

**Univerzita Karlova
1. Lékařská fakulta**

KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI, PORADENSTVÍ A KOMUNITNÍ ERGOTERAPIE

ČÁST II: KOMUNITNÍ ERGOTERAPIE

Distanční studijní opora

Mgr. Jana Jelínková

Praha 2020

- Obor:** Navazující magisterské studium
Ergoterapie pro dospělé
- Klíčová slova:** komunitní práce v ergoterapii, modely a přístupy komunitní práce v ergoterapii, vytváření programů v komunitě, demografický vývoj, inkluzivní vzdělávání, recovery

Anotace: **Komunitní ergoterapie**

Studenti získají povědomí o specifikách komunitní práce v ergoterapii a teoretických východiscích, z kterých komunitní práce v ergoterapii vychází. Důraz bude také kladen na pochopení kontextu, v kterém se komunitní práce odehrává a jak tento formuje podobu jednotlivých programů a projektů zacílených na specifické cílové skupiny klientů či uživatelů. Představena bude role ergoterapeuta v komunitních službách pro děti a dospívající, pro seniory, v komunitní psychiatrii, ve výrobních provozech a v oblasti podpory zdraví a primární péče. Student by si měl osvojit vědomosti, díky kterým bude schopen představit principy komunitní práce v ergoterapii a nároky, které klade komunitní práce na ergoterapeuta. Student by měl být schopen po absolvování předmětu navrhnout ergoterapeuticky zaměřený komunitní program, který by bylo možné s ohledem na konkrétní situaci realizovat v komunitě pro vybranou cílovou skupinu uživatelů.

Témata:

1. Komunitní práce v ergoterapii – základní teoretická východiska a principy, role ergoterapeuta, možnosti ergoterapie v oblasti podpory zdraví komunity, v primární péči
2. Plánování programů realizovaných v komunitě
3. Komunitní služby pro seniory
4. Komunitní služby pro děti a dospívající
5. Ergoterapie v rámci komunitní psychiatrie
6. Uplatnění ergoterapie ve výrobních provozech/ na pracovištích

Požadavky na ukončení předmětu:

Zápočet: Aktivní práce na seminářích, splnění zadaných dílčích studijních úkolů a korespondenčních úkolů, které jsou přípravou pro skupinovou práci a diskusi při kontaktní výuce.

Klasifikovaný zápočet:

- **zpracování projektu:** písemně zpracovaný návrh ergoterapeuticky zaměřeného komunitního programu či projektu pro vybranou cílovou skupinu klientů či uživatelů služby
- **prezentace projektu a obhájení závěrů v diskusi**

© **Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta**

Autor: **Jana Jelínková**

Lektoři:

ISBN

OBSAH

1.	TEORETICKÁ VÝCHODISKA KOMUNITNÍ PRÁCE V ERGOTERAPII	7
1.1	Počátky ergoterapie v komunitě	7
1.2	Kontext komunitní práce v ergoterapii v České republice	9
1.3	Terminologie	10
1.4	Modely	15
1.5	Specifika ergoterapie v komunitě	18
2.	PLÁNOVÁNÍ PROGRAMŮ REALIZOVANÝCH V KOMUNITĚ	25
2.1	Vytváření programů v komunitě	25
2.2	Podnikání v ergoterapii	29
2.3	Podnikatelský plán	31
3.	KOMUNITNÍ SLUŽBY PRO OSOBY VYŠŠÍHO VĚKU	34
3.1	Terminologie ve vztahu ke stárnutí a stáří	35
3.2	Demografický vývoj v České republice	36
3.3	Charakteristika seniorské populace	37
3.4	Důsledky stárnutí obyvatelstva	38
3.5	Fakta pro plánování programů v komunitě	39
3.6	Oblasti ergoterapeutické intervence	41
3.6.1	Ergoterapeutický pohled na prevenci pádů	43
3.6.2	Syndrom demence a úloha ergoterapie v systému komunitní péče	44
4.	KOMUNITNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ SLUŽBY PRO DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ	47
4.1	Služby pro děti a mladistvé v komunitě	47
4.1.1	Raná péče	48
4.1.2	Svépomocná sdružení rodičů dětí se zdravotním postižením	50
4.1.3	Ergoterapie v předškolním zařízení	51
4.1.4	Ergoterapie ve školním zařízení	51
4.2	Na rodinu zaměřená péče v ergoterapii	53
5.	ERGOTERAPIE V RÁMCI KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE	55
5.1	Statistické informace k problematice duševního zdraví	56
5.2	Kontext komunitní péče v psychiatrii	57

5.3	Význam komunitní péče v psychiatrii.....	59
5.4	Pojem „recovery“ (úzdava/ zotavení)	60
5.5	Stigmatizace/ nálepkování.....	61
5.6	Role ergoterapeuta v komunitní péči v psychiatrii	62
6.	UPLATNĚNÍ ERGOTERAPIE VE VÝROBNÍCH PROVOZECH/ NA PRACOVÍŠTÍCH.....	65
6.1	Zdraví na pracovišti	65
6.2	Ergonomie v práci ergoterapeuta.....	67
6.3	Model osoba-prostředí-zaměstnávání (Model PEO) a jeho aplikace v oblasti ergonomie.....	69
6.4	Příklady ergonomického poradenství	70
6.5	Nároky práce v jednotlivých polohách.....	72
6.6	Pracovní rehabilitace	74

ÚVODEM

Studijní opora je určena studentům navazující magisterského studijního programu Ergoterapie pro dospělé Univerzity Karlovy v Praze, 1. lékařské fakulty. Studijní materiál byl vytvořen pro předmět Komunikační dovednosti, poradenství a komunitní ergoterapie, který je zařazen do studijního plánu v rámci prvního ročníku studia a jedná se o dvousemestrální předmět. Studijní opora je rozdělena na část I: Poradenství v ergoterapii a část II. Komunitní ergoterapie.

KOMUNITNÍ PRÁCE V ERGOTERAPII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V kapitole, kterou právě začínáte studovat, se seznámíte s kontextem komunitní práce v ergoterapii a představíme si teoretická východiska, která formují rozvoj komunitní práce v ergoterapii v současnosti. Pro porozumění principům komunitní práce v ergoterapii uvedeme historické souvislosti vývoje komunitní ergoterapie u nás i ve světě, budeme definovat základní terminologické pojmy a představíme ergoterapeutické modely, které přibližují možnosti zaměření ergoterapie v komunitě a s tím související i specifické role, které v rámci komunitní práce může ergoterapeut přijímat.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- formulovat jak historické souvislosti, tak aktuální trendy, které poukazují na potřebu začlenění ergoterapeuta do komunitní péče
- definovat pojem komunita a s ním související termíny jako je komunitní práce, komunitní péče, komunitní přístup, pojem zdraví, zaměstnávání, disabilita z ergoterapeutického hlediska
- představit a porovnat mezi sebou základní ergoterapeutické modely zaměřené na komunitu v ergoterapii
- popsat role ergoterapeuta v komunitě
- reflektovat, jaké dovednosti a požadavky jsou vyžadovány od ergoterapeuta působícího v komunitě

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Komunita, ergoterapeutické modely zaměřené na komunitu, role ergoterapeuta v komunitě

ORIENTAČNÍ ČAS NA PROSTUDOVÁNÍ

Pro prostudování této kapitoly budete potřebovat pro seznámení se s výkladovou částí textu a zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení 3 vyučovací hodiny.

VÝKLADOVÁ ČÁST

1. Teoretická východiska komunitní práce v ergoterapii

V úvodu je vhodné zamyslet se nad aktuální situací komunitní práce v ergoterapii. Neexistuje recept či standard, jak uspět coby ergoterapeut v oblasti komunitní práce. Fázový model rehabilitace zatím nebyl legislativně ukotven, a proto není definováno, jak by měla být komunitní práce v ergoterapii poskytována, ani jaký sektor je odpovědný za její úhradu. Navíc koncept komunitní práce v ergoterapii nebyl formálně popsán nebo přijat. Před ergoterapeuty tedy stojí úkol, jak definovat komunitní práci v ergoterapii v České republice a jaké by měly být specifické role ergoterapeut v této oblasti oproti jiným profesím. Pozornost budeme proto při výkladu věnovat především kontextu příležitostí komunitní práce v ergoterapii v České republice.

1.1 Počátky ergoterapie v komunitě

V počátcích profese ergoterapie, které se datují začátkem 20. století, byla zdravotní péče většinou poskytována v komunitě, v domácnostech pacientů, a prostřednictvím veřejných zdravotních služeb.

Ergoterapie byla poskytována tam, kde člověk žil a reálně odrážela potřebu obnovit schopnost fungování v jeho sociálním prostředí/ komunitě (Meyers, 2010).

Ergoterapie má své kořeny v oblasti pomoci lidem s duševním onemocněním, která probíhala především v komunitě. Když se podíváme zpět, kde jsou kořeny naší profese, je možné říci, že ve svých počátcích ergoterapie odrážela potřeby komunity. Hlavním zdrojem obživy bylo pěstování zeleniny, ovoce a péče o hospodářská zvířata. Obor ergoterapie, který se začal v té době formovat, se ve své intervenci zaměřoval právě na činnosti, které pomáhaly lidem s duševním onemocněním zajistit si vlastní obživu. V rámci velkých špitálů byli pacienti zaměstnáváni na polích, péči o dobytek a tím přispívali k chodu zařízení i vlastní obživě. Prostřednictvím těchto aktivit, při kterých zaměstnávali jak tělo, tak duši, získali i uspokojení z toho, že jsou platnými členy společnosti. Již dva zakladatelé profese ergoterapie, George Barton (v roce 1914 v New Yorku) a Eleonor Clarke (v roce 1915 v Chicagu), vytvořili na počátku 19. století komunitní programy, které byly zaměřeny na pomoc lidem s mentálním nebo fyzickým postižením získat pracovní uplatnění a být tak finančně soběstační (Scaffa, Reitz, 2014). V roce 1922 A. Meyer uvádí, že „ergoterapie potvrzuje fakt, že zásadní vliv na zdraví a pohodu jedince má činnost, kterou se zaměstnává. Je to právě zaměstnání, které činí život konec konců smysluplný“ (Christiansen, Townsend, 2004, s. 49).

Když farmaření přestalo být pro zachování společnosti již tak zásadní, především díky průmyslové revoluci a rozvoji tovární a stojní velkovýroby, obor ergoterapie v rámci svých terapeutických činností začal využívat v té době velmi oblíbené rukodělné činnosti (např. šití, háčkování, práce se dřevem). Ačkoli nešlo o stěžejní oblast pracovního uplatnění, je možné na tyto činnosti nahlížet také jako na komoditu, s kterou mohlo být obchodováno. Především u lidí s disabilitou šlo v mnoha případech o jediný možný zdroj obživy. I v současné době, kdy je snahou ergoterapeutů pomáhat co nejvyššímu uplatnění lidí se zdravotním postižením, pokud možno na běžném trhu práce, zůstává využívání rukodělných činností i nadále možností pracovního uplatnění osob s těžkým zdravotním či kombinovaným postižením, když jejich zaměstnání na otevřeném trhu práce není možné. Při zaměstnávání těchto osob v chráněných dílnách jistě nebudeme zpochybňovat jeho smysluplnost a adekvátnost.

Obdobně je možné pohlížet na působení ergoterapeutů v rámci komunitní práce v době návratu válečných veteránů z 1. sv. války. Tehdy bylo nutné pomoci těmto převážně mladým mužům opět se integrovat do společnosti a najít způsob jejich dalšího pracovního uplatnění. Kde jinde, než v komunitě.

Díky novým poznatkům a technologiím, které ovlivnily vývoj v oblasti medicíny (především farmakologické možnosti kontroly infekčních onemocnění, nové diagnostické možnosti jako např. využití RTG záření v diagnostice i léčbě) a rozmachu urbanizace došlo k přesunu léčby z domácností pacientů do nemocnic. Přesunem těžiště zdravotní péče do nemocnic ale postupně docházelo ke zvyšování nákladů na zdravotní služby.

Neustálý, a v poslední době i poměrně rychlý, rozvoj technologií vede jednak ze zlepšení zdravotní péče i její dostupnosti, ale také ke zvýšení nákladů na zajištění zdravotní péče. Vyvážení kvality a dostupnosti zdravotní péče a nastavení standardu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění s ohledem na ekonomické možnosti státu (politický boj o výši % HDP vynakládaného na zdravotní péči) je proto aktuální otázkou, která se řeší celosvětově. Diskuse o přesunutí určitého objemu zdravotnických služeb mimo nemocnice, do primární či komunitní péče, je proto z hlediska nákladové efektivity aktuální. Pro obor ergoterapie je to příležitostí upozornit na své specifika a uplatnit se v nových oblastech praxe. Nutné je však předložit důkazy, že máme nástroje, jak pomoci úspěšně přesunout část péče z nemocnic do komunity. Prokázat, že naše profesní „know how“ přispívá nejen k podpoře funkčních schopností, zachování nezávislosti v provádění všedních denních činností a zvýšení kvality života osob v komunitě, ale též k prevenci a oddálení důvodů umístění především osob vyššího věku do institucionálního zařízení.

Mnoho autorů uvádí, že příležitosti pro uplatnění ergoterapeutů v komunitních službách jsou četné. V souvislosti se zdravotními otázkami dnešní doby je možnou příležitostí pro uplatnění odbornosti

ergoterapeutů především oblast prevence, podpory zdraví a duševní pohody, posilování osobní odolnosti (tzv. resilience), reakce na demografické změny populace atd. Ergoterapeuti mohou doložit důkazy, že smysluplné zaměstnávání, které odráží potřeby a cíle klienta, přispívá k podpoře zdraví, budování kognitivní rezervy a redukci stresu (viz příspěvek prof. G. Sadlo na konferenci ČAE v Praze v roce 2014).

Rozvíjení ergoterapeutických komunitních služeb se stává celosvětově potřebné a reagující na současný demografický vývoj, potřebu podpory zdraví, zachování pocitu osobní pohody a spravedlnosti v přístupu k zaměstnávání lidí bez rozdílu.

1.2 Kontext komunitní práce v ergoterapii v České republice

Rozvoj komunitní zdravotní péče závisí a odvíjí se od zaměření zdravotní politiky státu. Zdravotní politika je systém péče o zdraví jejích občanů, ale i skupin a komunit, a má vliv na kvalitu jejich života (Jarošová, 2007).

Ergoterapie je v ČR zdravotnická profese definovaná zákonem a z toho vyplývají její odborné činnosti a oblasti, kde se v rámci zdravotnických služeb uplatňuje. Naše pozornost bude nyní zaměřena na to, jak je legislativně definována působnost ergoterapeuta v rámci komunity.

V zákoně č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, je v § 6 mezi formy zdravotní péče řazena ambulantní péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kde je možné poskytovat i léčebně rehabilitační péči. Na základě znění tohoto zákona je možné ergoterapii, coby zdravotní službu, poskytovat na základě indikace lékaře v komunitě buď v rámci specializované ambulantní péče (ambulantní ergoterapeutická pracoviště), nebo zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta (v rámci agentur domácí péče nebo návštěvní služby ergoterapeuta). Problém nadále přetrvává však v úhradě ergoterapie z veřejného zdravotního pojištění ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Nedostatečné ohodnocení ergoterapeutických výkonů a omezený počet výkonů, které je možné vykazovat i v přirozeném prostředí pacienta, velmi omezuje dostupnost ergoterapie v komunitě.

V rámci dokumentu Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, kterou podpořila vláda ČR a Parlament ČR v roce 2014, a která je nástrojem pro implementaci programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“ v ČR, se např. uvádí potřeba koordinovat zdravotní a sociální služby, pokud možno v přirozeném prostředí především u osob vyššího věku, obyvatel v riziku chudoby a osob a rodin sociálně vyloučených nebo vyloučením ohrožených.

V oblasti duševního zdraví Národní strategie ochrany a podpory zdraví upozorňuje na potřebu zaměřit se na transformaci psychiatrické péče, především snahu o přesun akutní péče z léčen do domácí péče a vyšší zapojení komunitní a primární péče při vyjasnění vztahů a financování mezi zdravotními a sociálními službami.

Dokument se dále vyjadřuje k postavení primární péče (pozn. v ČR tradičně zastoupené především praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost) coby komplexní zdravotně-sociálních činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, léčením a rehabilitací, které by měly být poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektovat jeho bio-psycho-sociální potřeby. Jako naléhavé se v této oblasti jeví definování postavení primární péče v systému a s tím související vymezení kompetencí zdravotnických pracovníků působících v primární péči.

Ze zkušeností např. z Velké Británie je možné potvrdit, že např. zapojení odbornosti ergoterapeut do oblasti primární péče přispělo ke snížení počtu přijetí osob vyššího věku s pády v anamnéze do nemocnice (RCOT, 2020).

Ve zdravotnictví se jeví proto potřeba rozvoje komunitních či terénních služeb napříč zdravotnickými obory jako nezbytná. Především je tato naléhavost spojena s narůstajícími náklady na zajištění hospitalizace a z toho vyplývající nutností zkracování doby hospitalizace a propouštění pacientů do

domáciho ošetření mnohdy s nedořešenou sociální situací i potřebou delší rekonvalescence (především osoby vyššího věku, lidé s chronickým onemocněním apod.). Jelikož ergoterapeut může reagovat na tyto nové potřeby, je dobré v rámci profese rozvinout diskusi, co je naší specifikou a jak reagovat na aktuální potřeby zdravotnických služeb v rámci komunity.

Na čem je tedy možné se shodnout, že příležitosti pro působení ergoterapeuta v komunitě jsou široké a mohou být unikátní jak pro každou konkrétní komunitu, tak pro každého ergoterapeuta působícího v ní. Je zřejmé, že ergoterapie v komunitě se přesouvá z individuální léčby klienta na práci se systémem a jeho okolím, který ovlivňuje schopnosti a možnosti osoby nebo skupiny osob dosáhnout uspokojivých pracovních, sociálních a zájmových cílů.

Potřeba je také si uvědomit, že komunitní praxe se odehrává v klientově reálném životě a reálném světě. Je nutno proto zohlednit všechna specifika z toho vyplývající. Ergoterapeut by se měl soustředit na kontext a podmínky, které přesahují fyzické problémy klienta a které ovlivňují jeho zdravotní stav.

Závěrem je možné shrnout, že komunitní praxe může poskytnout ergoterapeutovi realistický pohled na život klienta a může podporovat lepší výstupy terapie, protože doporučení a terapie se dějí v součinnosti.

1.3 Terminologie

V této kapitole si shrneme základní terminologické pojmy, které je potřeba si ujasnit a porozumět jim, aby byla možná diskuse o zaměření ergoterapie, výstupech ergoterapeutických intervencí a jejich opodstatnění v rámci komunitních služeb.

Komunita

Lidská potřeba někam patřit a náležet se považuje za hlavní znak komunity. Lidé se nesdružují v rámci komunity jen pro potřebu „být spolu“, ale setkávají se obvykle za účelem spolu něco dělat, co nelze jednoduše dělat samostatně. (Scaffa, Reitz, 2014). Komunita může vytvářet svým členům příležitosti pro zapojení se do činností nebo naopak může zapojení bránit. Komunita je kontext, v kterém lidé definují svůj život. Pokud komunitu vnímáme takto, tak komunita má svou kulturu, vztahy, pohled na zdraví i okruh společně vykonávaných činností.

Pojem komunita je však vykládán nejednoznačně. Je to dáno i tím, že je definován interdisciplinárně. Sociologové definují komunitu jako souhrn osob, které žijí na vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku. Naproti tomu psychologové vnímají komunitu jako typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž je dosaženo lepší komunikace (Šťastná, 2016).

