovídá v procentuálním rozmezí poruše 0–4 %. Dá se říci, že u jedince začíná problém u hodnoty kvalifikátoru 1 (tj. 5–24 %) (Zeman, 2010).



Graf 1 Zobrazení disproporce mezi výkonem a kapacitou u vybraných otázek

DISKUSE

V současné době jsou v ČR pro potřeby zdravotnické a sociální péče používány dva typy klasifikací: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize (MKN – 10. revize) a poté Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Klasifikace MKF nabyla v ČR účinnosti od 1. 7. 2010. Obě klasifikace mají zcela odlišný účel a způsob použití. MKN – 10. revize je standardizovanou mezinárodní klasifikací, která se užívá pro účely epidemiologické, zdravotnické a klinickou praxi. Umožňuje mezinárodní srovnání mortality a morbidit. MKF je oproti tomu klasifikací zdraví a s ním spojených stavů. Vytváří rámec

pro hodnocení zdraví a disability na úrovni jedince i celé společnosti. Bruthansová a kol. popisují disability jako snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince či společnosti, a vzniká tehdy, když se jedinec setká s bariérami v prostředí (Bruthansová et al., 2009).

Realizace výzkumného šetření proběhla v roce 2008 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity a bylo prvním svého druhu v Jihočeském kraji. Bylo užito kvalitativního šetření. Použití klasifikace MKF u rehabilitantů s diagnózou roztroušené sklerózy bylo užito u této diagnózy z toho důvodu, že toto onemocnění má závažné nejen zdravotní, ale i psychické, sociální, ekonomické a pracovní důsledky. Jedná se o onemocnění celoživotní, nevyлéčitel-

né, které „zasahuje“ do všech oblastí života a mj. postihuje osoby nejčastěji v produktivní generaci.

Autorka práce získala zkušenosti s používáním manuálu MKF v klinické praxi na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze, kde probíhal výzkum u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou, za použití klasifikace MKF, který byl realizován v rámci projektu MHADIE (doc. MUDr. Švestková, Ph.D.; MUDr. Sládková; prof. MUDr. Pfeiffer, DrSc.; MUDr. Angerová)). V rámci projektu MHADIE byl vytvořen CORE SET pro roztroušenou sklerózu, který byl autorce se svolením Kliniky rehabilitačního lékařství k dispozici pro její výzkumné účely. Výhodou CORE SETu je, že obsahuje ty konkrétní otázky (z jednotlivých částí: faktory prostředí, aktivity a participace), které se přímo týkají onemocnění a mají s ním bezprostřední souvislost. CORE SET je záznamovým archem pro zápis informací od rehabilitanta získaných rozhovorem, popř. pozorováním. Tento CORE SET ve výše dvou zmíněných částech obsahuje 64 otázek (aktivity a participace) a 36 otázek (faktory prostředí). Tento poměrně vysoký počet otázek je velkou nevýhodou CORE SETu, proto je nutné hodnotit pouze to, pro co máme konkrétní a validní podklady (nic si nedomyšlet). Hodnocení u rehabilitanta probíhá pouze během posledních 30 dní od hodnocení dle MKF. Zároveň je žádoucí, aby pracovníci multidisciplinárního týmu měli k dispozici pomocné testy (ze „své“ hodnocené oblasti, např. ADL – Activity Daily Living, FIM – Funkční míra nezávislosti apod.) pro možné vyšetření rehabilitantů či podklady pro stanovení konečné výše kvalifikátoru (v případě rozporů či nejistoty). Kvalifikátory se užívají v rozmezí 0–4. Hodnota 0 znamená, že rehabilitant je v hodnocené otázce bez problémů, zatímco hodnota 4 ukazuje na úplnou poruchu funkce či úplnou nemožnost výkonu. Pro snadnější volbu kvalifikátoru je možné si kvalifikátory převést na procenta, tj. např. 0 = 0–4 % a hodnota 4 = 96–100 %. Můžeme říci, že u rehabilitanta problém nastává při použití kvalifikátoru 1 (tj. lehký problém, 5–24 %).