Kinkor (in Matoušek, 2003, s. 253) uvádí definici pojmu komunita komplexně a to: „Lidé, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby (ve smyslu příbuzenství, přátelství a známosti v geografické oblasti a také ve smyslu účasti na aktivitách komunity a některých formách ekonomické směny, např. kupování zboží a služeb, práce pro místní zaměstnavatele apod.) a kteří jsou citově vázání k sobě navzájem a k místu, kde žijí.”

Stručnější definici komunity nabízí Hartl (1997), který vnímá komunitu jako místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v běžných denních činnostech.

Obecně se tedy autoři shodují na třech základních znacích, které definují komunitu:

- osoby: členové dané komunity
- místo: geografické nebo časové určení
- funkce: aktivity a cíle komunity

Je možné se setkat i s následujícími pojmy:

- *občanská komunita* (společenství osob, které ve společném prostoru vykonávají každodenní aktivity)
- *výcviková komunita* (společenství osob, které se zaměřuje na sebepoznání, nácvik dovedností atd.)
- *terapeutické komunita* (zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti spolu určitou dobu žijí, a kromě léčebného režimu spolu sdílí i další pracovní i volnočasový program)
- *spirituální komunita* (společenství osob, které sdílí společné ideje, někdy i žijí ve společném prostoru)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2010) je komunita sociální skupina determinovaná geografickými hranicemi a/ nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Propojení členů komunity je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří.

Dle Světové federace ergoterapeutů (WFOT, 2019) je komunita popisována jako proměnlivá skupina, která je vázána společnými sociálními, kulturními a/ nebo prostorovými vazbami. Členy komunity mohou být lidé, skupiny, sítě i organizace s různými charakteristikami, historií, zkušenostmi, dovednostmi a zdroji. Komunity jsou formovány prostřednictvím sdílených zájmů, cílů, perspektiv a členové se zapojují do společných aktivit a zaměstnávání v určité lokalitě nebo prostředí (např. i ve virtuálním prostoru).

Komunitní péče

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaným nemocným i zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity (geografické, etnické). Služby jsou poskytované na regionální úrovni a doplňují primární péči (Jarošová, 2007). Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí za účelem možnosti zůstat v tomto prostředí co nejdéle je to možné a bezpečné i u osob se zdravotním postižením, závislostí nebo chronickým onemocněním.

Předpokladem komunitní péče je propojení veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce a zapojení jak profesionálů, poskytovatelů služeb, neformální pomoci rodiny, přátel, komunity, tak klienta samotného. Jde o holistický a integrovaný systém péče. Do konceptu komunitní péče patří poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2007), integrace péče zdravotní a sociální. Je možné ji označit jako opak institucionální péče.

Komunitní péče se v kontextu českého zdravotnictví stále rozvíjí a z oblasti zdravotní péče je možné do systému komunitní péče zařadit především agentury domácí péče (viz vyhláška č. 55/2000 Sb. odbornost 925), které zajišťují převážně ošetrovatelskou péči, dále ordinace praktických lékařů a rozvíjející se pozice komunitních sester. U ostatních odborností jejich uplatnění v komunitní péči záleží na regionálních příležitostech a aktivitě jednotlivých členů odborností.

Pokud mluvíme o sociálních službách v komunitní péči, jde především podle zákona č. 108/2006 Sb. o následující typy péče:

- služby sociální péče*: mezi které se řadí osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře
- služby sociální prevence*: ke kterým patří raná péče, krizová pomoc, kontaktní nízkoprahová centra, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terénní programy

Trendy, které ovlivňují rozvoj komunitních a terénních služeb:

- rostoucí náklady na zdravotní péči versus ekonomické restrikce (např. krácení doby hospitalizace, tlak na nákladovou efektivitu)
- demografické změny a stárnutí populace
- nárůst chronických onemocnění
- změna struktury rodiny

- hodnoty postmoderní společnosti
- rozvoj moderních technologií: telemedicína, telerehabilitace, možnosti využití zdravotnických prostředků v domácím prostředí (např. přístrojů na odporu dýchání), možnosti úprav domácího prostředí a instalace signalizačních/ tísňových systémů v bytě apod.
- změna postojů uživatelů, především jejich zájem o setrvání v domácím prostředí, větší informovanost o možnostech léčby, zájem uživatelů na rozhodování o sobě
- politické faktory: doporučení WHO, politické závazky (např. Zdraví 2020), iniciativy samospráv, neziskového sektoru atd.

Komunitní přístup

Komunitní přístup je možné popsat jako přístup, který akcentuje stránku komunitních procesů, které se týkají spolupráce sektorů. A to sektoru veřejného (státní a místní správy), podnikatelského sektoru (místní podniky, podnikatelé) a místních občanů (ať organizovaných v občanských sdruženích či neziskových organizacích, ale i samostatných občanů) za účelem vyvolání změny na místní úrovni.

Komunitní praxe

Komunitní praxe zahrnuje široký záběr zdravotních a sociálních služeb realizovaných v komunitě, jejímž cílem je, aby se klient stal integrální součástí konkrétní komunity.

Komunitní praxe (z angl. community-based practice) je pro ergoterapeuty přístupem, který umožňuje výkon zaměstnávání, coby determinanty zdraví, osobní pohody a přežití, v přirozeném prostředí klienta. Ergoterapeuti zastávají názor, že umožnění participace/ zaměstnávání může být nástrojem i pro zlepšení zdraví komunity. Ergoterapeuti aktivně podporují přístup a inkluzi členů komunity a využívají metody a techniky, které zabráňují nebo minimalizují vyloučení nebo opomíjení členů, kteří mohou mít potíže participovat nebo se zapojit do činností z osobních důvodů nebo díky faktorům prostředí.

Ergoterapie v komunitě se může týkat programů na podporu zdraví, vzdělávání a rozvoje dovedností, dále sociálních programů a iniciativ, ale i obhajoby práv a zájmů členů komunity, lobbingu a plánování úprav prostředí i účasti na komunitním plánování.

Definování komunitní praxe:

- *širší pojetí*: vše, co se odehrává mimo nemocnici za účelem pomoci dosažení odpovídající participace klienta v komunitě
- *z hlediska úhrady*: co je hrazeno obvykle z jiného zdroje než zdravotního pojištění (pozn. u ambulantních specialistů a agentur domácí péče je v ČR jejich péče, která je definována jako zdravotní péče, hrazena z veřejného zdravotního pojištění)
- *z hlediska profesní autonomie a vlastní kontroly pracovní situace*: v komunitních programech nemusí být intervence ergoterapeuta řízena indikací lékaře (např. v programech, kde je ergoterapeut v pozici case managera, plánovače programu, konzultanta). Práci může po ergoterapeutovi chtít někdo jiný, např. sociální pracovník, vedoucí programu, a práce je potom řízena dle standardů péče daného programu (např. v sociálních službách Standardy sociálních služeb a z toho vyplývající požadavky na poskytování, dokumentování i zaměření poskytované služby)

Charakteristiky komunitní praxe v ergoterapii

- *na klienta orientovaná*
- *zaměřená na zaměstnávání*
- *podložená důkazy*
- *založená na dynamické systémové teorii*: komunity fungují jako systémy, všechny proměnné jsou propojené a změna jedné proměnné ovlivní další, které jsou součástí systému

- *propojuje klienta s jeho prostředím*: ergoterapeut by z tohoto ohledu měl brát v úvahu bariéry i facilitátory prostředí. Rozpoznání provázanosti klienta s jeho prostředím je zásadní pro poskytování efektivní komunitní praxe
- *založená na silných stránkách*: zaměření se na to, co klient může dělat, na jeho silné stránky, talenty, zdroje, schopnosti pro usnadnění zapojení klienta do zaměstnávání a jeho zplnomocnění
- *uplatňující proaktivní přístup*: netýká se jen pokračování rehabilitace klienta v jeho prostředí. Ergoterapeut by měl usilovat o zlepšení participace osob se znevýhodněním, rozvoj či podporu zdravé komunity.

Zaměstnávání

Zaměstnávání (z angl. occupation) je skupina činností, které mají individuální a sociokulturní význam, podporují participaci ve společnosti a mají v dané kultuře svůj smysl a označení. Z ergoterapeutického hlediska je možné zaměstnávání dělit do tří oblastí, kterými jsou soběstačnost, produktivita (práce) a volný čas (ČAE, 2008).

Ergoterapeuti sdílí přesvědčení, že zaměstnávání (Townsend, 2004):

- dává životu smysl
- je důležitou determinantou zdravé a celkové duševní pohody jedince
- organizuje naše chování a jednání
- vyvíjí se a mění v průběhu času
- formuje se a je formováno prostředím
- má terapeutickou účinnost.

Occupational engagement

Pocit účasti, vlastní volby a smyslu během vykonávání zaměstnávání nebo činností. Autoři Townsend a Polatajko (2007) definují „*occupational engagement*“ jako možnost zapojit se do činností, které u osoby přispívají k podpoře zdraví a využití potenciálu k provádění aktivit každodenního života.

Disabilita

K pochopení toho, jak je nyní na disabilitu pohlíženo, je užitečné se ohlédnout za tím, jak se termín disabilita vyvíjel v průběhu času. Historicky, disabilita byla široce spojena s mytologickými či náboženskými termíny, např. lidé se postižením byly považováni za posedlé děblem, disabilita byla často považována za trest za předchozí provinění.

V 19. a 20. století rozvoj v oblasti vědy a medicíny pomohl k pochopení, že disabilita má biologické nebo medicínské příčiny vedoucí k poruše tělesných funkcí a struktur spojených s různými zdravotními potížemi (diagnózami). Tento medicínský model pohlíží na disabilitu jako na problém osoby a její primární zaměření na léčbu a poskytování odpovídající zdravotní péče ze strany profesionálů.

Později, v 60. a 70. letech, byl medicínský pohled na disabilitu změněn a byly rozvíjeny sociální přístupy, např. sociální model disability. Tyto přístupy vedly k odklonu od medicínského aspektu disability k zaměření se na sociální bariéry a diskriminaci, kterým jsou osoby se zdravotním postižením vystaveny. Disabilita byla přeformulována jako sociální problém raději než problém jedince a řešení bylo zaměřeno na odstranění bariér a sociální změny, ne pouze na poskytování zdravotní péči.

Ústředním v této změně chápání disability byly snahy osob s disabilitou, které začaly v 60. letech minulého století v Severní Americe a Evropě a rozšířily se celosvětově. Dobře známý slogan „Nic o nás bez nás“ symbolizuje, jaký vliv tyto změny měly. Organizace osob s disabilitou jsou zaměřeny na dosažení plné participace a vyrovnání příležitostí. Tyto organizace hrály klíčovou roli ve formulování konvence práv lidí s disabilitou, které podpořili změnu k modelu lidských práv osob

s disabilitou.

Existuje mnoho definic disability podle různých perspektiv uvedených výše. Nejnovější definice disability vycházejí z: Mezinárodní klasifikace fungování, disability a zdraví (MKF, 2001) a Úmluvy o právech lidí s postižením.

Dle MKF (2001) je disability zastřešujícím termínem pro poruchy, limitace aktivity nebo omezení participace, které je výsledkem interakce mezi osobou se zdravotním problémem a faktory prostředí (např. fyzické prostředí, postoje) a osobními faktory (např. věk nebo pohlaví). Disability je vnímána jako sociální znevýhodnění způsobené fyzickými nebo sociálními faktory prostředím (bariérami), které omezují život lidí s funkčními problémy.

Úmluva o právech lidí s postižením uvádí, že disability je rozvíjející se koncept a výsledek interakce mezi osobou s postižením a postojovými bariérami a bariérami prostředí, které brání jejich plné a efektivní participaci ve společnosti na rovné bázi s ostatními.

Globální statistické údaje o osobách s disability (WHO, 2010):

- na světě žije přibližně 10 % lidí s disability
- lidé s disability jsou největší minoritou na světě
- odhaduje se, že 80 % lidí s disability žije v rozvojových zemích
- přibližně 15-20 % nejchudších jsou lidé s disability
- žádné rehabilitační služby nejsou poskytovány lidem s disability až v 62 zemích světa
- jen 5-15 % osob s disability v rozvojových zemích má dostupné kompenzační pomůcky
- děti s disability méně často navštěvují školu než ostatní děti jejich věku
- lidé s disability jsou častěji nezaměstnaní a mají nižší výdělek než ostatní

Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2010) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohyby, nejen nepřítomnost disability nebo nemoci. Zdraví je cenný zdroj, který umožňuje lidem vést individuálně, sociálně a ekonomicky produktivní život, poskytující jim svobodu začlenit se do práce, vzdělávání a aktivního zapojení do rodinného a komunitního života. Na zdraví, jako na multidimenzionální koncept, je možné pohlížet dle výše uvedeného jako na schopnost uskutečňovat činnost (zapojit se do zaměstnávání).

Jedná se o subjektivní ukazatel, jelikož zdraví lidé vnímají rozdílně na základě věku, pohlaví, životního stádia, vlastní kultury.

Zdraví determinuje:

- prostředí
- sociální a ekonomické faktory
- vzdělání
- výživa
- životní styl
- dostupnost a kvalita zdravotnické péče
- genetické faktory

Skupina

Ne každá skupina je komunitou. Pro sociální povahu člověka má zásadní význam, v jakých skupinách žije, pro podobu společnosti má zase zásadní význam to, z jakých skupin se skládá.

Typologie skupin

- a) malé a velké
- b) primární a sekundární (př. primární – rodina, sekundární – kolektiv zaměstnanců)
- c) formální a neformální
- d) členské a referenční (př. členská – třída, referenční – křesťané, členové politických hnutí)

- e) tzv. „in-groups“ a „out-groups“: v prvním případě se člověk považuje za člena skupiny a užívá v souvislosti s tím výrazu „my“, v druhém případě necítí se skupinou nic společného a distancuje se od těch, které označuje jako „oni“
- f) další dělení ukazují na míru stálosti, exkluzivity členství (uzavřené, otevřené), způsobu nabývání či pozbytování členství (př. narozením, vstupem, zrušitelné, nezrušitelné)

1.4 Modely

Je možné uvést různé modely, na základě kterých lze vymezit zaměření komunitní praxe v ergoterapii z hlediska zastřešující teorie. Pro účely výkladu volíme příklady modelů a přístupů, na kterých je možné ilustrovat, jejich souvislost s rozvíjením komunitní praxe v ergoterapii.

V rámci institucionálních zařízení ergoterapeuti tradičně fungují v rámci biomedicínského modelu rehabilitace se zaměřením na cíl orientovaný a časově limitovaný proces cílený na umožnění lidem s postižením dosáhnout optimální duševní, fyzické a /nebo sociální funkční úrovně.

Na základě doporučení WHO se však zdravotní politiky jednotlivých států stále více zaměřují na možnosti přesunu péče z instituce do komunity a zdůrazňuje se potřeba uplatnění strategií, které jsou cílené na podporu zdraví, duševní pohody a prevenci. S tím souvisí i potřeba odklonit se od medicínského modelu a hledat alternativní modely poskytování zdravotní péče v komunitě.

Model osoba – prostředí- zaměstnávání (The Person- Environment- Occupation Model, PEO)

Autorkou modelu je Mary Law (1996). Výkon zaměstnávání (*occupational performance*) je výsledkem vzájemné interakce mezi osobou, jejími činnostmi a prostředím, v kterém žije. Tato interakce je dynamická, jelikož se jednotlivé složky ovlivňují navzájem a neustále se proměňují, vyvíjejí. Díky tomu je výkon zaměstnávání v průběh života neustále přetvářen a proměňován. Výkon zaměstnávání může být podpořen nebo naopak blokován přítomností nebo naopak absencí faktorů prostředí, ale i vývojovými nebo osobními faktory osoby. Změna fungování osoby dle tohoto modelu je závislá na změnách v prostředí.

Obr. 1 Model osoba – prostředí- zaměstnávání (upraveno dle Law a kol., 1996)



Kanadský model výkonu zaměstnávání

Kanadská asociace ergoterapeutů v roce 1997 vytvořila model zaměřený na klienta, známý pod názvem Kanadský model výkonu zaměstnávání (z orig. The Canadian Model of Occupational Performance – CMOP). Model identifikuje hlavní domény oboru ergoterapie.

V roce 2007 byl původní model rozšířen o oblast zapojení se (z orig. engagement) coby důležitého aspektu lidského zaměstnávání. Autory rozšířeného modelu jsou Polatajko, Townsend a Craik a model nese název The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (**CMOP-E**). Doplnění modelu si vyžadoval aktuální vývoj v oboru podložený vědeckými důkazy a zvýšení znalostí o praxi zaměřené na klienta a zaměstnávání.

Model se zaměřuje na výkon zaměstnávání, které je chápáno jako výsledek dynamické interakce mezi součástmi modelu, kterými jsou osoba, zaměstnávání a prostředí. CMOP-E potvrzuje tento pohled a zahrnuje i oblast zapojení se.

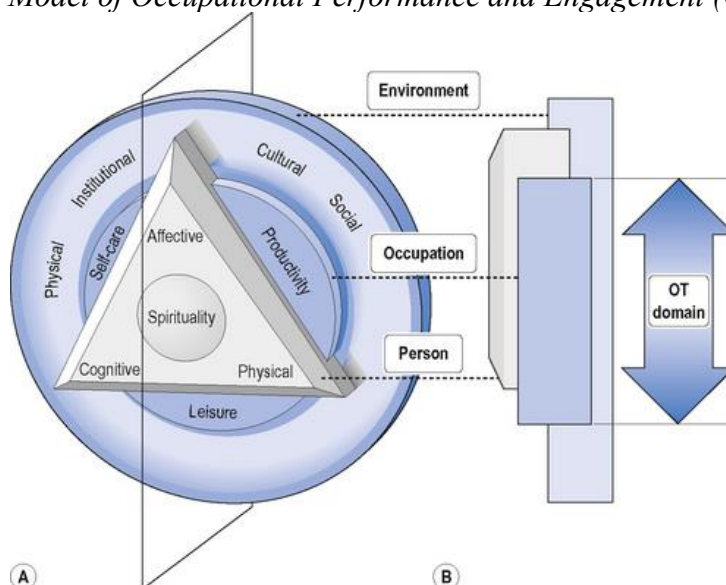
Model vychází jak z humanistických teorií, které se zaměřují na klienta (viz na klienta/ osobu změřená terapie), tak z vývojových teorií a teorií učení, který vycházejí z přesvědčení, že je člověk schopen se adaptovat a osvojit si dovednosti. Environmentální teorie také tvoří základ modelu a přibližuje, jak je prostředí důležitou součástí lidské zaměstnávání a jak ho ovlivňuje.

CMOP-E se zaměřuje na podporu praxe zaměřené na osobu a na umožnění zaměstnávání jako klíčové oblasti zájmu ergoterapie. Model přibližuje, jak je možné podporovat zdraví, well-being a participaci prostřednictvím zaměstnávání.

Model je tvořen třemi součástmi: osoba, prostředí a zaměstnávání. V modelu vnitřní část reprezentuje „osobu,“ v jejímž centru je spiritualita. CMOP je prvním modelem, který uznává a zařazuje spiritualitu jako součást lidského zaměstnávání. Spiritualita je formována a vyjadřována prostřednictvím zaměstnávání. Nevyjadřuje náboženské vyznání či přesvědčení člověka, ale jde spíše o podstatu jedince. Dalšími složkami osoby jsou afektivní, fyzické a kognitivní schopnosti. Střední kruh reprezentuje „zaměstnávání“, které osoba provádí v prostředí a zahrnuje tři domény: sebeděle, produktivita a volný čas. Prostřednictvím zaměstnávání je osoba v interakci s prostředím, proto zaměstnávání je pojítkem mezi osobou a jejím prostředím. Vnější kruh zahrnuje „prostředí“, v kterém osoba existuje a odehrávají se v něm zaměstnávání. Prostředí se klasifikuje jako fyzické, sociální, kulturní a institucionální. Interakce mezi osobou, prostředím a zaměstnáváním rezultuje ve výkon zaměstnávání, což je schopnost osoby provádět zaměstnávání a být zapojen do každodenních aktivit. Funkce představuje harmonicky provázaný vztah mezi osobou, zaměstnáváním a prostředím. Naopak limitace v jedné oblasti vede k narušení rovnováhy, která se projeví dysfunkcí v oblasti výkonu zaměstnávání nebo omezením osoby v zapojení se do smysluplných zaměstnávání.