Součástí objektivního šetření dle klasifikace MKF by mělo být také subjektivní hodnocení samotných rehabilitantů za pomoci dotazníků kvality života (např. WHODAS II. nebo SEIQoL). Pro subjektivní hodnocení byl použit dotazník kvality života SEIQoL.

Prezentace výsledků kvality života u výzkumného souboru není předmětem tohoto článku.

Zásadními problémy, se kterým se autorka v rámci realizace výzkumu setkala, bylo např. sestavení multidisciplinárního týmu a následné odborné proškolení pracovníků týmu. Hodnocení dle klasifikace MKF je značně náročné nejen ekonomicky, ale i personálně. Ekonomické náklady na hodnocení multidisciplinárním týmem MKF by měly být v rámci zdravotního pojištění (např. Německo). Samotné hodnocení dle MKF je časově náročné, neboť každý pracovník týmu by měl rehabilitanta oklasifikovat, popř. o výši přiděleného kvalifikátoru ještě s dalšími členy týmu diskutovat. Proto by bylo vhodné provádět hodnocení již v rámci hospitalizace rehabilitanta ve zdravotnickém či sociálním zařízení.

V době realizace nebyla v ČR o klasifikaci MKF téměř žádná osvěta, odborná i laická veřejnost neměla důvěru, takže problémy nastaly i v případě „hledání“ rehabilitantů s roztroušenou sklerózou a pracovníků do multidisciplinárního týmu. Na počátku výzkumu bylo osloveno 60 rehabilitantů, ale konečný počet pro výzkumné šetření byl 20. Velkou obavou rehabilitantů bylo, že v důsledku šetření své zdravotně sociální situace „přijdou“ o své již přiznané invalidní důchody či příspěvky na péči atp. Proto rehabilitanti zapojení do výzkumného šetření podepsali informovaný souhlas a pracovníci multidisciplinárního týmu podepsali před hodnocením mlčenlivost, obojí dokumenty s podpisy byly naskenovány z originálních tiskopisů a jsou uloženy na CD nosiči.

Hlavní cíl práce, použití klasifikace MKF v klinické praxi při hodnocení zdravotně sociální situace u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou, byl splněn. Hodnocení dle klasifikace MKF, kdy hodnotícími byli členové multidisciplinárního týmu, bylo použito v rámci kvalitativního šetření u 20 rehabilitantů s roztroušenou sklerózou. V rámci šetření byla zmapována zdravotně sociální situace za použití záznamového archu CORE SETu pro roztroušenou sklerózu.

Rehabilitanti hodnocení své zdravotně sociální situace uvítali, byli mile překvapeni, že se někdo o ně zajímá a ptá se jich na jejich pocity, názory apod. Při samotném vyšetření bylo důležité zachovat anonymitu každého rehabilitanta, proto byli jednotliví pracovníci multidisciplinárního

ního týmu v samostatných místnostech a rehabilitanti k nim přicházeli po jednom. Vyšetření u jednoho člena týmu trvalo v průměru kolem 45 min. Jak např. uvádí Švestková, vyšetření může být i kratší, např. 10 minut, pokud má člen týmu o rehabilitantovi dostatek validních informací. Dílčí cíle práce byly také splněny: *Kódování (pomocí kvalifikátorů MKF) zdravotně sociální situace rehabilitantů s roztroušenou sklerózou podle manuálů MKF*. Každý pracovník multidisciplinárního týmu hodnotil rehabilitanta samostatně a příslušný kvalifikátor následně zaznamenal do předem připraveného záznamového archu MKF CORE SETu pro roztroušenou sklerózu. Po samotném hodnocení následovalo ještě několik schůzek multidisciplinárního týmu pro určení definitivního kvalifikátoru v jednotlivých částech CORE SETu. Dalším dílčím cílem bylo *hodnocení (dle MKF) působení faktorů prostředí na rehabilitanty s roztroušenou sklerózou*. Posledním dílčím cílem bylo *zhodnocení míry aktivity a participace (dle MKF) u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou*. Tyto dílčí cíle byly splněny (<http://www.synx.de>, 2001).

V domácí odborné literatuře se dnes poměrně často setkáváme s problematikou roztroušené sklerózy. Pokud bychom chtěli najít zmínky o použití klasifikace MKF u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou, tato literatura zatím v českém jazyce k dispozici není. Do nedávné doby byly i velice sporadické zmínky o klasifikaci MKF jako takové.

První výsledky, kdy byla použita klasifikace MKF u rehabilitantů s roztroušenou sklerózou, mají na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze. Dle informací od prim. MUDr. Angerové byly tyto výsledky zatím prezentovány na zahraniční konferenci v Istanbulu v roce 2009 (Pfeiffer et al., 2007).

Z charakteristiky věkového rozvrstvení respondentů z obou výzkumných etap se dá usuzovat, že onemocnění roztroušenou sklerózou postihuje více ženy ve středním věku. První etapy šetření se zúčastnilo 20 rehabilitantů, z tohoto počtu bylo 15 žen (tj. 75,0 %) a 5 mužů (tj. 25,0 %).

Často diskutovaným problémem je také např. vliv roztroušené sklerózy na partnerské a rodinné vztahy. V odborné literatuře Havrdová shodně uvádí, že roztroušená skleróza významně ovlivňuje život nemocných. V rámci šetření bylo zjištěno, že u rehabilitantů je vý-

znamným facilitujícím faktorem prostředí právě nejbližší rodina (hodnota kvalifikátoru +1,90) a přátelé (hodnota kvalifikátoru +1,45). Také např. Burnfield uvádí, že v rodinách, kde onemocní rodinný příslušník tímto onemocněním, je častá rozvodovost. Nejistota a strach, které se objeví v souvislosti s tím, že u některého člena rodiny je diagnostikována roztroušená skleróza, mohou nepříjemně narušit vztahy uvnitř rodiny. Partneri často obtížně zvládají novou situaci, dokonce mohou být pod větším tlakem než pacient sám v případě, že zvažují alternativu „zůstat, či jít“. Je-li partnerský vztah primárně neuspokojivý, je roztroušená skleróza nezdědka pokládána za příčinu všech emocionálních, partnerských a sexuálních problémů. Také Havrdová poukazuje na to, že rozvodovost v rodinách, kde jeden z partnerů onemocněl roztroušenou sklerózou, je vysoká (Burnfield, 1999; Havrdová, 2002).

Rehabilitantům s roztroušenou sklerózou je doporučováno vyvarovat se práce v horku, rychlému střídání teplot v prostředí, práce v prašných podmínkách, práce při umělém osvětlení aj., což může způsobovat zhoršení jejich zdravotního stavu či vyvolat akutní vzplanutí nemoci, tzv. ataku. Faktory prostředí, které byly pro respondenty největší bariérou, jsou: faktor *Podnebí, klima (e 225)* s hodnotou -1,35, faktor *Zvuk (e250)* s hodnotou -0,95 a faktor *Světlo (e 240)* s hodnotou -0,75. Obecně tedy můžeme říci, že na rehabilitanty mají negativní vliv změny počasí (např. změny a výkyvy teplot, umělé osvětlení apod.) (Havrdová, 1999, 2002).

Cieza v zahraniční literatuře poukazuje na to, že WHO stanovila MKF jako nový základ pro chápání zdraví. Zdravotní koncepce, na které odkazuje, jsou: bytost, zdravotní stav, kvalita života a se zdravím související kvalita života. V době schválení MKF, v roce 2001, se očekávalo, že jeho použití bude široké, např. jako statistický nástroj pro populační studie a informační nástroj, výzkumný nástroj, použití u hodnocení kvality života, klinický nástroj pro plánování léčby a následného hodnocení úspěšnosti léčby, vzdělávací nástroj pro vytváření studijních plánů, nástroj sociální politiky, nástroj pro hodnocení všech aspektů zdraví a postižení (Cieza, Stucki, 2008; Cieza et al., 2008).