Za účelem hodnocení může ergoterapeut používat Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM), které vychází z daného modelu, a identifikovat úroveň obtíží ve výkonu zaměstnávání klienta.

Obr. 2 The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)



Townsend and Polatajko (2007) uvádějí šest základních předpokladů, na kterých je model založen:

- lidé potřebují být aktivní, činní (jsou tzv. occupational being)
- zaměstnávání má terapeutickou účinnost/ potenciál
- zaměstnávání má vliv na zdraví a pocit duševní pohody
- zaměstnávání organizuje čas a poskytuje strukturu životu
- zaměstnávání přináší smysl životu prostřednictvím kombinace kulturních a osobních vlivů, které tvoří smysl
- zaměstnávání je osobité a lidé se odlišují v tom, do jakého zaměstnávání se zapojí na základě vlastní vůle

Community-based practice/ model (koomunitní praxe/ model)

Model se zaměřuje na komunitu jako na místo poruchy fungování (*functional dysfunction*). Funkční porucha je výsledkem bariér, které neumožňují plnou participaci a fungování osoby. Z tohoto důvodu se model zaměřuje cíleně na rozvoj komunity za účelem dosažení vyrovnaní příležitostí a sociální integraci osob s disabilitou.

Ergoterapeut v rámci uplatnění tohoto modelu v praxi pomáhá komunitě zvyšovat její povědomí o potřebách lidí s disabilitou a pomáhá komunitě hledat zdroje a řešení. Vystupuje v roli advokáta práv osob s disabilitou či iniciátora změn v komunitě.

V modelu je cílem intervence komunita, ačkoli jsou lidé s disabilitou jejími hlavními příjemci, kteří ze změn profitují. Model se proto řadí mezi modely zaměřené na podporu zdraví a mobilizaci zdrojů a podporu komunity. Ergoterapeut se musí odklonit od medicínského modelu praxe a zaměřit se na podporu zdraví a prevenci.

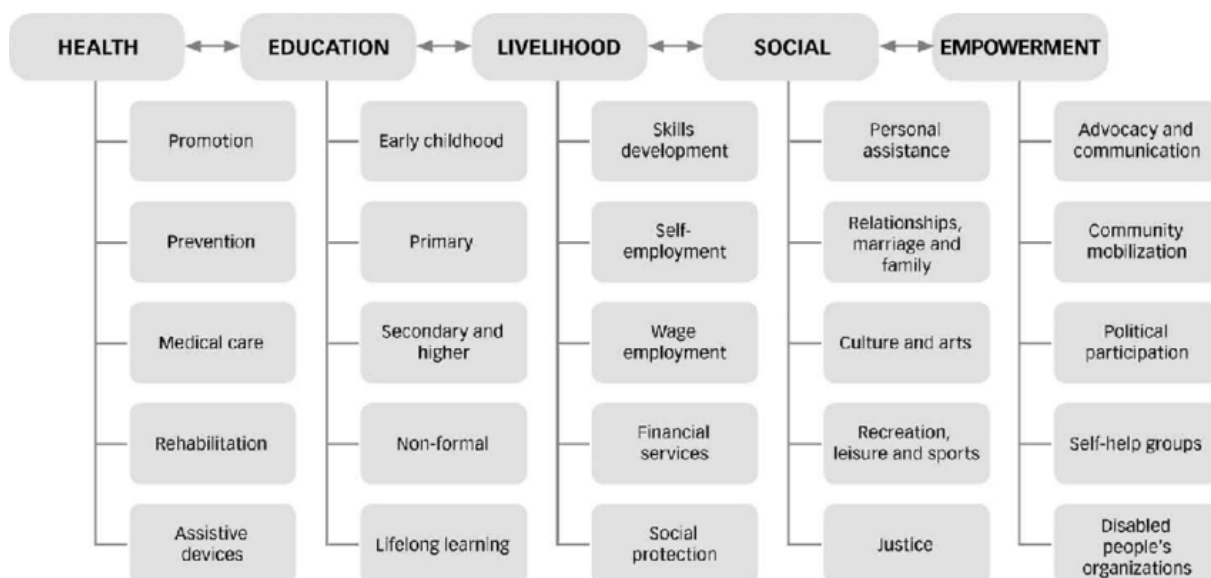
V rámci modelu je možné se přiklonit k jedné z následujících pohledů na realizaci změny:

- *environmentální teorie*: kdy ergoterapeut vnímá poruchu funkce jako výsledek bariér v prostředí komunity, které zabraňují participaci osoby s disabilitou a snaží se v rámci intervence cílit na změny v komunitě (zde ergoterapeut působí více v roli advokáta práv lidí s postižením)
- *vývojová teorie*: problém výkonu zaměstnávání je dán neadekvátní nabídkou komunity, která není schopna vytvořit příležitosti pro osoby s postižením (zde ergoterapeut více vystupuje v roli iniciátora změn v komunitě, jeho úsilím je zvýšit povědomí komunity o potřebách osob s disabilitou)

Community-based rehabilitation (Komunitní rehabilitace)

Koncept Community-based rehabilitation (CBR) byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO) na základě deklarace v Alma-Atě v roce 1978 ve snaze podpořit kvalitu života lidí s disabilitou a jejich rodin, naplnit jejich základní potřeby a zajistit jejich inkluzi a participaci. Původně šlo o strategii zvýšit přístup k rehabilitačním službám v oblastech s omezenými zdroji (především v rozvojových zemích) optimálním využíváním lokálních zdrojů. Nicméně dnes je CBR multisektoriální přístup zaměřený na zlepšení rovných příležitostí a sociální inkluzi lidí s disabilitou ve společnosti a podporu jejich kvality života. CBR je implementován díky společnému úsilí lidí s disabilitou, jejich rodin a komunit a příslušných vládních i nevládních zdravotních, vzdělávacích, pracovních, sociálních a dalších služeb.

Obr. 3 CBR matice – obecný rámec pro tvorbu CBR programů (WHO, 2010)



CBR matice se skládá z 5 klíčových součástí, kterými jsou oblast zdraví, vzdělání, zajištění životních potřeb a financí, sociální vazby a zplnomocnění/ začlenění. Neočekává se, že v rámci budování či vytváření programu komunitní rehabilitace je nutné implementovat každou součást či prvek této matice. Matice byla spíše navržena tak, aby umožňovala při tvorbě programů zaměřit se na tu oblast, která nejlépe naplňuje lokální potřeby, priority a zdroje dané komunity.

Independent living movement

Ačkoli se nejedná čistě o model péče, ale o sociální hnutí, které bylo kolektivní politickou akcí lidí s postižením v 70. a 80. minulého století hlavně v USA a západní Evropě, je vhodné zde toto hnutí připomenout právě v souvislost s rozvojem nových typů péče a iniciativ, které přispěli k rozvoji komunitních služeb.

Důležitým konceptem zdravotní péče v 80. letech minulého století, který položil základy pro to, aby byli klienti začleněni do rozhodování o zdravotní péči, bylo zaměření se na podporu zdraví. V oblasti zájmu vyvstala témata jako občanství, bydlení, právo na zaměstnávání, přístupnost veřejných budov, kvalita života a dostupnost vzdělání pro všechny a rozsah, v jaké sociální struktury (služby, legislativa apod.) poskytují osobám s disabilitou příležitost pro úspěšný výkon zaměstnávání a začlenění se.

Pozornost byla věnována makroprostředí, tedy jaký vliv mají struktury jako politika, služby, informace, postoje lidí apod. na naplňování potřeb a práv osob s disabilitou.

V 90. letech postupně začali vznikat ve větší míře svépomocné skupiny a občanská sdružení osob s disabilitou, tedy organizace, do kterých profesionálové nezasahovali. Tento trend byl patrný i v České republice. Vznikali také nové formy pomoci jako peer skupiny, sebestačnosti, nové služby mimo instituce, a ve větší míře došlo k obhajování a prosazování zájmů lidí s postižením. Akcentován byl i trend deinstitucionalizace, který přinesl i nové úkoly pro ergoterapii. Především bylo potřeba pomoci lidem s postižením osvojit si dovednosti pro samostatný život v komunitě. Vznikali i nové služby typu chráněných díleň, podporovaného zaměstnání či chráněného bydlení, kde ergoterapeuti nacházeli uplatnění.

1.5 Specifika ergoterapie v komunitě

Ergoterapie je na klienta zaměřená profese, která usiluje u osoby o podporu zdraví a pocitu osobní pohody prostřednictvím zaměstnávání. Klientem ergoterapie může být jak osoba/ jedinec, rodina, skupina, komunita, organizace nebo populace. Programové prohlášení Světové federace ergoterapeutů (WFOT) uvádí, že ergoterapie v komunitě využívá na komunitu zaměřený přístup (z angl. community-centred practice approach), usiluje o partnerství a začlenění se do komunity, a při stanovení cílů, hodnocení, intervencí a vyhodnocení efektivity se řídí potřebami komunity a zaměřuje

se na zaměstnávání.“ (WFOT, 2019).

WFOT (2019) definuje klíčové principy na komunitu zaměřené ergoterapie následovně:

- posilování důvěry, respektu a reciprocity,
- zaměření se na silné stránky, které určují úroveň poskytovaných služeb v komunitě,
- podpora zaměstnávání a zvýšení participace/ začlenění do komunity v činnostech, které podporují zdraví a jsou sociálně a kulturně smysluplné,
- poskytování služeb v kooperaci s komunitami (nebo přímo jimi) za účelem podpory a dosažení sdílených cílů,
- intervence a strategie jsou vybírány s/ nebo přímo komunitami tak, aby byly odstraněny bariéry v přístupu k zaměstnávání, zdraví nebo dosažení pocitu osobní pohody,
- výstupy komunitní praxe jsou hodnoceny zlepšením, ke kterým došlo na úrovni zdravé komunity, pocitu osobní pohody a inkluze.

Terapie v komunitě by měla být založena na přístupu řešení problému, funkčně orientovaná a vedena faktory prostředí, kulturními, sociálními a dalších souvisejícími faktory. Z důvodu povahy postižení je zaměření terapie v komunitě více směřováno na management disability než na léčbu symptomů onemocnění. Terapie v komunitě je začleněna do denního režimu klienta, obvykle reaguje na aktuální situace a potřeby a často řeší více problémů najednou. Je nezbytné, aby cíle byly stanoveny s klientem a byly reálné a dosažitelné, vedené požadavky či nároky běžných denních aktivit klienta a pečovatele.

Komunitní prostředí je specifické a mnohotvárné. Ergoterapeut působící v komunitě by si měl být vědom odlišností, které v komunitním prostředí oproti institucionálnímu přicházejí v úvahu. Minimální je uvědomění si, že v rámci komunitního prostředí (ať se jedná o domov klienta, organizaci či komunitu) je ergoterapeut hostem. Potřebuje být proto citlivý k různým životním stylům a kulturním odlišnostem každé komunity.

Vstup ergoterapeuta do komunity proto s sebou přináší i následující oblasti k zamyšlení:

- osobní bezpečnost ergoterapeuta v daném prostředí
- citlivost k odlišným životním stylům a kulturním odlišnostem klientů (pracovat s různorodostí, a to jak klientů, prostředí, názorů apod.)
- jak aplikovat na klienta zaměřenou praxi v dané komunitě (schopnost klinické úvahy)
- jak rozvíjet pohled na význam zaměstnávání a ergoterapie jako prostředku pro podporu kvality života a participaci v komunitě
- jak si definovat vlastní standard péče
- kde hledat i zdroje podpory

Autorky Scaffová a Reitzová (2014) shrnují zaměření komunitní praxe v ergoterapii následovně:

- podpora fungování osoby ve všech oblastech života v jejím přirozeném prostředí a posílení pocitu začlenění do komunity,
- pomoc v osvojení dovedností, které odpovídají aktuálním potřebám osoby a naučení se strategiím pro dosažení dlouhodobého životního uspokojení,
- působnost ergoterapeuta v různých rolích,
- odklon od medicínského modelu z důvodu specifických poslání a cílů komunit,
- ergoterapeutické programy v komunitě je možné definovat jako jasně zaměřená snažení a úsilí vedoucí k naplňování potřeb identifikované cílové skupiny.

Klienti, s kterými ergoterapeut pracuje v rámci komunitních služeb

- osoby se zdravotním postižením
- senioři
- děti ohrožené opožděním psychomotorického vývoje
- osoby s chronickým onemocněním
- osoby s duševním onemocněním ohrožené stigmatizací
- osoby s ohrožením sociálního vyloučení, z etnických skupin

- osoby ohrožené chudobou

Oblasti praxe

- domácnosti klientů
- denní stacionáře
- komunitní centra
- nízkoprahová zařízení
- střediska rané péče
- chráněné dílny a chráněné bydlení
- sociální firmy
- školy
- občanská sdružení
- apod.

Tab.1 Rozdíly mezi službami v instituci a v komunitě (upraveno dle Twible, Henley, 2000)

Znaky	Ergoterapie v medicínském modelu praxe	Ergoterapie v modelu zaměřeném na komunitu
Role	• přímá služba/ terapie • obvykle 1:1 terapeut: klient • méně častá skupinová terapie • omezený počet pacientů	• často nepřímá služba • ergoterapeut často v roli experta, poradce • vzdělává/ edukuje místní pracovníky/ dobrovolníky a rodiny, kteří provádí terapii • obvykle jeden terapeut pro danou komunitu • častá skupinová práce
Profesionální dovednosti	• profesní dovednosti jsou legislativně vymezeny v rámci kompetencí • nejsou obvykle poskytovány jiným odbornostem (odbornost si hlídá oblast své působnosti)	• ergoterapeut poskytuje své dovednosti ostatním členům komunity, aby posílil jejich dovednosti (pracovníků na různých úrovních, rodina)
Kontrola	• terapeut přebírá kontrolu • terapeut je vnímán jako expert	• zaměřeno na klienta/ rodinu • terapeut je vnímán jako zdroj odolných znalostí o disabilitě a patologii • klient a rodina jsou vnímáni jako experti na každodenní fungování a faktory prostředí
Výměna znalostí a informací	• často jednostranně – od terapeuta ke klientovi • často nemusí být informace předávány formou, která je pro klienta srozumitelná	• partnerský přístup založený na vzájemné výměně informací rovnocenných partnerů • informace podávány srozumitelně, aby jim rozuměli všichni zúčastnění
Diskuse o terapii	• do rozhodování o péči zřídka kdy je zahrnuta rodina	• do rozhodování o řízení péče/ služby je vždy zapojena rodina/ klient

Způsob komunikace	• používání odborné terminologie	• vyvarování se odborné terminologie • používání terminologie, které je tzv. user friendly
Terapeutický přístup	• léčebný, biomedicínsky orientovaný • zaměřený na patologii a její léčbu • lépe vyhovuje krátkodobým nebo akutním onemocněním • zaměřuje se na krátkodobou péči	• management disability • založený na přístupu řešení problémů • zaměřený na funkci • lépe odpovídá managementu chronických onemocnění a disability • zaměřuje se na dlouhodobá řešení
Požadované znalosti a dovednosti	• především terapeutické dovednosti	• management, vzdělávání, networking, podpora zdraví, ale i terapeutické dovednosti
Povědomí kulturních odlišností	• obvykle nejsou kulturní potřeby v rámci hospitalizace řešeny	• vysoké povědomí kulturních potřeb, zvážení kulturních faktorů vždy při plánování intervence
Zvážení faktorů prostředí	• méně často se zvažují • léčba je zaměřena na přítomnou patologii • pacient je spíše propuštěn, než připraven na návrat do domácího prostředí	• vždy je posuzováno • intervence potřebuje začlenit sociální, kulturní, fyzické a další faktory prostředí • program klienta vychází z jeho sociálního prostředí

Role ergoterapeuta v komunitě

- *terapeutická role*: specifika volby terapeutického prostředku, využití prostředí, přístupu apod. (poskytovatel služby/ terapeut/ OSVČ/ podnikatel/ posuzovatel)
- *organizační podpora*: pomoc při organizování setkání komunity, vytváření pracovních skupin atd. (case manager/ organizátor)
- *strategická podpora*: pomáhá komunitě hledat způsoby dosažení cílů, jak nacházet informace, jak navazovat kontakty, pomoc při vytváření krokových plánů, radí, jak financovat atd. (poradce/ konzultant/ koordinátor programu/ projektový manager)
- *vzdělávací podpora*: pomoc členům komunity plnit jejich úkoly, výchova k samostatnosti atd. (poradce/ lektor/ vzdělavatel)
- *facilitace*: podpora, vytváření podmínek, komunitní pracovník je facilitátorem, ne vykonavatelem práce (konzultant/ iniciátor změny/ facilitátor/ obhájce)

Požadavky na ergoterapeuta v komunitě

- obecné předpoklady
- manažerské předpoklady
- kulturní povědomí

Obecné předpoklady:

- autonomie, sebevědomí (často pracují osamoceně, bez možnosti bezprostřední konzultace s kolegy)
- flexibilita, schopnost adaptovat se na změny
- odbornost (schopnost klinické úvahy založena na odborných znalostech, dovednostech a zkušenostech)
- povědomí vlastních kompetencí/ možností/ limitů/ rizik/ atd. (schopnost reflexe a sebereflexe)

- kulturní citlivost a vážení etických dilemat
- uvědomění si vlastní bezpečnosti (př. jednání v rizikových situacích- např. poskytnutí první pomoci, zklidnění agitovaného klienta, schopnost kontrolovat si míru rizika při vstupu do prostředí klienta apod.)
- povědomí odlišnosti pracovního prostředí (jiný přístup, prostředky terapie apod.)
- znalost potřeb cílové skupiny klientů
- kreativita
- schopnost využívat příležitosti, hledat a rozvíjet potenciální zdroje (lidské i materiální)
- umět si hledat podporu

Manažerské předpoklady:

- time management, schopnost plánování, využívání informačních a komunikačních technologií
- schopnost spolupracovat s ostatními členy týmu z různých profesí, s ostatními dostupnými službami v dané komunitě, s plátcí, místními autoritami apod.
- organizační schopnosti, schopnost řešení problémů
- uvědomění si kontextu praxe (legislativa, způsob financování služby, zdroje, cílová skupina, specifika komunity, způsob vedení dokumentace, systém služby apod.)
- schopnost edukovat (v komunitě je edukace jednou z klíčových zaměření profesních aktivit ergoterapeuta)
- komunikační dovednosti (schopnost komunikovat na různých úrovních- manažeři, dárce, klienti, profesionálové, dobrovolníci, rodinní příslušníci apod.)
- schopnost vytvářet si síť pro spolupráci (networking)
- dovednosti udržování styku s veřejností (PR)
- schopnost nalézt a získat zdroje

Kulturní povědomí:

- uvědomění si, že ergoterapeut je hostem
- konfrontace ergoterapeuta s kulturním prostředím klienta a jeho životním stylem
- možnost konfliktu hodnot terapeuta a klienta (jeden z ústředních bariér úspěchu v multikulturním prostředí)
- možnost stereotypního vnímání klienta (riziko nálepkování)
- zájem o pochopení individuality klienta a jeho vnímání situace, potřeb, hodnot, zkušeností apod.
- naslouchání příběhu klienta a jeho rodiny a na základě toho nabídnout smysluplnou intervenci (nepřicházet dopředu s vlastním řešením situace)
- snažit se poznat rituály a zvyky, které považuje jedinec dané skupiny za důležité pro jeho fungování
- uvědomění si vlastní kultury a vlastních slepých míst či bias vůči kultuře jiné je předpokladem dosažení kulturně citlivého přístupu v terapii

Výzvy ergoterapie v komunitní praxi

- Stavět na filozofii profese a předložit důkazy, jak může ergoterapeut podpořit úroveň zdraví prostřednictvím zapojení se do zaměstnávání, a to jak na úrovni osoby, skupiny i komunity. Potřeba definovat i teorie, které se zaměřují na sociální systémy a jejich vliv na jedince.
- Být součástí různých týmů. Schopnost navázat spolupráci i mimo sociálně – zdravotní systém. Jako nezbytné se pro prosazení změn na úrovni komunity jeví potřeba spolupráce s místními politiky, zástupci místní správy, organizacemi, podnikateli, výzkumníky i médii.
- Změnit i zaměření profesní přípravy, odborných praxí a dalšího vzdělávání, které se nebude zaměřovat jen na potřeby jednotlivce, ale bude směřováno i na potřeby komunity.