Také Frommelt a Grötzbach říkají, že MKF rozšiřuje medicínskou perspektivu neurorehabilitace o perspektivu sociální. Zabývá se tou ob-

lastí života, která je středem zájmu terapeutického procesu. Hlavní myšlenkou MKF je, že neklasifikuje osobu, ale situace, ve kterých se osoba nachází. Neoznačuje nemocného za invalidního, handicapovaného apod., ale určuje zdraví, které má každý člověk v různých doménách, v různých denních situacích. Proto nehovoříme o člověku plně či částečně invalidním, ale o člověku, který je limitován např. v oblasti – doméně kardiiovaskulárního systému, mentálních funkcí, senzorických funkcí apod. (Frommelt, Grötzbach, 2005).

Popis práce s klasifikací MKF (způsob použití kvalifikátorů)

Jakýkoliv stav související se zdravím je možné definovat uvedením příslušného kódu ze čtyř následujících dimenzí člověka: 1. tělesné funkce (Body Functions) – **b**; 2. tělesné struktury (Body Structures) – **s**; 3. aktivity a participace (Activities and Participation) – **d**; 4. faktory prostředí (Environmental Factor) – **e**.

Kódy v jednotlivých dimenzích mohou být jednostupňové (např. b8), dvoustupňové (např. b110) i třístupňové (např. b7102). Záleží na tom, jak moc konkrétní můžeme v daném případě být. Použití kteréhokoliv kódu klasifikace musí být dále doprovázeno přidáním jednoho až tří tzv. kvalifikátorů. Kvalifikátory určují stupeň zdraví, resp. závažnost problému. Jsou uváděny jako jedno nebo více čísel za tečkou (nebo dělítkem) každého kódu. Bez přiřazení kvalifikátoru nemá kód smysl. Stav člověka se hodnotí za posledních 30 dní (Zeman, 2010).

Kvalifikátory MKF

Kvalifikátory určují stupeň zdraví nebo závažnost problému. Jsou uváděny jako jedno nebo více čísel za tečkou (nebo dělítkem) v každém kódu. Použití kteréhokoliv kódu klasifikace musí být doprovázeno přinejmenším jedním kvalifikátorem (tab. 1) (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Tabulka 1 Kvalifikátory MKF

xxxx.0	žádná , zanedbatelná	0–4 %
xxxx.1	lehká , nepatrná	5–24 %
xxxx.2	střední , mírná, snesitelná	25–49 %
xxxx.3	těžká , vysoká, extrémní	50–95 %
xxxx.4	úplná , totální	96–100 %
xxxx.8	nespecifická	
xxxx.9	nelze aplikovat	

Zdroj: Pfeiffer, Švestková, 2008; Zeman, 2010

Kvalifikátory jsou svým rozsahem stejné pro všechny komponenty i domény. U aktivit a participací je rozlišován kvalifikátor **výkonosti** a **kapacity**. U zdravého jedince můžeme předpokládat, že by se výkon a kapacita měla rovnat, tzn. že kvalifikátor by měl být u výkonu 0 a u kapacity také 0. Kvalifikátor 0 odpovídá v procentuálním rozmezí poruše 0–4 %. Dá se říci, že u jedince začíná problém u hodnoty kvalifikátoru 1 (tj. 5–24 %). U faktorů prostředí kvalifikátor určuje rozsah, ve kterém je faktor buď **bariérový**, nebo **facilitační** (příklady viz níže).

Kvalifikátor 8 se použije v případě, že pracovník multidisciplinárního týmu nemá dostatek validních informací o konkrétním problému za posledních 30 dní. Kvalifikátor 9 se používá, pokud nelze otázku z jednotlivých částí CORE SETu u konkrétního rehabilitanta vůbec aplikovat (Zeman, 2010).

ZÁVĚR

Závěrem se dá říci, že to, jak se bude klasifikace MKF používat v klinické praxi, je otázkou dalšího dlouhodobého výzkumu. Její aplikace do

praxe je náročná, ať již v oblasti ekonomické, tak jistě i v oblasti personálního zajištění (multidisciplinární tým), nutnosti proškolení a dalšího vzdělávání pracovníků multidisciplinárního týmu.

Nicméně se dá předpokládat, že se na hodnocení a následném utváření rehabilitačního plánu rehabilitanta podílí celá řada odborníků (tj. multidisciplinární tým), kteří mohou objektivně stanovit pomocí otázek a kvalifikátorů MKF funkční schopnost rehabilitanta, určit stupeň jeho omezení a jeho zdraví. Rehabilitantovi se tak dostává komplexní péče a řada doporučení, která může (sám nebo s dopomocí druhých) plnit. Pokud je navíc objektivní hodnocení doplněno subjektivním (hodnocení kvality života, jak doporučuje MKF), máme vytvořen celkový obraz stavu rehabilitanta, který zohledňuje nejen jeho disabilitu, ale i funkce a schopnosti, které jsou neporušené, tudíž se jimi dají kompenzovat ty funkce narušené či úplně poškozené. Také nás zároveň sám rehabilitant informuje o svých potřebách, cílech léčby a životních postojích, které jsou pro další prognózu a průběh rehabilitačního procesu (ve smyslu ucelené rehabilitace) zcela nezbytné.

V současné době se MKF v ČR zavádí (platnost používání MKF v ČR je od 1. 7. 2010) s tím, že každé zdravotnické zařízení, které eviduje osobu s určitým stupněm disability, by mělo při hodnocení jejího zdravotního a sociálního stavu užít klasifikaci MKF. Pro možnost vyškolení pracovníků multidisciplinárních týmů v práci s klasifikací MKF jsou nyní na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze realizovány kurzy MKF (základní a pokročilý kurz). Snahou pracovníků Kliniky rehabilitačního lékařství v Praze a dalších odborníků v této oblasti je tvorba „vhodných“ CORE SETů i pro další diagnózy. Pfeiffer a Švestková (jako lektori kurzů MKF) poukazují na to, že absolventi kurzů MKF by měli být tvůrci těchto CORE SETů, měli by je ověřovat v klinické praxi a dotvářet tak, aby byly použitelné (www.vfn.cz, 2010).

Autorka na základě zkušeností s použitím klasifikace v klinické praxi navrhla např. tato doporučení pro praxi:

- K objektivnímu hodnocení dle klasifikace MKF je vhodné použít i další testy (např. ADL, IADL, FIM).
- Nutnost každého rehabilitanta hodnotit individuálně, aplikovat holistický (celkový)

přístup, hodnotit všechny aspekty jeho života.

- U každého hodnoceného „hledat“ funkce neporušené, kterými by bylo možné ty narušené či nefungující kompenzovat.
- Při tvorbě konečné podoby rehabilitačního plánu spolupracovat se všemi členy rehabilitačního týmu, neukvapovat se a brát v potaz a řešit případné nesrovnalosti a hledat přijatelná řešení.
- Sociální pracovník by se měl aktivně podílet na utváření rehabilitačního plánu.
- Sociální pracovník v rámci rehabilitačního týmu by měl tvořit tzv. spojovací článek mezi rehabilitantem a členy rehabilitačního týmu a mezi členy rehabilitačního týmu navzájem. Sociální pracovník je odborně, vysokoškolsky vzdělaný, znalý problematiky sociálního zabezpečení apod.
- Členem rehabilitačního týmu by měl být posudkový lékař, popř. měl by se účastnit alespoň konečné fáze hodnocení – tzn. tvorby rehabilitačního plánu rehabilitanta. Měl by být seznámen s rehabilitačním procesem rehabilitanta (Matlasová, Kupková, 2010).