- Využívat a realizovat výzkum, který přinese důkazy o zásadním vztahu mezi zdravím, pocitem osobní pohody a činnostmi, kterými se jedinec zaměstnává. Výzkum je potřeba pro prosazení změn a rozšíření oblastí působnosti ergoterapeuta i mimo zdravotnický systém.
- Přijímat i zcela nové pracovní pozice, mimo tradiční zdravotně-sociální služby.
- Naopak bariérou rozvoje komunitní ergoterapie může být, že ergoterapie v komunitě není tak jasně vymezena v rámci kompetencí, rolí, zaměření apod. jako ergoterapie ve zdravotnictví. Což může být náročné jak pro ergoterapeuta samotného v rámci organizace své práce, tak ale i pro jeho jasné vymezení vůči ostatním pracovníkům, s kterými v komunitě spolupracuje.
- Rizikem nebo omezením příležitostí dalšího rozvoje oboru může být i to, že i v rámci komunitního prostředí se ergoterapeut zaměřuje především na řešení individuálních problémů jedince a pokračuje v tradičním zaměření ergoterapie, ale v komunitě.
- S tím může souviset i to, že ergoterapie může být převážně spojována více než s podporou zdraví se zaměřením se na ovlivnění symptomů onemocnění.

SHRNUTÍ KAPITOLY

V úvodní kapitole byl uveden kontext, v kterém s komunitní práce v ergoterapii odehrává. Nastíněny byly historické souvislosti, teoretická východiska a modely, které jsou příznačné pro oblast komunitní praxe v ergoterapii. Větší část textu je věnována i ujasnění terminologických pojmů a vymezení specifických rolí a s tím souvisejících požadavků pro úspěšné realizování ergoterapie v komunitě a pro komunitu.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

Komunita, komunitní přístup, na komunitu zaměřená praxe, disabilita, zaměstnávání, occupational engagement (zapojení se do zaměstnávání), zdraví, model PEO, CMOP-E.

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ/ ÚKOLY PRO ZÁJEMCE

Kontrolní otázky

1. Z ergoterapeutického hlediska vysvětlíte pojem zaměstnávání (occupation) a pojem zapojení se do zaměstnávání (occupational engagement).
2. Vyjmenujte charakteristiky komunitní praxe v ergoterapii.
3. Vyberte si jeden teoretický model, který je využíván v ergoterapii v komunitě, a vysvětlíte jeho součásti.
4. Pokuste se popsat role, které může ergoterapeut v komunitě zastávat a uveďte i konkrétní příklady z praxe.

Otázky k zamyšlení

1. Co pro vás znamená komunita, a zkuste se zamyslet, v jakých komunitách a sociálních skupinách jste členem vy?
2. Zamyslete se, jaká specifika má práce ergoterapeuta v komunitě (v terénu) oproti jeho působení v institucionálním zařízení.
3. Jaké podle Vás mohou být pozitiva i negativa práce v terénu versus práce v institucionálním zařízení?
4. Zkuste zformulovat faktory komunity, které mohou ovlivňovat tzv. occupational engagement (příležitost či možnost zapojení osoby do zaměstnávání), a to jak pozitivně, tak i negativně.
5. Pokuste se vymyslet ještě alespoň 2 skutečnosti, popř. výzvy, které je dobré zvážit při poskytování ergoterapie v komunitě.

KORESPONDENČNÍ ÚKOLY

V rámci kapitoly není zadán studentovi žádný korespondenční úkol.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. David Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- CREPEAU, E.,B., COHN, E.S., BOYT SCHELL, B.A. *Willard and Spackman's occupational therapy- 10th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003. ISBN 0-7817-2798-7
- ČAE. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online] Praha: ČAE, 2008. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997. ISBN 9788085850451
- CHRISTIANSEN, CH., TOWNSEND, E.A. *Introduction to occupation: The Art and Science of Living*. Prentice Hall, 2004. ISBN 9780130133038
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce, třetí vydání*. Praha: Portál, 2013. ISBN 80-7178-548-2
- MEYERS, S.K. *Community Practice in Occupational Therapy. A Guide to Serving the Community*. London: Jones and Bartlett Publishers, 2010. ISBN 978-0-7637-6249-0
- MZ ČR. *Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online] Praha: MZ, 2014. ISBN: 978-80-85047-47-9. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html
- POLATAJKO, H.J., TOWNSEND, E.A., CRAIK, J. *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, justice through Occupation*. [online] Ottawa: CAOT, 2007, S. 22-36. ISBN 9781895437768. Dostupné z: https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Frame-work_2/pdf/The%20Canadian%20Model%20of%20Occupational%20Performance%20and%20Engagement.pdf
- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. David Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808
- ŠŤASTNÁ, J.: *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Karolinum, 2016, 116 s. ISBN 978-80-246-3356-5
- ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (RCOT). *Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults Practice guideline*. 2.vydání. [online] London: COT, 2020. ISBN 978-1-905944-95-8. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/falls>
- TWIBLE, R., HENLEY, E. Preparing occupational therapists and physiotherapists for community based rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. [online]. 2000, 1. 113-129 ISSN 10294414. Dostupné z: http://www.aifoeng.it/archives/disability/apdrj/2000_selected_readings_cbr.pdf
- WFOT. *Occupational Therapy and Community-Centred Practice*. [online] WFOT, 2019. Dostupné z: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-community-centred-practice>
- WHO, UNESCO, International Labour Organization & International Disability Development

Consortium. *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. [online] WHO, 2010. ISBN 9789241548052. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405>

- Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění
- Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, v platném znění

2. Plánování programů realizovaných v komunitě

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kapitola bude zaměřena na vytváření programů v komunitě, popsány budou jednotlivé fáze realizace programu a vše, co je nutné pro úspěšné zavedení programu zvážit. Bude přiblížena paralela ergoterapeutického procesu a procesu plánování programu v komunitě. V další části kapitoly se zaměříme na oblast podnikání v ergoterapii, na jeho specifika. Nabídnuta budou doporučení, jak postupovat v zavedení soukromé ergoterapeutické praxe a na co je potřeba při zahájení podnikání v ergoterapii myslet.

CÍLE KAPITOLY:

Po prostudování kapitoly bude student připraven v rámci kontaktní výuky:

- formulovat fáze plánování programů v komunitě
- provést SWOT analýzu projektu
- uvědomit si požadavky, které klade na ergoterapeuta podnikání
- popsat, co je to podnikatelský plán a jaké jsou možnosti marketingu programu v komunitě

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Analýzy potřeb, plánování, realizace a vyhodnocení programu, SWOT analýza, vize, poslání, podnikatelský plán, 4P marketingu.

ORIENTAČNÍ ČAS NA PROSTUDOVÁNÍ

Pro prostudování této kapitoly budete potřebovat pro seznámení se s výkladovou částí textu a zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení 2 vyučovací hodiny.

2.1 Vytváření programů v komunitě

Ačkoli se programy zaměřené na komunitu či realizované v komunitě liší svým zaměřením, je možné u všech postupovat při jejich plánování univerzálně v následujících fázích (Matoušek, 2003):

1. zjišťování a analýza potřeb (etapa shromažďování informací o komunitě)
2. plánování (etapa diagnostická, navrhování řešení)
3. realizace (implementace)
4. vyhodnocení (evaluace, ověřování výsledků)

Zjišťování a analýza potřeb

Zjišťování všech dostupných relevantní informací o komunitě, případně jejích problémech. Shromažďování informací může probíhat tzv. od stolu nebo i přímo v terénu. Zjišťují se především:

- *demografické údaje*: např. věková struktura, zastoupení pohlaví, vzdělanostní struktura, politické, etnické, náboženské zastoupení v komunitě, rizikové faktory a zdravotní chování komunity atd.
- *informace o infrastruktuře*: bydlení, doprava a dostupnost, zastoupení institucí (samospráva, úřady, zdravotní a sociální péče), zaměstnavatelské organizace, bariéry atd.

- *informace o formálních a neformálních autoritách*: osoby na pověřených orgánech, v institucích, s kterými budeme muset či chtít spolupracovat, autority již existujících služeb/ sdružení, významní představitelé zaměstnavatelů v místě, s nimiž bude vhodné navázat kontakt atd.
- *další informace*: např. o historii a zvyklostech komunity
- *zdroje komunity*: lidské zdroje – kdo se může do projektu zapojit, koho oslovit, materiální zdroje – v rámci komunity i mimo ni (např. vypisované granty na projekt, možnosti oslovení nadací, místních podnikatelů), možnosti využití přírodních a dalších zdrojů v lokalitě

Při zjišťování potřeb si obvykle klademe otázku „Kde jsme nyní?“ Pomáhá to k pochopení kontextu či situace místní komunity, jejích zájmů a určení nejvhodnějšího postupu řešení této situace. Fáze zahrnuje sběr informací o komunitě, zjištění klíčových osob a jejich vlivu, určení hlavních problémů komunity/ osob a identifikace dostupných zdrojů. Jedná se o důležitou fázi celého procesu plánování programu, protože poskytuje nezbytné informace o plánování a zaměření programu (Scaffa, Reitz, 2014).

Většinou je v této fázi strategického plánování využívá **SWOT analýza**. Jde o metodu analýzy, která se soustřeďuje na popis daného území či problémů z hlediska čtyř základních charakteristik:

- přednosti (silné stránky, strengths)
- nedostatky (slabé stránky, weakness)
- ohrožení (hrozby, threats)
- možnosti (příležitosti, opportunities)

Potřeby komunity obvykle zjišťujeme:

- rozhovorem s obyvateli/ osobami se zdravotním postižením/ jejich rodinami
- vyjednáváním s místními autoritami
- konzultací s odborníky
- dotazováním odpovědných správních orgánů, případně volených zástupců komunity či klíčových osob komunity

Plánování

V této fázi je důležité, aby realizátoři projektu (klíčové osoby, projektový tým apod.) dokázali zformulovat cíl procesu, prostředky vedoucí ke změně, odhadnout časovou, finanční a personální náročnost celého procesu a uskutečnit další nezbytné kroky pro úspěšnou realizaci projektu. Výstupem této fáze je zpracování projektu.

Pro projekt je důležité, kdo je jeho předkladatelem a realizátorem, přesná formulace problému a cílů, definice cílové skupiny, popis projektu (harmonogram aktivit, personální rozvaha), zajištění spolupracujících institucí, návrh způsobu hodnocení a dokumentace, finanční rozvaha. Zpracování dobrého projektu usnadňuje realizaci procesu změn jak pro samotné realizátory, ale je také důležité pro vnější prezentaci (občany, dárce, představitele veřejné správy). Při zpracování projektu je potřeba zvážit i možnosti získání financí na jeho realizaci. Zda je možné žádat grant, dotaci, oslovit podnikatelský sektor, nadaci či zda se budou finančně spolupodílet i potenciální klienti.

Napsat dobrý projekt vyžaduje již znalosti nejen odborné, ale též z oblasti managementu, práva a ekonomiky.

Dobrý projekt obsahuje (Matoušek, 2003):

- informace o realizátorovi projektu
- formulaci problému a potřeby
- cíle projektu (konkrétní a měřitelné, resp. SMART)
- cílovou skupinu

- popis projektu – popis aktivit, jejich harmonogram a personální plán
- spolupracující organizace (pokud jsou)
- způsob vyhodnocení a dokumentování
- rozpočet (včetně informací o plánovaném financování projektu)

Realizace/ implementace

Během této fáze je důležité kontinuálně monitorovat pokroky. Monitorování poskytuje informace, které případně vedou k rozhodnutí o zaměření krátkodobých cílů nebo způsobech jejich dosahování, aby byly postupně naplňovány stanovené cíle projektu.

Jestliže projekt a jeho aktivity běží, jsou úspěšné a měly by trvat i nadále, bývá obvykle již v této fázi důležité zajišťovat zdroje a prostředky na pokračování projektu. K tomu je potřeba cílená propagace projektu, která přispívá k lepší informovanosti veřejnosti, ale i formálních a neformálních autorit komunity. Dobré vztahy s veřejností i s autoritami přispívají k úspěšné realizaci projektu a mohou být i potenciálním přínosem pro získávání zdrojů. Dobrá propagace projektu může přinést finanční prostředky na jeho pokračování i v dalších letech, ale může být i příležitostí pro navázání spolupráce s dalšími organizacemi či dobrovolníky.

Vyhodnocení/ evaluace

Vyhodnocení je komplexní proces, který evaluuje skutečné dopady projektu a realizovaných opatření. V rámci vyhodnocení se zjišťuje, zda je problém dostatečně řešen a potřeby naplněny nebo zda je nutné najít další možná řešení situace v komunitě. Zjišťuje se původně nezamýšlené důsledky realizovaných aktivit, případně se znovu začíná s mapováním a analýzou potřeb komunity/ cílové skupiny a připravují se další navazující projekty. Obvykle jde o nejvíce zanedbávanou fázi u komunitně zaměřených programů.

Vyhodnocení je možné provádět pomocí:

- dotazníků
- revizí záznamů organizace (např. průběžné a závěrečné zprávy, výroční zprávy)
- vyhodnocením dopadu projektu přímo na místě (změny u uživatel, v dané komunitě)
- diskusí (např. focus group)- řízená či moderovaná diskuse hodnotitele s lidmi, kteří se projektu účastnili nebo na které projekt cílil

Při vyhodnocení programu se obvykle zaměřujeme na následující oblasti (WHO, 2010):

- *relevance*: Naplnil program potřeby osob, na které cílil?
- *účinnost*: Byly zdroje (lidské, finanční i materiální) využity tím nejlepším způsobem?
- *efektivnost*: Dosáhl program výstupů v oblasti kvality, kvantity a času?
- *dopad*: Byl dosažen stanovený cíl? V jaké směru změnil program život cílové skupiny/ osob s disabilitou? Jaká efekt měl program na danou komunitu ve smyslu změny postojů a chování vůči cílové skupině/ osobám s disabilitou?
- *udržitelnost*: Jak bude program udržitelný v budoucnosti, až skončí jeho dotace/ grant/ poskytnuté finanční prostředky dárců?

Tab. 2 Paralela procesu plánování programu s OT procesem

Proces plánování programu	Ergoterapeutický proces
Explorace (př. identifikace problému, cílové populace, zhodnocení externích a interních bariér, stanovení cílů)	Prostudování dokumentace
Hodnocení potřeb (sběr údajů, jejich analýza, stanovení priorit, formulování	Hodnocení klienta (silné a slabé stránky, cíle, subjektivní, objektivní hodnocení atd.)

akčního plánu atd.)	
Plánování programu (stanovení cílů, vytvoření detailního popisu dosažení cílů, postupy jejich dosažení, stanovení plánu hodnocení atd.)	Plánování postupu terapie (volba terapeutického postupu, metody, zakotvení v teorii, podloženo EBP, časový faktor, frekvence)
Realizace programu (poskytování programu/ služby)	Vlastní terapie
Hodnocení programu (monitorování a vyhodnocení programu, jeho dopadu, výstupů, revize programu a plánování dalších kroků)	Průběžné hodnocení a modifikace plánu terapie dle výsledků průběžných hodnocení
Plán udržitelnosti programu/ služby (identifikace budoucích zdrojů financování, personálního zajištění, odběru služby/ produktu)	Plánování propuštění/ ukončení terapie, popř. definování nových cílů
Síření výsledků (sdílení výsledků se zainteresovanými stranami, vrstevníky, klienty, veřejností)	Dokumentace

Ve vztahu k vytváření komunitních ergoterapeutických programů je možné se zaměřit na faktory, které mohou negativně ovlivnit rozvoj těchto programů. Jako možné faktory se nabízejí:

- nedostatek získaných finančních zdrojů
- financování komunitní ergoterapie pouze z resortu zdravotnictví (z veřejného zdravotního pojištění)
- setrvání u medicínského paradigmatu praxe
- nedostatečné aktuální vymezení působnosti ergoterapie v oblasti komunitní péče, neznalost ostatních profesí, s čím se mohou v rámci komunity na ergoterapeuta obrátit
- malé dovednosti a zkušenosti ergoterapeutů v oblasti public relations
- malý počet ergoterapeutů

Co může naopak vést k úspěšné realizaci komunitní ergoterapie (Meyers, 2010):

- když se podaří oslovit všechny důležité aktéry (občany, úřady, služby, ziskový sektor, regionální autory, patientské organizace či občanská sdružení)
- vytvoření účinné komunikační sítě
- zjištění dostupných zdrojů a zajištění přístupu k nim
- navržení a realizace projektu, který odpovídá potřebám komunity
- účinná prezentace projektu
- zveřejnění výstupů projektu

V projektu Evropské sítě ergoterapeutických škol ve vyšším vzdělávání (ENOTHE, 2010), kterého se v rámci dotazníkové šetření účastnilo 33 zemí Evropské unie, se mezi nejčastěji realizované komunitní ergoterapeutické projekty v Evropě řadí:

- služby pro seniory (87 %)
- komunitní programy pro osoby s duševním onemocněním (78 %)
- komunitní zdravotní centra (pozn. nejbližší našim ambulantním zařízením či samostatným ambulantním ergoterapeutickým pracovištím, 55 %)
- služby pro osoby s problémem závislosti na návykových látkách (51 %)

Naopak mezi nejméně běžné služby byly v projektu uváděny:

- služby pro osoby v hmotné nouzi/ chudobě (17 %)
- služby pro osoby bez přístřeší (15 %)

Nejčastěji ergoterapeut v komunitě spolupracuje s:

- pečovatelem
- rodinným příslušníkem
- sociálním pracovníkem
- koordinátory denních center, dobrovolnických organizací, jinými komunitními pracovníky
- osobním asistentem
- zdravotní sestrou, fyzioterapeutem
- naopak méně často ergoterapeut spolupracuje s praktickými lékaři, učiteli

2.2 Podnikání v ergoterapii

V souvislosti se zahájením podnikáním v oblasti ergoterapie se objevují čtyři témata, která by ergoterapeut měl zvažovat při svém rozhodování. Je možné je definovat jako:

- *identifikace trendů*: identifikace příležitostí, reakce na potřeby komunity a možnosti rozšíření potenciálního okruhu klientů
- *rozvíjení dovedností, plánování* (identifikovat cílový trh, provést detailní hodnocení – kde a pro koho službu vytvořit, mít podnikatelský plán)
- *zvážení rizik a přínosů podnikání*
- *určení charakteristik efektivního podnikání v ergoterapii* (kterými jsou: orientace na budoucnost, optimismus, být připravený přijímat riziko, využívat příležitosti, být vytrvalý)

Je možné popsat kroky, kterými musí podnikatel na své cestě k dosažení úspěchu (Moss in Jacobs, 2008) je popisuje následovně:

1. *využít toho, co máš* (vědět, co můžeš nabídnout, jaké máš předpoklady, zkušenosti, na čem můžeš stavět)
2. *nenechat se odradit překážkami*
3. *věnovat pozornost své síti* (kdo může pomoci, s kým mohu spolupracovat, jak navazovat další kontakty apod.)
4. *udělat první krok* (např. začít s podnikáním jen v malém rozsahu, na částečný úvazek a propojit to s prací v zaměstnaneckém poměru alespoň v počátku, kdy je potřeba podnikání tzv. „rozjet“)

Jacobsová (2008) uvádí 10 „top“ charakteristik potřebných pro podnikání:

- schopnost rozpoznat a reagovat na příležitosti
- nápaditost
- kreativita
- nezávislost
- pracovitost, cílevědomost
- optimistické nastavení
- schopnost zavádět změny
- schopnost přijmout riziko
- schopnost předvídat vývoj
- schopnost vést/ řídit

Rizika a odměny podnikání v ergoterapii

Ergoterapeut, který se rozhoduje podnikat, musí mít v začátku finanční zajištění pro zahájení služby, počítat s finanční rezervou v počátku podnikání. Není možné u nově rozvíjející se služby očekávat hned od počátku stálý finanční příjem.

Ergoterapeut musí být připraven jednat rychle a reagovat na případné pracovní příležitosti. Být připraven doplňovat si znalosti a dovednosti i v oblastech, které přímo nesouvisí s jeho odborností (např. manažerské, ekonomické dovednosti, dovednosti prezentace). S tím také souvisí být připraven dělat hodně tzv. „non OT work“, činností, které souvisí např. s vedením účetnictví, psaní grantů, komunikací se spolupracujícími organizacemi, úřady, praktickými lékaři apod., prezentací a reklamou služby (Meyers, 2010). Ale také takové činnosti, které souvisí s provozem služby, jako je úklid, údržba, objednávání klientů, zařizování prostor, doprava za klienty apod.

Být připraven podstupovat i určité riziko, především v počátku zavedení služby, a počítat s tím, že vše nepůjde hned. Náročné může být i to, že ergoterapeut je nucen se rozhodovat sám, obvykle nemá možnost bezprostředně konzultovat s kolegy, pokud tedy nepůsobí v rámci sdílené praxe. Je proto vhodné budovat si i systém sítě spolupracovníků, s kterými může sdílet a konzultovat problémy související s podnikáním (Crepeau, 2003).

Odměnou založení vlastní praxe může být získání autonomie, možnost flexibilně reagovat na nabídky, které jsou oslovující, příležitost realizovat praxi jak v tradičním, tak i netradičním prostředí. Založení vlastní praxe proto může být fascinující, naplňující a podnětné, přinášet osobní a finanční ohodnocení a je příležitostí k profesnímu růstu, který je možný zúročit v dalších projektech.

Tab. č. 3 Přínosy a překážky zavedení podnikání v OT

PŘÍNOSY	PŘEKÁŽKY
Autonomie , kontrola nad vlastním podnikáním	Omezené zdroje (především finanční, obtíže uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovnami)
Výzva (vytvořit něco smysluplného, přínosného pro osobu i společnost)	Omezený čas (pocit být tlačěn mnoha směry)
Dobrá pocit z toho, co dělám a z procesu realizace podnikání	Nedostatek vize vlastního podnikání a jeho dalšího rozvoje
Finanční odměna	Snaha dělat vše pro každého, neschopnost delegovat, neschopnost nastavit si hranice (např. kolik času budu pracovat)
Zaměření na smysl , který přináší zlepšení kvality života (cílové klientele)	Neochota reagovat na změny trendů , podnikatelské potřeby a osobní potřeby

Podnikat v ergoterapii je možné jako:

- *osoba samostatně výdělečně činná*
- *v rámci sdílených praxí*, v kterých může působit více osob stejné nebo různé profese (každý buď jako OSVČ nebo může být ergoterapeut zaměstnavatelem)
- *v sociálních firmách* – sociální firma kombinuje podnikatelskou či obchodní činnost s určitým sociálním posláním. Tím se myslí zejména podpora a vytváření pracovních míst pro osoby se znevýhodněním na trhu práce. Jedná se ale o konkurenceschopný podnikatelský subjekt, jehož cílem je ekonomická soběstačnost. V tomto je hlavní rozdíl od chráněných dílen.

Výzvy podnikání v ergoterapii:

- nalézt nové příležitosti pro odborně zdatné a kreativní ergoterapeuty, příležitosti otevřít „nové dveře“ ergoterapie
- osvojit si základní obchodní dovednosti
- naučit se identifikovat nepokryté/ nenaplněné potřeby klientů/ komunity/ společnosti
- umět provádět analýzu prostředí a systému, tzn. „diagnostikovat“ kontext (systém, prostředí)
- umět se správně sebezprezentovat
- naučit se prodat svůj produkt (představit potenciálním klientům, proč mají zaplatit za naše služby)

2.3 Podnikatelský plán

Podnikatelský plán sumarizuje provozní a finanční cíle podnikání a obsahuje detailní plán a rozpočet, který nastiňuje, jak budou cíle realizovány. Jde o koncept podnikání, který definuje **kde, co, kdy a jak** bude služba zavedená. Součástí podnikatelského plánu je ujasnit si svou **vizi a poslání** – definování povahy služby a pro koho je služba určena. Zahrnuje dále **organizační plán** – popisuje strukturu služby, personální a finanční zajištění. Součástí podnikatelského plánu je **analýza potenciálních potřeb** ve vybrané lokalitě, komunitě, identifikace potenciální klientely. Nezbytnou součástí je i **marketing** (Crepeau, 2003).

Podnikatelský plán popisuje strategii projektu a spolu s detailním popisem stávajícího a/nebo plánovaného podnikání odpovídá na otázky:

- co přesně chci nabízet
- proč děláme aktivity, které děláme
- pro koho jsou služby cílené
- jak bude služba realizována
- kdy a za kolik bude služba poskytována

Na co pamatovat při formulování podnikatelského plánu:

- nebát se být odlišný
- stavět na svých silných stránkách
- KISS- „keep it single stupid“ (srozumitelnost, jasné formulace)
- ujistit se, zda nejsou již podobné projekty v dané lokalitě, zda nabízím ve svém projektu nějakou přidanou hodnotu
- cíle definovat tzv. SMART (specific – konkrétní, measurable- měřitelné, achievable- dosažitelné, realistic- realistické, timed- termínované)

Marketing

Pochopení a realizace efektivní marketingové strategie hraje důležitou roli v podnikání, i k podnikání v ergoterapii. Pokud chce ergoterapeut podnikat, musí si osvojit i schopnost umět zviditelnit svou službu. Musí se naučit, jak spolupracovat a komunikovat s různými skupinami zainteresovaných osob a jak se prezentovat, přesvědčit o svých kvalitách, nabídnout/ prodat svou službu a jak získat přístup k financování projektu.

Marketing je systém organizovaného plánování, který je vytvořen na základě informací. Je to neodmyslitelná součást podnikatelského plánu. Marketing je někdy zaměňován s termíny public relations (styk s veřejností), prodej, fundraising (získávání financí), strategické plánování apod. Pochopení marketingových proměnných pomáhá založit úspěšné podnikání.

Tyto proměnné se v marketingu nazývají **4P**.

4P marketingu:

- *product (produkt):* nabídka, která uspokojí potřebu nebo poptávku
- *price (cena):* cena se odvíjí od toho, co do toho vkládá osoba nabízející produkt (po stránce finanční, fyzické, emoční, časové apod.)
- *place (místo):* jak bude produkt nabízen na trhu nebo jak se klient dostane k produktu
- *promotion (propagace):* vytvoření nástrojů nebo strategie, jak nabídnout produkt (jak o své službě řeknu klientům/zákazníkům)

Marketingová strategie zahrnuje následující kroky (Jacobs, 2008):

1. analýza příležitostí trhu
2. průzkum a výběr cílové trhu
3. rozvoj marketingové strategie
4. realizace a vyhodnocení marketingového plánu.

Analýza příležitostí trhu

Jedná se o zjištění potenciálních zájemců/ kupujících plánovaného produktu, služby nebo nápadu. Identifikace provedení analýzy příležitostí trhu vyžaduje provedení vlastního auditu, analýzu zákazníka, analýza/posouzení konkurence, průzkum prostředí trhu.

- V rámci **audit**u podnikatel/ společnost posuzuje **dle SWOT analýzy** své silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby. Jako příklad je možné uvést zvážení jakou má organizace/ terapeut reputaci, jakou má kvalifikaci či v čem je specializován, jaké má finanční zdroje, vybavení, zda je schopen dohledat si možnosti, kde o finanční prostředky požádat, sepsat žádost o grant, zda v regionu podobná služba neexistuje apod. Audit pomáhá pochopit, jak dobře či špatně je terapeut připraven zahájit podnikání a naplnit požadavky trhu.
- Pro možnost poskytnutí cílené nabídky a pochopení potřeb a očekávání od produktu či služby je nutné provést **analýza zákazníka** (např. co ovlivňuje jeho výběr, jaké jsou jeho očekávání, zkušenosti s podobnými produkty/ službami, z jakého je prostředí)
- **Analýza konkurence** je identifikace jiných poskytovatelů služby/ produktu v daném regionu či pro danou cílovou skupinu. Tento krok pomáhá vyvarovat se, že se nově nabízená služba bude překrývat již se stávající a zavedenou nabídkou. Pomáhá odhalit, jaké oblasti nejsou zatím pokryté a kde se otevírají nové příležitosti pro podnikání. Je to i příležitost zjištění možností spolupráce či si uvědomit možných rizik pro podnikání. Znalost a pochopení toho, co konkurence nabízí (např. kde to nabízí, v jakém čase, jaké služby) může pomoci uvědomit si i své silné a slabé stránky a konkretizovat zaměření svého podnikatelského plánu.
- **Průzkum prostředí trhu** může předpovědět efekt, který mohou mít demografické, politické a regulační systémy, kulturní a ekonomické faktory, postoje apod., na podnikání.

Reklama a propagace

Reklama zahrnuje využití placené zprávy prezentované a uveřejněné v médiích pro oslovení zákazníků a identifikaci potenciálních sponzorů za účelem informovat je, přesvědčit je a připomenout jim svůj produkt nebo službu (Jacobs, 2008). Příkladem reklamy může být tištěná reklama uveřejněná v tisku, distribuovaná formou letáků veřejnosti, reklamní spot v televizi, reportáž či informace prezentovaná na místní radiostanici, vytvoření webových stránek, propagace prostřednictvím sociálních médií, emailová komunikace apod. Je možné propagaci realizovat i osobně nabídkou služby přímo cílové skupině (veřejná přednáška, přímá osobní nabídka zaměstnavateli, den otevřených dveří).

Ergoterapeut může využívat i tzv. nepřímé formy reklamy/ inzerce, prostřednictvím kterých může

zvýšit zájem o jím nabízené služby a rozšířit si počet klientů. Takovými způsoby může být např. prezentování o nově zřízené službě na odborných konferencích, napsání článku do místních periodik, ale i odborných časopisů, vytváření sítě spolupráce s ostatními kolegy, představení služby např. na výstavách kompenzačních pomůcek, v rámci komunitních akcí či akcí pořádaných ku příležitosti různých oslav, mezinárodních dní věnovaných prevenci onemocnění apod. (Jacobs, 2008).

SHRNUTÍ KAPITOLY

Při vytváření programů v komunitě je potřeba postupovat v následujících fázích: analýza potřeb, plánování, realizace a vyhodnocení programu. Všechny fáze jsou důležité a díky jejich důkladnému provedení je možné docílit úspěšné realizace projektu. Pro ergoterapeuta to ovšem znamená osvojit si dovednosti, které přímo nesouvisí s jeho terapeutickou rolí. Jde o dovednosti především z oblasti podnikání a marketingu, které vyžadují nejen vizi, ale také ochotu učit se nové věci, být kreativní, schopný reagovat na měnící se situace a být připravený podstupovat i určitou míru rizika. Zkušenosti ergoterapeutů, kteří již v oblasti ergoterapie podnikají, však dokladují, že jde nejen o oblast náročnou, ale i přinášející uspokojení a nové příležitosti pro rozšíření oblastí ergoterapeutického zájmu.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

Analýzy potřeb, plánování, realizace a vyhodnocení programu, SWOT analýza, vize, poslání, podnikatelský plán, 4P marketingu

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ/ ÚKOL PRO ZÁJEMCE

Kontrolní otázky:

1. Vyjmenujte fáze plánování programu v komunitě.
2. Popište, co je to podnikatelský plán.
3. Definujte 4P marketingu.

Otázky k zamyšlení

- Zkuste si představit, že byste chtěli začít podnikat v ergoterapii. Pokuste se zamyslet, jaké jsou vaše silné stránky, ale i slabé stránky, jaké příležitosti pro vás osobně by vám mohlo podnikání přinést a co naopak vnímáte, že by vaše podnikání mohlo ohrozit. Pokuste se i zamyslet, v jaké oblasti, ve vztahu k vašemu profesnímu zájmu, byste případně o podnikání uvažovali.
- Chcete zjistit, zda jste podnikatelský typ? Zkuste test na následujícím odkazu:
<http://www.podnikanivkostce.cz/Testy/osobnostni-predpoklady>
<http://www.podnikanivkostce.cz/Testy/odborne-predpoklady>

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Na kontaktní výuku se pokuste dohledat, jak pracoviště, na kterém pracujete, definuje svou vizi a poslání. Pokuste se projít např. informační materiály pro pacienty, výroční zprávy, webové stránky či intranet, zda je tam uveden nějaký slogan či stručné vymezení zaměření vašeho pracoviště, popř. co je napsáno na reklamních předmětech, pokud je vaše zařízení má. Pokud se vám nepodaří písemně zpracovanou vizi a poslání nalézt, zkuste ji pro vaše zařízení vymyslet. Můžete se nechat inspirovat např. jinými podobnými zařízeními.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. David Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- CREPEAU, E.,B., COHN, E.S., BOYT SCHELL, B.A. *Willard and Spackman's occupational therapy- 10th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003. ISBN 0-7817-2798-7
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce, třetí vydání.* Praha: Portál, 2013. ISBN 80-7178-548-2
- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings. 2nd edition.* Philadelphia: F.A. Davis Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808
- JACOBS, K. *Ergonomics for Therapists.* St. Louis: Mosby, 2008. ISBN 978-0-323-04853-8
- MEYERS, S.K. *Community Practice in Occupational Therapy. A Guide to Serving the Community.* London: Jones and Bartlett Publishers, 2010. ISBN 978-0-7637-6249-0
- WHO, UNESCO, International Labour Organization & International Disability Development Consortium. *Community-based rehabilitation: CBR guidelines.* [online] WHO, 2010. ISBN 9789241548052. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405>

3. Komunitní služby pro osoby vyššího věku

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V rámci kapitoly budou představeny a diskutovány možnosti uplatnění ergoterapeuta v komunitě ve vztahu k cílové skupině seniorů. Od studentů se předpokládá, že jsou patřičně obeznámeni s potřebami cílové skupiny, mají povědomí o okruhu onemocněních a funkčních problémech, s kterými se mohou v rámci své ergoterapeutické praxe u osob vyššího věku potkat, a jsou vybaveni patřičnými znalostmi a dovednostmi v provádění vyšetření a cílené intervence (terapeutickými přístupy a technikami).

V kapitole se zaměříme na souvislosti demografického vývoje, potřeb osob vyššího věku a plánování ergoterapeutických služeb v rámci domácí a komunitní péče pro seniory, dále na možnosti preventivních strategií a podporu aktivního stárnutí.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování kapitoly bude student schopen:

- vysvětlit pojmy demografické, biologické a sociální stáří
- popsat charakteristiku cílové skupiny a definovat její potřeby ve vztahu k potřebám jednotlivých věkových skupin dle kategorizace věku, jak je vymezuje WHO
- orientovat se v důsledcích stárnutí pro osobu i společnost
- přiblížit intervence ergoterapeuta zaměřené na podporu nezávislosti seniorů v komunitě
- uvést příklady ergoterapeutických strategií pro prevenci pádů seniorů
- prezentovat úlohu ergoterapie v systému komunitní péče pro osoby se syndromem demence

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Demografické, biologické, sociální stáří, produktivní a úspěšné stárnutí, strategie P-PA-IA pro osoby s demencí.

ORIENTAČNÍ ČAS NA PROSTUDOVÁNÍ

Student bude potřebovat na prostudování studijních podkladů k tématu, zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení 3 vyučovací hodiny.

3.1 Terminologie ve vztahu ke stárnutí a stáří

Je možné dohledat velké množství definic vymezujících pojem stárnutí a stáří, žádná však není absolutně platná a definitivní. Na čem se ale autoři shodují je, že *stáří* je konečnou etapou života, zatímco *stárnutí* je fyziologický, komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí (Příbyl, 2015).

V souvislosti s procesem stárnutí se mluví o tzv. *fyziologickém stárnutí*, které provází přirozené běžné projevy související s věkem, jde o kontinuální proces, který se akcentuje po 65. roce života. Za *patologické stárnutí* se považuje proces, kdy je stárnutí urychleno v důsledku onemocnění (např. progerie). Proces stárnutí je ovlivněn řadou faktorů, které je možné dělit na vnitřní a vnější (Příbyl, 2015).

Vnitřní faktory

- genetická výbava
- somatické onemocnění a psychické poruchy
- psychická výbava jedince (povaha, zvládání zátěžových situací, resilience, stereotypy, životní nastavení apod.)

Vnější faktory

- fyzikální – podnebí, životní prostředí, pracovní prostředí
- sociální – způsob života, úroveň bydlení, finanční zabezpečení, rodinné zázemí, vzdělání

Panuje spor gerontologů a demografů o dolní hranici stáří. Dolní hranice stáří se posouvá do vyššího věku, a to i díky socioekonomickým podmínkám, prodlužování střední délky života, s čímž souvisí i prodlužování pracovní aktivity a posun odchodu do starobního důchodu.

Terminologicky rozlišujeme demografické, biologické a sociální stáří (Holmerová, 2014):

- *biologické stáří* – mezi 70.- 80. rokem (příznaky spojené s fyziologickým stárnutím v obraze nemoci i průběhu onemocnění)
- *sociální stáří* – změna rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění (nárok na odchod do starobního důchodu)
- *demografické stáří* – věk 60-65 let (dány dohodou, ovlivněno společenskými faktory, především ekonomickou aktivitou lidí).

Ukazatelem demografického stáří je podíl osob vyššího věku v celkovém počtu obyvatelstva (*indexy stáří* – poměr seniorské složky populace x dětské složce; *indexy celkové závislosti* – poměr ekonomicky aktivních a neaktivních – děti a senioři). V roce 2006 se poprvé vyrovnalo zastoupení věkové složky nad 65 s věkovou složkou pod 15 let. Index stáří, který je konstruován jako poměr počtu obyvatel ve věku 65 a více let ku počtu obyvatel 0–14 let, tehdy dosáhl hodnoty sto. Od té doby ji překračuje, což znamená, že od roku 2006 je vyšší zastoupení seniorů v populaci než osob mladších 14 let (Chytil, MPSV).

Dále můžeme rozlišovat tzv.:

- *stárnutí absolutní* – zvyšování počtu starých lidí v populaci v důsledku snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života
- *relativní stárnutí* – zvyšování podílů (%) starých lidí v populaci především díky snižování porodnosti

Productive ageing (produktivní stárnutí)

Koncept, který se zaměřuje na stárnutí v perspektivě přínosu seniorů pro společnost prostřednictvím jejich placené i neplacené práce a jejich dalších sociálních rolí (Huber, 2013).

Successful ageing (tzv. „úspěšné stárnutí“)

Koncept, který se zaměřuje na stárnutí z hlediska dosažení osobního potenciálu v rovině fyzické,

sociální a psychologické pohody (well-being), který vnímá a oceňuje jak osoba sama, tak i její okolí (McIntyre, Atwal, 2005).