V České republice se zatím pracovalo s klasifikací MKF sporadicky (v rámci grantů). Prvotní zkušenosti s aplikací klasifikace MKF mají na Klinice rehabilitačního lékařství Albertov, Praha, kde se touto problematikou zabývají: doc. Švestková, prof. Pfeiffer a další pracovníci kliniky. Na základě jejich proškolení v klasifikaci MKF a odborného vedení se podařilo realizovat první část výzkumného šetření na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích za finanční podpory GA ZSF JU (projekt: č. 901-34-08: „Hodnocení pacientů s roztroušenou sklerózou dle Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví při Zdravotně sociální fakultě JU“) a GA JU (projekt: č. 83/2007/H-ZSF: „Použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví / CF/ v rehabilitaci u lidí s roztroušenou sklerózou a po traumatickém poranění mozku“).

To, jak se klasifikace MKF bude používat a aplikovat do praxe, bude velmi záležet na její užitečnosti, říká Pfeiffer. MKF není přímo politickým nástrojem, ale její použití může přinést pozitivní podněty pro politické účely, které pomáhají stanovit zdravotnickou a sociální politi-

ku, zlepšit stejné příležitosti pro všechny občany a podpořit boj proti diskriminaci na základě disability (Pfeiffer, Švestková, 2008; Matlasová, Kupková, 2010).

LITERATURA

BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., JEŘÁBKOVÁ, V.: Nová klasifikace nemoci a zdraví. *Česká geriatrická revue*. 2009, 7, 2, s. 90–96.

BURNFIELD, A.: *Co znamená roztroušená skleróza?* [online]. [1999] [cit. 2009-04-17]. Co znamená roztroušená skleróza? Dostupný z: <<http://www.rodina.cz/clanek234.htm>>.

CIEZA, A.; STUCKI, G.: The International Classification of Functioning, Disability and Health: its development process and content validity. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008, 3, p. 303–313.

CIEZA, A. et al.: Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002, 34, 5, p. 205–210.

CIEZA, A., BICKENBACH, J., CHATTERJI, S.: The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen: Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)*, 2008, vol. 70, no 10, p. 47–56.

DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vydání, Praha: Karolinum, 2002, 374 s.

FAISS, J.: Ein Leben mit Multipler Sclerose. *Asklepios intern*, 2007, no 32, p. 52–53.

FROMMELT, P., GRÖTZBACH, H.: Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 2005, vol. 11, no 4, p. 171–178.

HAVRDOVÁ, E.: *Je roztroušená skleróza Váš problém? Průvodce pro lidi s roztroušenou sklerózou, jejich rodiny a ty, kdo se jim věnují*. 1. vydání, Praha: Unie Roska, česká MS společnost, 1999, 156 s.

HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza*. 1. vydání, Praha: Triton, 2002, 110 s.

HAVRDOVÁ, E.: *Léčba roztroušené sklerózy imunosupresivou*. 1. vyd. Praha: Unie Roska, česká MS společnost, 2003, 13 s.

HAVRDOVÁ, E.: *Roztroušená skleróza. Farmakoterapie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, s. r. o., 2005, 89 s.

HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání, Praha: Portál, 2005, 408 s.

[Http://www.synn.de/](http://www.synn.de/) [online]. 2001 [cit. 2010-03-01]. [Https://secure.synn.de/asklepiosCMS/webpageUpload/700-141306_Checkliste.pdf](https://secure.synn.de/asklepiosCMS/webpageUpload/700-141306_Checkliste.pdf). Dostupné z: <https://secure.synn.de/asklepiosCMS/webpageUpload/700-141306_Checkliste.pdf>.

MAINI, M. et al.: An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. *Disability and Rehabilitation*, 2008, vol. 30, no 15, p. 1146–1152.