Zdravé stárnutí

Koncept, který zahrnuje jak aktivní, tak zdravé stárnutí. Aktivní stárnutí je definováno dle WHO jako proces optimálních příležitostí pro zdraví, participaci a zabezpečení pro zlepšení kvality života v průběhu stárnutí. Aktivní stárnutí umožňuje lidem realizovat jejich potenciál pro fyzické, sociální a duševní zdraví během života a možnost participovat ve společnosti v závislosti na svých potřebách, touhách a schopnostech, zatímco je jim poskytována adekvátní ochrana, zabezpečení a péče, když potřebují pomoc (Huber, 2013).

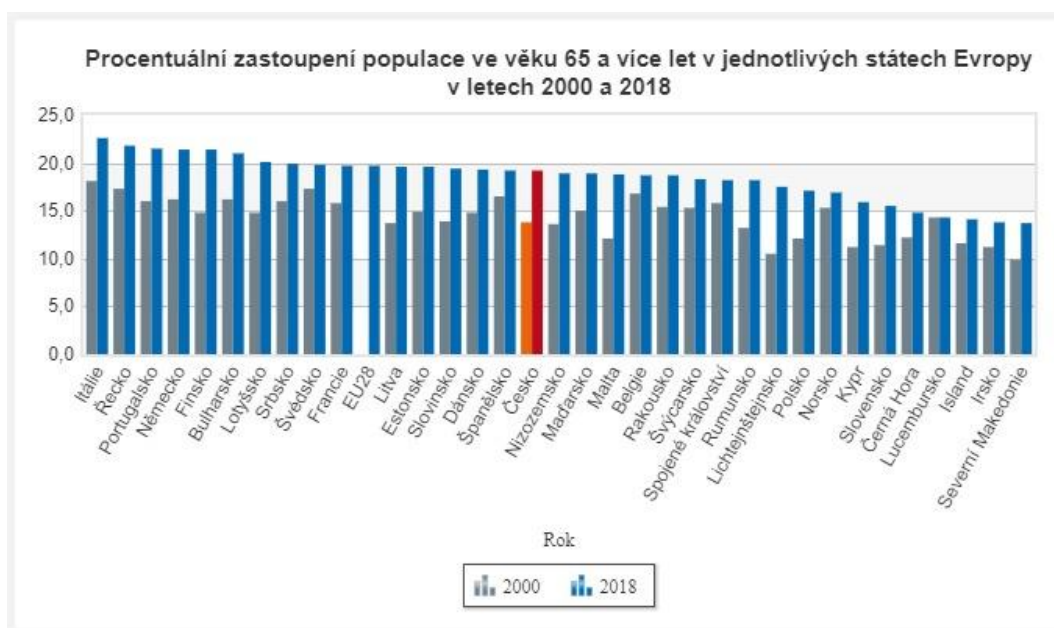
3.2 Demografický vývoj v České republice

Česká společnost se mění – rodí se méně dětí a stále se prodlužuje délka dožití. Zvyšuje se tak podíl starších lidí v populaci a společnost stárne, stejně jako ve většině zemí vyspělého světa. V současné době jsou v ČR 2 miliony seniorů nad 65 let věku. V roce 2030 to bude již 2,4 milionu obyvatel, tedy přibližně čtvrtina, a v roce 2050 dokonce 3 miliony, což bude třetina ze všech osob žijících v ČR (střední varianta demografické prognózy ČSÚ, 2013). Současně se do roku 2050 ztrojnásobí počet osob 85letých a starších na téměř 0,6 milionu, což bude představovat přibližně 6 % populace (MPSV, 2019). Dle Strategie stárnutí populace na roky 2019-2025, kterou vydalo MPSV, se očekává, že za patnáct let bude každý čtvrtý obyvatel ČR starší 65 let, přibližně za třicet let to bude každý třetí Čech.

Proměna věkové struktury společnosti má důsledky pro její uspořádání a život v ní. Díky stárnutí populace bude vytvořeno nové populační i sociální prostředí. Je možné očekávat, že dojde ke změně životního stylu společnosti (změna struktury trhu průmyslového zboží, odlišná struktura životních hodnot apod.)

Střední délka života neboli naděje dožití se prodlužuje díky kvalitní zdravotnické péči, zdravé stravě, podpůrné infrastruktuře, ekonomické situaci, kvalitnějšímu životnímu prostředí. O kvalitě života a zdraví vypovídá především pojem „zdravá délka života= délka života prožita ve zdraví“

Obr. 4 Procentuální zastoupení populace ve věku 65 let a více let v jednotlivých státech EU (2000-2018) (Zdroj: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>)



3.3 Charakteristika seniorské populace

Stárnutí společnosti je fenomén, který vyžaduje změnu v chápání toho, kdo je to senior. Dnešní senioři představují velmi heterogenní skupinu a tato různorodost do budoucna ještě posílí (MPSV, 2019).

Heterogenita je dána:

- věkem, kulturou, pohlavím, náboženskou orientací, předchozími i současnými sociálními rolemi
- úrovní vzdělání, socio-ekonomickými podmínkami, místem bydliště (venkov vs. město)
- odlišností životního stylu, hodnot, očekávání, zvyklostí, životních zkušeností, přístupem ke zdraví, spektrum aktivit
- zdravotním stavem, narůstající délkou dožití

Heterogenita s sebou přináší i různorodost potřeb této cílové skupiny, která může pro ergoterapii znamenat:

- nové výzvy pro ergoterapii
- možnosti uplatnění ergoterapie v nových oblastech praxe
- rozšíření spektra ergoterapeutických intervencí
- větší prostor a potřeba zapojení ergoterapeuta do komunitních služeb
- příležitost pro rozvoj kompetencí i oboru jako takového
- nutnost soustavného rozšiřování odborných znalostí a dovedností, které budou reagovat na potřeby cílové skupiny
- prokázání účinnosti ergoterapie na podporu zdraví u seniorů prostřednictvím výzkumu.

Kdy je člověk starý?

V ČR neexistuje univerzální definice seniora. Světová zdravotnická organizace stanovila následující věkové kategorie:

- období středního věku: 45–59 let
- období raného stáří: 60–74 let
- období vlastního stáří: 75 let a více
- období dlouhověkosti: 90 let a více

Z hlediska funkční zdatnosti se seniorská populace člení na (Příbyl, 2015):

- *elitní* – schopní podávat extrémní výkony i ve vysokém věku
- *zdatní (fit)*- jsou v dobré tělesné a duševní kondici, zvládají život i v náročném prostředí, pravidelně se věnují pracovním a sportovním, volnočasovým aktivitám
- *nezávislí (independent)*- jsou soběstační v ADL, IADL zvládají, ale funkční rezervy, odolnost a adaptabilitu mají nižší, mívají nižší svalovou sílu, přínosem jsou pro ně rekondiční aktivity a monitoring aktuálního stavu
- *křehcí (frail)*- senioři s výkyvy funkčního i zdravotního stavu, mívají problémy s IADL, jsou ohroženi náhlými dekompenzacemi stavu, potřebují pružnou intervenci (pečovatelské služby, tísňovou péči apod.)
- *závislí (dependent)*- s nízkým potenciálem zdraví, s disabilitou, se závažným funkčním deficitem, vyžadující podporu a pomoc druhé osoby, systém dlouhodobé péče (propojení zdravotních a sociálních služeb, obvykle pacienti vyžadující služby agentur domácí péče – propojení ošetrovatelské, zdravotní a sociální péče, popř. i osobní asistence). Hlavním poskytovatelem pomoci je rodina či jiný neformální pečovatel z okolí osoby. Proto, aby však mohla osoba pečovat, musí *chtít, umět a moci pečovat*.

- *zcela závislí (totally dependent)* - senioři zpravidla zcela upoutaní na lůžko, s rozvinutým imobilizačním syndromem nebo senioři s pokročilým stadiem demence vyžadují trvalou ošetrovatelskou péči a dohled, podporu lidské důstojnosti, osoby vyžadující již obvykle institucionální péči, protože zajištění péče v domácím prostředí je náročné a klade vysoké nároky na pečovatele, u kterého je rizikem brzký syndrom vyhoření či zhoršení jeho fyzického stavu. Péče v domácím prostředí je u těchto seniorů komplikovaná také z důvodu nedostatečné provázanosti, nabídky a dostupnosti (místní, časové, finanční, personální) zdravotně-sociálních služeb.
- *umírající – příjemci* paliativní péče (hospicová péče v zařízení nebo domácí hospicová péče)

3.4 Důsledky stárnutí obyvatelstva

Strategie přípravy na stárnutí (MPSV, 2019) uvádí, že demografický vývoj vyžaduje daleko širší změny v oblasti státní správy, dostupného bydlení, financování a kvality sociální a zdravotní péče, celoživotního vzdělávání, zaměstnanosti, ocenění a odměňování práce v sociálních službách, ochrany práv seniorů či fungování veřejného prostoru (zejména v kontextu jeho bezbariérovosti). Uvádí, že příprava na stárnutí by měly rovněž zahrnovat vytváření podmínek pro osobní aktivitu ve stáří, občanskou angažovanost, dobrovolnictví a rozvoj kvalitních mezilidských a rodinných vztahů obecně.

Z uvedené Strategie budou důsledky stárnutí patrné v následujících oblastech:

- a. *ekonomické*
- b. *sociálně zdravotní*
- c. *sociologické a sociálně psychologické*
- d. *osobní (životní problémy starých lidí)*

a) Ekonomické důsledky

- nezbytnost tvorby vyššího HDP při relativně nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva
- zvyšování výdajů na sociální zabezpečení (důchody, sociální podpora a pomoc, sociální péče)
- zvyšování výdajů na zdravotní péči vzhledem k podstatně vyššímu objemu zdravotních potřeb a spotřeby zdravotní péče ve vyšším věku

Možnosti řešení:

- zvýšení věkové hranice pro odchod do starobního důchodu
- reforma financování důchodového zabezpečení (státní povinné pojištění dle výše mzdy – mezigenerační solidarita; zaměstnanecké důchodové zabezpečení; soukromé dobrovolné připojištění)

b) Sociálně zdravotní důsledky

- zvyšuje se prevalence chronických onemocnění a vzrůstá multimorbidita (více dlouhodobě nemocných)
- zvýšení nemocnosti vede ke snížení soběstačnosti – pokles kvality života, potřeba pomoci, větší zátěž na rodinu, zvýšená spotřeba zdravotních a sociálních služeb
- díky charakteru onemocnění a disability se zvyšuje potřeba zdravotních a sociálních služeb, díky chronicitě onemocnění by však velká část péče mohla být zajištěna v primární péči a prostřednictvím terénních služeb – potřeba jejich rozšíření, v současné době nedostačující

c) Sociologické a sociálně psychologické důsledky

- změna postojů a chování obyvatelstva, zejména mladších generací (bude solidarita?)
- změna v charakteru rodiny (z vícegenerační na jednogenerační)

- změny v možnostech pracovního uplatnění seniorů
- více seniorů žije samostatně

Důsledky pro ergoterapii:

- preventivní programy, podpora aktivního stárnutí, příprava na stáří
- výchova ke správnému stárnutí a racionálnímu aktivnímu životu ve stáří
- potřeba větší sociální integrace v rodině i společnosti – příležitost sociálních aktivit včetně pracovních, celoživotní vzdělávání, využívání zbývajících pracovního potenciálu seniorů, podpora dobrovolnické práce seniorů apod.
- služby směřované do komunity, cílené na potřeby v přirozeném prostředí

d) Osobní důsledky stárnutí

- v důsledku zhoršení zdravotního stavu – snížení či ztráta soběstačnosti- potíže zajistit P a I ADL
- podmínky domácího prostředí nemusí odpovídat úrovni soběstačnosti
- problémy spojené s úpravou životního programu po odchodu do důchodu, využívání volného času
- psychologické problémy – zvládání rizikových situací (adaptace na ztrátu), osamělost, izolace
- dostupnost sociální sítě (rodina, služby, zdroje komunity, svépomocné skupiny apod.)

Důsledky pro ergoterapii: no comment

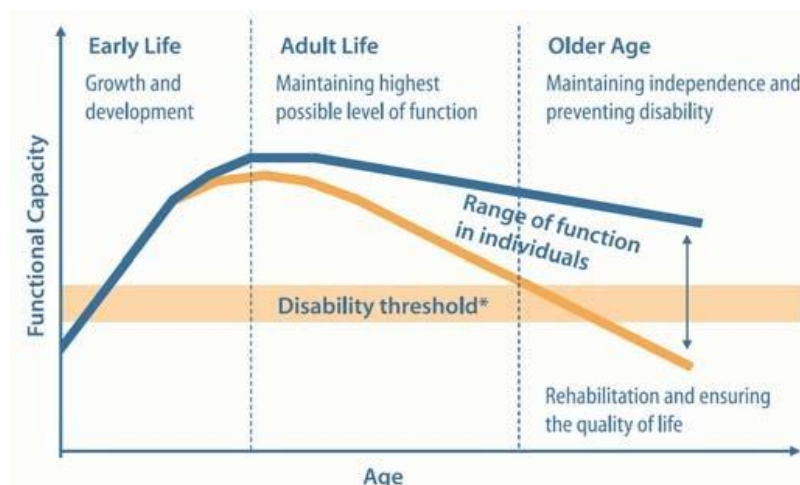
- gerontologická prevence – předcházet vzniku závislosti a udržení starého člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí
- vytváření příležitostí osobám vyššího věku k occupational engagement (zapojení se do činnosti)

3.5 Fakta pro plánování programů v komunitě

Mezi hlavní cíle plánování programů a služeb pro osoby vyššího věku patří zachování co nejvyšší míry autonomie a soběstačnosti v jejich přirozeném prostředí a v kontaktu se svou komunitou. Příbyl (2015) uvádí, že se odhaduje, že asi 80 % osob vyššího věku starších 65 let je soběstačných a potřebuje jen občasnou pomoc rodiny (okolí), 13 % potřebuje pomoc s chodem domácnosti, 5 % vyžaduje domácí péči ve větším rozsahu a asi u pouhých 3 % z nich je nutná péče ústavní. Dále dodává, že literatura je v tomto procentuálním vyjádření nejednotná a roli hraje konkrétní zkoumaný region, ale také definování stavu, který je označen stavem vyžadujícím ústavní péči. Zdroje se zároveň shodují, že v ústavní péči je vyšší procento seniorů, než by bylo nutné.

Umožnění většímu počtu lidí vyššího věku zůstat zdraví a aktivní se zdá být klíčem pro udržení zdravotně – sociálních služeb v Evropě. S růstem počtu starších lidí nabývá na významu pojem kvalita života. Pro tu není významným faktorem jen samotná délka dožití, ale také délka dožití ve zdraví, tedy v jakém zdravotním stavu prožívají lidé svůj prodlužující se věk (McIntyre, 2005). Včasná intervence zaměřená na podporu aktivního života může snížit počet lidí seniorského věku, kteří se propadnou pod práh disability (viz obr. 5).

Obr. 5 Křivka udržení funkční kapacity během života (WHO 2002)



Klíčovým tématem, kterému bude třeba v souvislosti se zdravím stárnoucí populace věnovat zvláštní pozornost, je specializovaná geriatrická péče včetně komplexní diagnostiky. Zjednodušeně se jedná o snahu pohlížet na zdraví i nemoci ve stáří holisticky tak, aby problémy fyzické, psychické, sociální i spirituální byly vnímány v jedné době a jako součásti celkové kvality života seniora.

Dále se stále významnějším tématem souvisejícím se stárnutím populace se stává také nárůst počtu osob s demencí

Problémem je také nedostatečně rozvinutá síť sociálních služeb, zejména těch podpůrných, jako jsou krátkodobé odlehčovací služby, poradenství a osobní asistence. V souvislosti se stárnutím populace bude však nutné také zvýšit důraz na kvalitní a odbornou (geriatrickou) následnou péči, rehabilitaci a komunitní služby s cílem co nejdříve umožnit návrat (např. po hospitalizaci) a co nejdelší setrvání v původním domácím prostředí. Potřeba této péče bude však dlouhodobá a bude vyžadovat systém komplexních služeb, které budou podporovat nezávislost starších osob žijících v domácím prostředí.

Důvody stárnutí populace vedou i k tomu, že je nutné v rámci profese zaměřit se cíleně v odborné přípravě i v celoživotním vzdělávání na rozšiřování znalostí a intervencí pro osoby vyššího věku. Rozsah a zaměření intervencí nabízí ergoterapeutovi právě díky heterogenitě cílové skupiny seniorů velké spektrum příležitostí pro realizování komunitních programů. Tyto se mohou odehrávat v různých oblastech péče a vyžadující od ergoterapeuta zastávání i různých rolí dle zaměření intervence i jejího cílení (viz kapitola 1.1.5 Specifika a role ergoterapeuta v komunitě).

V rámci preventivních strategií je potřeba podporovat aktivitu seniora, a to nejen v oblasti péče o vlastní osobu a udržení své kondice, ale i v oblasti podpory zachování jeho pracovní role, pokud k tomu má odpovídající schopnosti a projeví zájem zůstat pracovně činný i po odchodu do důchodu.

Aktivní stárnutí může být prevencí nejen sociální izolace, ale také zhoršujícího se zdravotního stavu. Slovo „aktivní“ by mělo znamenat zejména přetrvávající participaci na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění (Arbesman, 2014). Důležitou roli zde hraje také dobrovolnictví, realizace se v rámci občanských aktivit, zapojení se do komunitních aktivit, klubů, pomoc v rámci rodiny (např. péče o vnoučata) apod.

Jak populace v Evropě stárne, zvyšuje se počet lidí vyššího věku, u kterých se projeví funkční omezení a potřeba asistence druhé osoby především v oblasti výkonu ADL. Zvyšující se prevalence onemocnění demencí v populaci bude i nadále zvyšovat nároky na zajištění péče. V celé Evropě, i tam, kde je péče o osoby vyššího věku na velmi vysoké úrovni, nejvíce péče (největší počet hodin) je poskytován neformálními pečovateli (většinou ženami). Rozsah péče ze strany neformálních pečovatelů je jednou z nejdůležitějších strategií, která do budoucna měří udržitelnost zdravotně-sociální péče u seniorů (Huber, 2013). V rámci plánování programů v komunitě je proto nutné také cílit na potřeby neformálních pečovatelů a jejich podporu v roli pečovatele.

WHO uvádí následující podpůrné strategie, které přímo propojují zdravé stárnutí s širším sociálním

kontextem (Huber, 2013):

- prevence sociální izolace a sociální vyloučení
- prevence nesprávného léčení seniorů, podpora fyzické aktivity
- kvalita strategií péče pro seniory, zahrnující i péči o osoby s demencí, paliativní péči a dlouhodobou péči

Druhy sociálních služeb pro seniory (viz zákon č. 108/2006 Sb.)

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Služby sociální péče (cílené na seniorskou populaci):

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba (Bez úhrady se poskytuje účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.
- Tísňová péče (př. provozuje Život 90)
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní a týdenní stacionáře
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

3.6 Oblasti ergoterapeutické intervence

V souvislosti se stárnutím populace a s tím vyplývajícími změnami ve společnosti, které byly nastíněny v předchozí části textu, je pravděpodobné, že osoby vyššího věku budou v budoucnu hlavní cílovou skupinou, na kterou se budou ergoterapeuti zaměřovat. Práce s osobami vyššího věku však vyžaduje senzitivní a současně i odborný přístup směřovaný k jejich potřebám. Pro toho, abychom tento přístup mohli realizovat, je potřeba (Mountain, 2004):

- mít náhled na svůj hodnotový systém a uvědomění si, jaký zaujímám postoj vůči osobám vyššího věku, jaké zastávám přesvědčení o jejich potřebách a jak můj názor koresponduje s jejich skutečnými potřebami
- být informovaný a mít náhled na životní styl a očekávání lidí po jejich odchodu do důchodu
- zvažovat, jak osoby vyššího věku přispívají společnosti, a vnímat, že se očekávání seniorů mohou měnit. Tyto faktory nastavují širší kontext pro určování a plánování služeb pro seniory.
- znát dopad onemocnění, disability a frailty (křehkosti) na kvalitu života, a hledat způsoby, jak je možné udržet odpovídající životní styl osoby i navzdory obtížím
- služby plánovat a poskytovat tak, aby byly pro osobu akceptovatelné. Do plánování péče zapojit osobu a dotazovat se na její potřeby, komunikovat s ní možnosti.

Ergoterapeutické intervence v komunitě můžeme realizovat v následujících oblastech:

- a. podpora zdraví
- b. prevence
- c. obhajoba práv seniorů (vytváření příležitostí pro aktivní zapojení, osvětová činnosti, bránění diskriminaci apod.)
- d. vlastní terapie poskytovaná v rámci domácího prostředí samostatně nebo ve spolupráci s agenturami domácí péče, popř. v rámci programů či služeb pro seniory v komunitě buď individuální nebo skupinová (např. v klubech, denních centrech, domácí péče, domovinky, viz např. AOTA, 2013)

Podpora zdraví

Cíl: udržení zdraví a celkové pohody, vytváření příležitostí a diskutování potřeb seniorů (obhajoba práv seniorů)

Prostředky:

- *fyzická aktivita* – kondiční cvičení, procházky, jóga, tai-chi, sporty, režimová opatření ve vztahu k pohybové aktivitě a provádění ADL pro osoby se specifickým onemocněním (př. ICHS, DM, chronická plicní onemocnění, revmatologické onemocnění)
- *udržování kognitivní rezervy*- př. tréninky paměti v rámci seniorských klubů, univerzity třetího věku, kurzy na PC pro seniory atd.
- *udržení sociálních rolí* (současné výzkumy dokládají, že pro seniory má výrazně pozitivní vliv na jejich vitalitu, sociální fungování, duševní zdraví, životní spokojenost, ale i zmírnění vnímání bolesti a snížení výskytu depresivní symptomatologie právě zapojení do terapeutických programů zaměřených na aktivní trávení času a podporu sociální interakce (Arbesman, 2014). Odůvodněním je proto vytváření nabídky služeb cílených na podporu sociálních aktivit a „setkávání“ i ze strany ergoterapeuta (např. různé kreativní workshopy, pořádání happeningových akcí)
- *životospráva, dietní opatření, režimová opatření*, př. Lifestyle Redesign (viz studijní podklady Poradenství v ergoterapii)
- *podpora neformálních pečovatelských skupin* – nejen přímou pomocí, jak usnadnit péči o osobu s disability v domácím prostředí, ale též nabízet pomoc cílenou na potřeby pečovatele (poradenství, nabídka odlehčovacích služeb, peer skupin, doporučení svépomocných skupin pečovatelů, informování a syndromu vyhoření, potřebách zdravého životního stylu, fyzické aktivity a udržování vlastní sociální podpůrné sítě)

Prevence

Cíl: prevence nemocí a úrazů

Prostředky:

- preventivní domácí návštěvy
- identifikace bariér/ rizik prostředí
- screening rizikových faktorů- př. pádů
- zajištění sociálních služeb (př. donáška obědů)
- doporučení vhodných kompenzačních pomůcek a úprav domácího prostředí

Obhajoba práv seniorů

Cíl: vytváření příležitostí pro aktivní zapojení, osvětová činnosti, bránění diskriminaci apod

Příklady projektů, do kterých se může zapojit ergoterapeut v komunitě

- přednášky pro veřejnost (př. knihovny, kluby, komunitní centra)
- poradenství – pomůcky, úpravy bytu, podpora soběstačnosti (v rámci vlastní praxe či ve spolupráci s různými organizacemi zaměřujícími se na pomoc a aktivity pro seniory v daném regionu, spolupráce s občanskými sdruženími, popř. prostřednictvím telehealth – webové stránky, online poradenství atd.)
- osvěta: př. práce pro seniorská sdružení, publikování v časopisech pro seniory, přednášky, konzultace s odborníky spolupracujícími profesí
- zapojení ve výzkumných projektech: obhajoba a prosazování práv osob vyššího věku, strategie na prevenci pádů, doložení důkazů o podpoře zdraví prostřednictvím zapojení se do

- aktivity, podpora osoba s demencí a jejich rodinných příslušníků
- účast na komunitním plánování – poradenství, odborné konzultace, návrh úprav prostředí dané lokality tak, aby splňovala potřeby seniorů, podporovala jejich aktivitu (např. v rámci universal design jaké lavičky do parku, kde instalovat cvičicí trenažéry pro seniory)

3.6.1 Ergoterapeutický pohled na prevenci pádů

Dle doporučení Royal College of Occupational Therapists (RCOT, 2020) vyplývá:

- okolo 30 % lidí starších 65 let žijících v komunitě má každý rok zkušenost s pádem
- zatímco u méně než 10 % je následkem pádu zlomenina, každý pátý pád vyžaduje lékařské ošetření
- pád dále doprovází další následky, které mohou mít významný dopad na život seniora a jeho úroveň samostatnosti v domácím prostředí
- pády často provádí: obava z dalšího pádu, omezení ADL aktivit, opakované pády jsou také jedním z důvodů přijetí seniora do ústavního zařízení
- Z tohoto důvodu by měla mít prevence pádů u seniorů vysokou prioritu.
- Ačkoli se mohou individuální rizikové faktory příčin pádů lišit, existuje z výzkumů všeobecná shoda na tom, že kombinace pravidelné pohybové aktivity zaměřené na posilování a trénink rovnováhy společně s vhodnými úpravami prostředí snižuje jak výskyt, tak riziko pádů.

Ergoterapeut v rámci preventivních strategií pro management vychází k modelu Osoba- prostředí- zaměstnávání pro pochopení jak obsahu, tak procesu poskytování ergoterapie v oblasti intervencí cílených na prevenci pádů.

Základní směry ergoterapeutické intervence v prevenci pádů:

- a. ergoterapie zacílená na osobní rizikové faktory
- b. ergoterapie zacílená na rizikové faktory prostředí
- c. ergoterapie zacílená na aktivity související s rizikovými faktory pádů

a) Ergoterapie zacílená na osobní rizikové faktory

Cíl: udržení zdraví a celkové pohody, aktivity zaměřené na zlepšení fyzických schopností:

- *programy cvičení zacílené na prevenci pádů* u seniorů, u kterých je doložena největší evidence: OTAGO, FAME (fall management exercise)
- Ergoterapeutka Lindy Clemson a její kolegové vytvořili *Lifestyle integrated functional exercise (LiFe) program*, v kterém je trénink síly a rovnováhy integrován do každodenních činností. LiFE program poskytuje alternativu k obvyklým cvičením pro prevenci pádů seniorů, tím, že je zaměřen na trénink funkce v provádění aktivit a podporuje participaci v běžném životě. LiFE program také ukazuje, že prostředí, které nabízí určité výzvy k trénování rovnováhy je prospěšné
- *Osvěta*: Povědomí seniorů o prevenci pádů je malé. Díky holistickému a partnerskému přístupu mají ergoterapeuti jedinečnou příležitost v rámci svých intervencí instruovat seniory v prevenci pádů (osvěta, poradenství).

b) Ergoterapie zacílená na rizikové faktory prostředí

Nástroje: (např.)

- Home falls and accidents screening tool (Home FAsT)
- westmead home safety assessment (weHsA)
- Cochrane review doporučuje, že intervence zaměřené na úpravu prostředí za účelem prevence

pádů, které prováděl ergoterapeut, jsou efektivnější než ty, na kterých se ergoterapeut nepodílel

- preventivní úpravy- př. instalace madel, zábradlí
- úpravy pro zachování soběstačnosti (př. přestavba koupelny, instalace schodišťové rampy)
- instalace tísňového volání, požárního alarmu apod.

c) Ergoterapie zacílená na aktivity související s rizikovými faktory pádů

- intervence zaměřené na doporučení vhodných kompenzačních pomůcek pro provádění rizikové aktivity
- úpravy domácího prostředí za účelem usnadnění, zjednodušení funkce
- doporučení, jakým alternativním způsobem je možné provádět ADL pro snížení rizika pádů

3.6.2 Syndrom demence a úloha ergoterapie v systému komunitní péče

Nedílnou součástí komplexní péče o lidi s demencí jsou také psychosociální intervence a přístupy nefarmakologické, které napomáhají k zachování kvality života a soběstačnosti i k prevenci a zmírnění poruch chování nemocného. Umožní také minimalizovat či eliminovat užití léků s tlumivým účinkem, zejména antipsychotik, která ohrožují pacienty závažnými nežádoucími účinky.

Součástí nefarmakologického managementu je i zajištění adekvátního podpůrného a bezpečného prostředí.

Demence – krátké shrnutí

- V souvislosti se stárnutím populace a vzrůstající prevalencí Alzheimerovy nemoci a obdobných onemocnění představuje péče o lidi s demencí velkou výzvu také z ekonomického hlediska.
- Ve vyspělých zemích jsou náklady na demenci tvořeny zejména náklady na neformální péči (45 %) a na profesionální sociální péči (40 %). Náklady na zdravotní péči představují mnohem menší podíl, cca 15 %.
- Náklady na péči o osobu s demencí v ČR představují 30-50 000 Kč měsíčně (Holmerová kol, 2017)
- Včasná diagnóza demence, správná léčba kognitivity a adekvátní psychosociální intervence mohou významným způsobem zpomalit průběh onemocnění a oddálit pokročilá stadia nemoci.
- Prodloužení soběstačnosti pacienta s demencí a udržení rodinných pečujících ekonomicky činných při včasném zachytu onemocnění může následně vést k úsporám na straně zdravotního i sociálního sektoru.

Příklady psychosociálních intervencí:

- Strategie P-PA-IA
- Best friend approach
- Montessori pro seniory
- Metoda validace podle Naomi Feil

Strategie P-PA-IA (Holmerová a kol, 2013)

- Zkratka P-PA-IA označuje jednotlivá stadia demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu
- „P“ označuje první stádium, které vyžaduje zejména podporu, psychologickou pomoc a poradenství.
- „PA“ je zkratkou pro programové aktivity, které jsou potřebné zejména ve druhém stádiu
- „IA“ označuje individuální asistenci nutnou ve třetím stádiu, tedy při pokročilé demenci.

- strategie P-PA-IA vyplývá z potřeb lidí s demencí v jednotlivých fázích onemocnění a se stala základem pro formulaci indikátorů kvality péče o osoby s demencí

Stadium PA: Středně pokročilá a rozvinutá demence:

- Lidé v této fázi demence profitují z pravidelného a strukturovaného denního rytmu a zapojování do činností podle jejich individuálních možností.
- Zavedení tohoto pravidelného a strukturovaného programu vede k vytvoření určitého řádu v péči, který jim přináší užitek: zaujetí smysluplnými činnostmi, podporu zachovalých schopností a soběstačnosti, kvalitu života a podporu důstojnosti, zachování normálního diurnálního rytmu, kdy je den naplněn aktivitami a noc slouží odpočinku.
- Pravidelná a předvídatelná struktura dne, zachování přirozeného, normálního denního rytmu a tomu odpovídající nabídka činností pro člověka s demencí jsou užitečné i pro pečující rodinné příslušníky, kterým umožní poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle.
- Odůvodnění ergoterapie v komunitních programech pro osoby s demencí a jejich pečovatele je proto pádné.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Potřeba rozvoje komunitních služeb pro seniory je důležité vzhledem k populačním prognózám, stárnutí populace a udržitelnosti systému zdravotně-sociálních služeb. Pro správné zacílení služeb pro tuto cílovou skupinu je potřeba uvědomit si potřebu citlivého, a přitom odborného přístupu, který respektuje potřeby této velmi heterogenní skupiny. Ergoterapie díky svému zaměření ve své nabídce může plně reagovat na potřeby osob vyššího věku ať v podobě vlastní terapie, prevence, podpory zdraví i osvětové činnosti. Ergoterapeut má nástroje a je komplexně připraven reagovat na potřeby seniorů pomoci jim zachovat si co nejdéle jejich schopnosti samostatného života v komunitě. Především v oblasti prevence pádů a zpomalení funkčního poklesu v souvislosti s onemocněním syndromem demence je ergoterapeut odborník, který je jak klientům, tak jejich rodinným příslušníkům zdatným pomocníkem a průvodcem. V rámci oboru je potřeba více prezentovat a uvědomovat i širší veřejnost a odborníky mimo resort zdravotnictví, že ergoterapie může výrazně pomoci k podpoře zdraví u osob vyššího věku.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

Zdravé stáří, indexy stáří, heterogenita, členění funkční zdatnosti u seniorů, strategie P-PA-IA.

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ/ ÚKOLY PRO ZÁJEMCE

Kontrolní otázky

1. Vysvětlíte pojem demografické, biologické a sociální stáří.
2. Co je to index stáří?
3. Popište charakteristiku seniorské populace.
4. Vysvětlíte pojem křehký (frail) senior?
5. Na příkladech uveďte možnosti ergoterapeutických intervencí v komunitě.

Otázky k zamyšlení

- Vybaví se Vám nějaká osoba z Vašeho okolí nebo společenského života, o které byste mohli tvrdit, že je u ní patrné tzv. dosažení úspěšného stárnutí?
- Proč je potřeba věnovat pozornost komunitním programům pro osoby vyššího věku a na co by měly být tyto programy z ergoterapeutického hlediska zaměřeny?

Úkoly pro zájemce

- Na uvedeném odkazu je možné si volně stáhnout brožuru pro cvičení seniorů. Dostupné z: <https://www.laterlifetraining.co.uk/llt-home-exercise-booklets/>

- Zhlédnutí videa od ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPY HIGHLIGHTS THE DEHUMANISING EFFECT OF SOME SOCIAL CARE SERVICES. Co vás po shlédnutí videa napadá? Dostupné z: <https://youtu.be/8S7P0ON9w1A>
- ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Living, not Existing: Putting prevention at the heart of care for older people in England*. [online] RCOT, 2017. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/ILSM-Phase-II-England-16pp.pdf>

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vyhledejte jeden zahraniční zdroj, který dokladuje přínos ergoterapeutické intervence na zlepšení fungování seniorů v komunitě. Připravte krátké ústní sdělení pro ostatní (cca na 3 min). Podklady v rozsahu maximálně jedné stránky zašlete i elektronicky vyučující.

DOPORUČENÁ LITERATURA:

- HOLMEROVÁ, I., a kol. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*. [online], 2013, 2 (3), 158-164. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- AOTA. *Occupational Therapy's Role with Home Health*. [online] AOTA, 2013. Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/PA/Home-Health.pdf>
- ARBESMAN, M., LIEBERMAN, D., METZLER, C.A. Health Policy Perspectives- Using evidence to promote the distinct value of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. [online]. 2014, 68, 381-385, ISSN 1943-7676, DOI: 10.5014/ajot.2014.684002. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1884507>
- CLEMSON, L. a kol. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *British Medical Journal*, [online] 2012, 345. ISSN 1756-1833 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e4547>. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413733/>
- ČSÚ. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2013 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>
- HOLMEROVÁ, I., a kol. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*, [online], 2013, 2 (3), 158-164. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000136.pdf>
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-5439-0
- HOLMEROVÁ, I., HORT, J., RUSINA, R. *et al.* Costs of dementia in the Czech Republic. *The European Journal of Health Economics*. [online] 2017, 18, 979–986 ISSN: 1618-7601. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0842-x>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-016-0842-x>
- HUBER, M. A vision for healthy aging in Europe: The WHO strategy and action plan. [online] *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. [online] 2013, 77,4-7. [cit. 2020-06-17]. ISSN: 1014-8485. DOI: 0010/183448. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/183448/Entre-Nous-77-Eng.pdf
- CHYTIL, D. *Je důležité si uvědomit, že stárnutí je nevratný proces*. [online] cit. Dne 20-06-04. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a9>
- McINTYRE A., ATWAL, A. *Occupational therapy and older people*. Oxford, Blackwell Publishing: 2005. ISBN 978-1-4051-1409-7
- PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2015. ISBN 978-80-7345-437-1

- MOUNTAIN, G. Occupational Therapy with Older People. London: Whurr Publishers, 2004. ISBN 1-86156-376-0
- ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (RCOT). *Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults Practice guideline*. 2.vydání. [online] London: COT, 2020. ISBN 978-1-905944-95-8. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/falls>
- STRATEGIE PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ SPOLEČNOSTI 2019-2025. MPSV ČR. [online] Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%AD-pravy-na-st%C3%A1rnut%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALBSBAD-JYUA2.pdf
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

4. Komunitní ergoterapeutické služby pro děti a dospívající

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V rámci kapitoly budou představeny a diskutovány možnosti uplatnění ergoterapeuta v komunitních službách pro děti a mladistvé. Od studentů se předpokládá, že jsou patřičně obeznámeni s potřebami cílové skupiny, mají povědomí o okruhu onemocnění a z nich vyplývajících funkčních problémech, stádiích senzopsychomotorického vývoje, prioritách jednotlivých věkových stádií, požadavcích a nárocích jednotlivých věkových období ve vztahu ke zvládání nároků péče o vlastní osobu, požadavkům na zaměření hry v daném období, kognitivním aspektům i provázanosti se sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitací.

Pozornost bude zaměřena na možnosti působení ergoterapeuta především ve službě rané péče, spolupráci se školními zařízení i nutností budování odpovídajícího spolupracujícího a podporujícího vztahu s rodiči dítěte, který je předpokladem úspěšného zvládnutí nároků jednotlivých vývojových období dítěte a začlenění dítěte do samostatného života, studia i přípravy na budoucí zaměstnání.

CÍLE KAPITOLY

Student bude po prostudování kapitoly schopen:

- definovat pojem raná péče
- v rámci služeb rané péče popsat začlenění ergoterapeuta a oblasti jeho možného působení
- z ergoterapeutického hlediska vysvětlit pojem inkluze a uvést možnosti, jak by mohl v rámci školního systému ergoterapeut přispět k inkluzivnímu vzdělávání
- popsat charakteristicky na rodinu zaměřené péče
- uvést možnosti preventivních programů, které může ergoterapeut u této cílové skupiny realizovat

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Raná péče, na rodinu zaměřená péče, inkluzivní vzdělávání, svépomocná sdružení rodičů.

ORIENTAČNÍ ČAS NA PROSTUDOVÁNÍ

Na prostudování studijních podkladů, zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení bude student potřebovat 2 vyučovací hodiny.

4.1 Služby pro děti a mladistvé v komunitě

Charakteristické pro služby zaměřené na děti a mladistvé je provázanost a zapojení více sektorů, které jsou za zřízení, řízení i financování služeb zodpovědné. Jde především o resorty MZ, MŠMT, MPSV, ministerstvo spravedlnosti a další pověřené orgány, např. úřady práce (pověřené administrací a posuzováním nároků na sociální dávky, příspěvky na zvláštní pomůcky, příspěvky na péči apod.),

Úřad pro mezinárodní ochranu dětí, orgány sociálně-právní ochrany dětí, neziskové organizace, občanská sdružení a sdružení rodičů atd.

S tím souvisí i zapojení multidisciplinárního týmu. Nejčastěji se jedná o zdravotnické pracovníky (jak lékaře, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, psychology, logopedy, dětské sestry, porodní asistentky, nutriční terapeutky, laktiční poradkyně, zrakové terapeutky apod.), sociální pracovníky, učitele, vychovatele atd.

Proto, aby péče a služby byly koordinované a navazovaly na sebe dle potřeby dítěte, je potřeba sdílení informací, koordinace intervencí a předávání případů v návaznosti na aktuální priority vývoje dítěte. Bohužel, ne vždy se toto v praxi děje a velmi často musí rodiče vynaložit značné úsilí, aby o potřebných službách získali informace i přístup k nim. Koordinování péče a služeb např. formou case managementu není bohužel stále systematické a záleží často na místních zvyklostech či úsilí jednotlivých zapojených aktérů.