MATLASOVÁ, H., KUPKOVÁ, J.: Fyzická aktivita u pacientů s roztroušenou sklerózou. *Rehabilitácia*. č. 1, 2008, s. 11–18.

MATLASOVÁ, H., KUPKOVÁ, J.: Role sociálního pracovníka v posuzování životní situace osob s disability podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Sociální práce/sociální práce*. č. 1, 2010, s. 98–107.

PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O.: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 280 s.

PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., SLÁDKOVÁ, P., ANGEROVÁ, Y.: *CORE SET pro roztroušenou sklerózu*, Klinika rehabilitačního lékařství I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2007.

Skripta Společnosti StatSoft CR, s. r. o., 2009.

VOTAVA, J. et al.: *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání, Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2003, 207 s.

[Www.vfn.cz](http://www.vfn.cz) [online]. 2010 [cit. 2010-06-30]. Certifikované kurzy ICF pro členy multidisciplinárního rehabilitačního týmu. Dostupné z: <<http://www.vfn.cz/article.asp?nArticleID=11943&nDepartmentID=470&nLanguageID=1>>.

ZEMAN, M.: [Www.zsf.jcu.cz](http://www.zsf.jcu.cz) [online]. 2010 [cit. 2010-06-30]. ICF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – uživatelská příručka. Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/Members/zemanm03/Publikace>>.

Příloha na další straně

Hana Matlasová
hmatlasova@seznam.cz

PŘÍLOHA

Příklady:**a) Kvalifikátory aktivit a participací (d)**

d4500 Chůze na krátké vzdálenosti \Rightarrow d4500._ _ \Rightarrow d4500.3_

Mírné omezení při výkonu chůze na krátké vzdálenosti. \Rightarrow d4500._3 Těžké omezení kapacity chůze na krátkou vzdálenost (Zeman, 2010).

b) Kvalifikátory faktorů prostředí (e)

Jsou kódované z perspektivy rehabilitanta, jehož situace je popisována. Př. **okraje chodníku** bez rozdílu výšky mohou být **facilitační** pro uživatele vozíků, ale **bariérou** pro osoby nevidomé. Samotný bod . označuje bariéru, znaménko + označuje facilitaci.

xxx.0	Žádná bariéra	xxx+0	Žádná facilitace
xxx.1	Lehká bariéra	xxx+1	Lehká facilitace
xxx.2	Střední bariéra	xxx+2	Střední facilitace
xxx.3	Těžká bariéra	xxx+3	Těžká facilitace
xxx.4	Úplná bariéra	xxx+4	Úplná facilitace
xxx.8	Nespecifická bariéra	xxx+8	Nespecifická facilitace
xxx.9	Nelze aplikovat	xxx+9	Nelze aplikovat

Zdroj: Pfeiffer, Švestková, 2008; Zeman, 2010

e1152.3 Těžká bariéra týkající se konstrukce budov (bydlí ve druhém patře bez výtahu).

e1101+4 Úplná facilitace prostřednictvím léků (např. u kardiaka, kdyby neužíval léky, tak může dojít k zástavě srdce).

Příklad praktického použití klasifikace MKF

Muž, 52 let.

Klasifikace MKN: G35.0 (roztroušená skleróza – sclerosis multiplex)

Klasifikace MKF:

s4100.288 (srdce, středně těžká nespecifická porucha)

b4552.2 (unavitelnost při cvičení, středně těžká porucha)

b2801.2 (vnímání bolesti na hrudníku, středně těžká porucha)

d450.23 (chůze, středně těžká porucha ve výkonu, těžká porucha v kapacitě)

d4751.13 (řízení automobilu, lehká porucha ve výkonu, těžká porucha v kapacitě)

d510.23 (samostatné mytí, středně těžká porucha ve výkonu, těžká porucha v kapacitě)

e1101+4 (léky, úplná facilitace)

e1152.3 (technologie a konstrukce budov, těžká bariéra)

e310+4 (nejbližší rodina, úplná facilitace) (Zeman, 2010)