Služby by měly reflektovat potřeby dítěte dle věku a jeho potřeb i potřeb rodiny. Rozmanitá nabídka služeb a možností podpory rodiny v pečující, výchovné i vzdělávací roli je proto nutná.

Oblasti, v kterých ergoterapeut v komunitě může působit:

- *služby rané péče*
- *ambulantní ergoterapie* – terapie, poradenství
- *spolupráce se sdružením rodičů, občanskými sdruženími* – poradenství, konzultace, podpora
- *předškolní výchova* – spolupráce s učiteli ve speciálních školách, u integrovaných dětí v běžných mateřských školách
- *programy předškolní přípravy*- např. pro děti s disabilitou, rozvoj grafomotoriky i pro zdravé děti (přednášky pro rodiče, pro učitele apod.)
- *uplatnění ergoterapeuta ve školním zařízení*- př. poradenství u dětí s disabilitou (úprava prostředí, pomůcek, adaptace aktivity), zapojení do inkluzivního vzdělávání
- *osvěta, preventivní programy* (prevence úrazů, prevence dětské obezity apod.)
- *sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* (ve spolupráci s občanskými sdruženími, rodinnými centry, sdruženími rodičů, v rámci vlastní soukromé praxe)
- *stacionáře denní/ týdenní* (služby respitní péče)
- *nízkoprahová zařízení pro děti a mládež*
- *podporované/ chráněné bydlení* (u mladých dospělých jako příprava na samostatný život v komunitě, např. probíhá v Jedličkově ústavu v Praze)
- *krizová pomoc pro děti a mládež* (programy komunitní psychiatrie, telefonická krizová intervence)

4.1.1 Raná péče

Jde o bezplatnou terénní sociální službu, která podporuje rodiny, ve kterých se narodilo dítě s postižením. Služba je nabízena rodinám od narození do sedmi let věku dítěte.

Služba probíhá přímo v rodinách, kam dojíždějí poradci rané péče. V České republice realizuje tuto službu Společnost pro ranou péči, která má své pobočky na území celé republiky. Pořádá kurzy, vydává materiály pro rodiče i odborníky a pořádá pro zvýšení informovanosti o svých službách i tzv. Týden rané péče. V rámci projektu, který obvykle podporují známé osobnosti, je téma rané péče medializováno a pro veřejnost jsou pořádány dny otevřených dveří, přednášky či další aktivity.

Raná péče je vymezena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následovně:

- (1) Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba je poskytována především v domácnosti a poskytuje se bezúplatně. Jelikož se jedná o sociální službu, spadající pod gesci MPSV a zákona o sociálních službách, v kterém není stále odbornost ergoterapeut legislativně uzákoněna, ergoterapie není bohužel běžnou součástí nabídky služeb rané péče. Ergoterapeuti, kteří pracují v rámci ambulantních zařízení či soukromých praxí, spolupracují se středisky rané péče obvykle na základě vlastní iniciativy, nebo pokud již mají navázanou spolupráci, střediska je mohou sama kontaktovat.

V této oblasti je stále nutná vlastní iniciativa ergoterapeutů v rámci networkingu a zvýšení informovanosti o své nabídce služeb jak rodinám, tak dalším odborníkům, kteří jsou do péče o dítě zapojeni.

Charakteristiky rané péče

- *terénní služba* – poskytovat službu v přirozeném prostředí
- *služba podporující rodinu* (využívá jejích přirozených zdrojů tak, že i dítě s postižením může vyrůstat a prospívat v jejím prostředí)
- *poskytovaná včas*
- *multi/transdisciplinární přístup*
- *financování služby ze státního rozpočtu*
- *preventivní charakter* (snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného)
- *ekonomicky přínosná* (postupně činí rodiče nezávislymi na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje)
- *je předpokladem úspěšné sociální integrace dítěte*
- *poskytuje rodičům nezávislé informace*
- *služby rané péče jsou sestavovány na základě analýzy potřeb individuální rodiny*

Klienti rané péče

- dítě, které má opožděný vývoj v oblasti motorických, kognitivních, senzorických, psychologických, komunikačních, sociálních, emocionálních nebo adaptivních funkcí (či je u něj přítomna kombinace poruch v těchto oblastech)
- nebo dítě, u kterého byla diagnostikováno onemocnění či stav, který s velkou pravděpodobností bude resultovat v opoždění psychomotorického vývoje.

Cíle rané péče (www.ranapece.cz)

- předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace
- služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými

Americká asociace ergoterapeutů popisuje klíčové principy ergoterapie v rané péči následovně (AOTA, 2014):

- *podpora participace* dítěte a rodiny ve smysluplných aktivitách (př. ADL, hra, vzdělávání...)
- *na rodinu zaměřený přístup*
- *respekt k možnostem a zdrojům rodiny*
- *služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí*
- *respekt k běžnému chodu rodiny (běžné denní rutině) a rituálům rodiny*
- *citlivost ke kulturním odlišnostem* (Ergoterapeut by se měl snažit porozumět, nikoli soudit.)
- *evidence- based praxe* (na důkazech založená praxe)

Role ergoterapeuta v rámci rané péče

1. *poskytovatel služby:*

- podporuje pouto mezi dítětem a rodičem prostřednictvím aktivit jako je hra, péče o dítě, ukládání
 - posiluje kapacity rodiče prostřednictvím vzdělávání a tréninku
 - podporuje psychomotorický rozvoj dítěte cílenou intervencí (návčik/ přizpůsobení aktivit, doporučení úprav prostředí/ pomůcek)
 - zplnomocňuje rodinu k prosazování zájmů dítěte
2. *koordinátor služby*
3. *hodnotitel/ posuzovatel* (může být osloven ke zpracování odborném posudku)
4. *poradce/ konzultant*

Ergoterapeut v rámci rané péče obvykle:

- provádí hodnocení dítěte
- plánuje a realizuje odpovídající intervence a doporučuje vývojově vhodné aktivity
- doporučuje úpravy prostředí, které vedou ke zvýšení participace dítěte v rámci rodiny, školy a v dalších aktivitách prováděných v komunitě
- doporučuje potřebné kompenzační pomůcky, vhodné hračky, pomůcky denní potřeby apod.
- poskytuje podporu, informace a návody rodině, jak rozvíjet schopnosti a dovednosti dítěte s disabilitou
- spolupracuje s ostatními odborníky v rámci týmové spolupráce (př. dětský lékař, psycholog, fyzioterapeut, logoped, učitelé, sociální pracovník)

Nejčastější intervence ergoterapeuta v rámci rané péče:

1. *návčik správné techniky krmení* (př. dítě s Downovým syndromem, které je hypotonické a má gotické patro, které mu znesnadňuje sání)
2. *správný handling při činnostech* (př. jak ho nosit, koupat, přebalovat – prevence patologických pohybových stereotypů, optimalizace svalového tonu, podpora aktivní hybnosti)
3. *instruktáž, jak správně dítě polohovat* (v postýlce, kočárku, židličky)
4. *řeší, jak zajistit stabilní polohu/ pozici při hře/ činnosti pro podporu funkce*
5. *nabízí, jak vhodně stimulovat dítě*, jaké používat hračky, pomůcky, předměty denní potřeby
6. *doporučuje, jak si adaptovat prostředí* (př. pro stimulaci dítěte prostředím, usnadnění provádění ADL, podporu jeho funkčních schopností)
7. *doporučuje vhodné pomůcky* (př. vozík, chodítka, stavěcí rámy)

Kasuistika pro ilustraci

Petra je ergoterapeutka, která pracuje v rané péči. Dnes má na dopoledne naplánované dvě domácí návštěvy. Jedna se týká holčičky, které je 7 let, a u které bude s rodiči plánovat a zaměřovat vhodný vozík, protože má holčička kvadruparetickou formu DMO. Holčička bude od září docházet do místní školy, kde se rodičům podařilo získat pro ni umístění a pedagogicko- psychologickou poradnou jim byl přiznán školní asistent. Petra se zkontaktovala s firmou nabízející vozíky pro děti, vytipovala dle potřeb holčičky 2 typy vozíků, které firma na domácí návštěvu doručí a společně je na místě vyzkouší.

Druhá návštěva je vstupní vyšetření u chlapce, kterému je 9 měsíců a bylo u něj diagnostikováno zpomalení psychomotorického vývoje v důsledku centrální koordinační poruchy. Na ergoterapeutku se obrátila maminka na doporučení dětské lékařky, které měla možnost slyšet přednášku ergoterapeutky o možnostech intervencí ergoterapeuta u dětí s rizikem ohrožení psychomotorického vývoje na kongresu pro dětské lékaře.

4.1.2 Svépomocná sdružení rodičů dětí se zdravotním postižením

Svépomocná sdružení jsou velkým přínosem pro možnosti rozšíření spektra nabídky komunitních služeb pro cílovou skupinu klientů. Komunitní služby jsou ale do značné míry závislé na ochotě a schopnosti rodičů dětí s disabilitou poskytovat péči dítěti, a proto potřebují rodiče podporu a sdílení,

kteřá jim pomůže udržet si svou roli „dlouhodobého“ pečovatele. Z tohoto důvodu sami rodiče zakládají tato svépomocná sdružení, aby měli možnost sdílet své zkušenosti s někým, kdo zažívá to stejné, a jako platforma pro prosazování společných zájmů ve prospěch svých dětí s disabilitou (např. zřízení potřebných služeb, zvýšení povědomí okolí o specifických potřebách cílové skupiny, snižování stigmatizace, podporu participace v komunitním životě).

Důvody vzniku svépomocných sdružení/ skupin:

- příležitost pro sdílené zkušenosti, jak zvládat náročné situace související s poskytováním péče dítěti s postižením/ disabilitou
- příležitost získat podporu a pochopení od lidí v podobné životní situaci
- sdílení odpovědnosti za péči (výměna informací, pomoc v administrativních činnostech apod.)
- sdílení znalostí a dovedností
- zlepšení fyzického a psychického zdraví pečovatele díky dostupnosti podpory, možnosti od-reagování se, socializace (př. čas pro rodiče – diskuse, přednášky zatím co o jejich děti se stará facilitátor/ organizátor aktivity)
- akceptace role pečovatele a snížení pocitu izolace díky poskytování i přijímání podpory ostatních
- prosazování zájmů dětí na úrovni místní, regionální či národní společně

4.1.3 Ergoterapie v předškolním zařízení

Ergoterapeut může být prospěšný dětem předškolního věku především v následujících oblastech:

- umí nabídnout strategie pro usnadnění plné participace všech dětí v každodenních aktivitách
- snížit bariéry prostředí, které limitují dítěti zapojení do herních i výukových aktivit
- spolupracovat s vychovateli a učiteli na tom, jak podporovat a rozvíjet dítě v činnostech, které odpovídají jeho věku
- pomáhat plánovat vývojově přiměřené IADL
- pomáhat plánovat a připravovat dítě předškolního věku na nástup do školy (školní zralost)
- vytvořit cílené programy, např. programy pro předškoláčky: rozvoj hrubé a jemné motoriky, manipulačních schopností, školní zralost, grafomotorika, **rozvoj školních dovedností**
- dbát nad správným sedem a výběrem vhodného nábytku
- doporučit pomůcky pro správný úchop psacího náčiní

4.1.4 Ergoterapie ve školním zařízení

Kasuistika pro ilustraci

Grétě je 9 let a je postižena dětskou mozkovou obrnou. Navštěvuje místní základní školu a pohybuje se na elektrickém vozíku. Ve škole ergoterapeut doporučil úpravy prostředí třídy a zajistil pořízení rampy pro usnadnění pohybu Gréty ve škole (pomohl škole v sepsání žádosti pro nadaci na získání finanční podpory). Doporučil také speciální úpravu ovládání vozíku, aby ho mohla jednoduše a bezpečně sama ovládat. Gréta se účastní běžné výuky s jejími spolužáky, obtíže má jen v kontrole ovládání pohybů ruky. Ergoterapeut proto doporučil speciální klávesnici a Gréta píše místo do sešitu na počítači. Ergoterapeut se pravidelně setkává s učitelem a asistentem Gréty. V rámci tělesné výchovy doporučil ergoterapeut učiteli několik aktivit, do kterých se může Gréta zapojit s ostatními dětmi.

Inkluzivní vzdělávání – argumentace

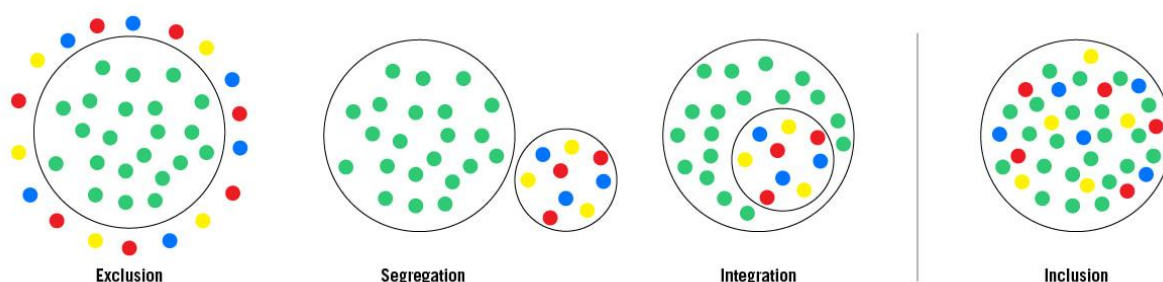
- vzdělávání je klíčovým faktorem pro plné začlenění dítěte s disabilitou do společnosti
- právo na přístup ke vzdělání mají všechny děti bez rozdílu

- inkluzivní škola přijímá všechny děti bez ohledu na jejich sociální situaci, vyznání, rodinnou konstelaci, postižení, rasu, příslušnost k menšině a vzdělává je individuálně podle jejich potřeb
- existence různorodosti je přitom vnímána jako obohacení a přínos
- inkluzivní vzdělávání neboli **společné vzdělávání**, je založeno na přesvědčení, že všichni žáci mají právo být vzděláváni ve skupinách se svými vrstevníky a mohou mít anebo mají prospěch se vzděláváním ve školách v místě bydliště
- zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon v platném znění: rovný přístup ke vzdělávání bez diskriminace, pravidlo spádové školy, právo na výběr školy a organizační formy má rodič

Principy inkluzivního vzdělávání (zdroj <http://inkluzie.cz/inkluzie/skola/vyzkumy/>)

- liší se od vzdělávání dětí se znevýhodněním v běžných školách formou integrace
- předmětem není pouze umístění znevýhodněného dítěte do běžné školy, ale spíše přizpůsobení školy potřebám dítěte
- důraz je kladen na kvalitu vzdělávání a zdůrazňuje prospěch pro obě strany
- učitelé, rodiče i další zainteresovaní, spolupracují a mají k dispozici dostatečné a odpovídající zdroje, které zohledňují potřeby začleněného žáka
- právo být vzděláván ve skupině svých vrstevníků v rámci místa bydliště
- je věnována pozornost podpoře vztahů mezi dětmi
- faktor zplnomocnění rodiny a dětí (empowerment)

Obr. 6 Inkluze (zdroj: <https://www.inclusionontario.ca/what-is-inclusion.html>)



- všechny děti se mohou učit
- všechny děti mají právo žít v rodině
- všechny děti mají právo se učit se svými vrstevníky
- všechny děti mají právo mít přátele ze sousedství a udržovat s nimi vztahy
- všechny děti mají právo získat podporu a služby, které potřebují, tyto by měly být poskytovány ve škole v místě bydliště a v běžné třídě
- všechny děti mají právo na vzdělávání, které je připraví na život a práci v reálném světě
- všechny děti mají právo rozvíjet své sociální dovednosti prostřednictvím každodenního života v komunitě
- všechny děti mají právo být „jen“ dětmi

Předpoklady pro inkluzivní vzdělávání

- Školní systém a učitelé rozumí a akceptují koncept inkluzivního vzdělávání.
- Lokální komunita a privátní sektor aktivně podporují inkluzivní vzdělávání, které je vnímáno jako důležitý faktor ekonomického a sociálního rozvoje.
- Rodiče dětí s disabilitou aktivně spolupracují se školou.
- Učitelé jsou proškoleni v principech a výukových metodách inkluzivního vzdělávání.

- Je vytvořen individuální plán dítěte založený na výukových potřebách dítěte.
- Výuka probíhá v malých třídách, kde je možné věnovat dítěti individuální pozornost.
- Dítě je začleněno do všech aktivit, nejen do výuky.
- Vytvořit dostupnost specializovaných služeb ve škole, jako např. dostupnost logopeda, ergoterapeuta, fyzioterapeuta pro potřeby žáků s disabilitou i pro možnost poradenství učiteli/ vychovateli či dalších pracovníků školy.
- Zajistit asistenty učitele pro děti s disabilitou.

4.2 Na rodinu zaměřená péče v ergoterapii

Na rodinu zaměřenou péči je možné definovat jako styl spolupráce, v kterém pracovník efektivně a s porozuměním naslouchá zájmům, reaguje na potřeby a podporuje naděje klienta a jeho rodiny (Crepeau a kol., 2003).

Tab.4 Požadavky péče/přístupu zaměřeného na rodinu (zdroj: Rodger, Ziviani, 2006)

Požadavky péče, přístupu zaměřeného na rodinu	Příklady
1. Vytvoření úspěšné komunikační strategie	• vyvarovat se odbornému žargonu • používat pozitivní neverbální strategie (např. oční kontakt, aktivní naslouchání) • jistit, jakou pravidelnost a způsob kontaktu rodina upřednostňuje • využívat služeb překladatele, pokud je to nezbytné (př. pro sluchově postižené, cizí státní příslušníky)
2. Citlivost vůči jedinečným charakteristikám rodiny	• porozumět uspořádání rodiny, její kultuře, náboženskému přesvědčení, hodnotám, očekáváním, socio-ekonomickému zabezpečení, ochotě zapojit se do terapie, přijetí doporučení, plánování setkání atd.
3. Efektivní spolupráce týmu	• začlenit do spolupráce rodinu
4. Principy, které směřují přístup	• povzbuzovat rodinu, aby stanovila, jak chce být zapojena do rozhodování o plánech a postupu léčby • připustit, že odpovědnost za péči o děti mají jejich rodiče • chovat se ke členům rodiny s respektem • zvažovat potřeby všech členů rodiny • podporovat a povzbuzovat zapojení všech členů rodiny

Zásady efektivní spolupráce ergoterapeuta s rodinou

- porozumět roli pečovatele, uvědomit si obavy a možné úzkosti, které mohou rodiče zažívat
- vnímat stres vyplývající z pečování (fyzická i psychická náročnost péče, možná sociální izolace rodiny)

- podávat informace a učit dovednostem formou, kterou je schopna rodina přijmout a porozumět
- nevnučovat, nenařizovat, ale nabízet
- vybavit rodiče a pečující osoby takovými znalostmi, dovednostmi a podporou, kterou potřebují pro to, aby byli schopni naplňovat potřeby dítěte, ale zvládat i své ostatní sociální role
- uvědomit si, že role pečovatele není společností stále doceněna

SHRNUTÍ KAPITOLY

Komunitní služby zaměřené na děti a dospívající jsou další oblastí, kde zatím není ergoterapie dostatečně etablovaná. Ať se jedná o oblast rané péče, spolupráce ergoterapeuta se svépomocnými sdruženími rodičů nebo spolupráce s pedagogy v mateřských nebo základních školách. Důvodem nejspíše je i skutečnost, že v České republice i díky systému specializačního studia či zaměření magisterského navazující studia není dostatečný počet ergoterapeutů, kteří by se specializovali na ergoterapii v pediatrii v komunitě. Nároky na dovednosti a znalosti ergoterapeuta specializujícího se na dětského klienta v komunitním prostředí vyžadují již značnou odbornou zkušenost, schopnost navázání kontaktu a získání si důvěry rodičů, samostatnost, schopnost prezentovat, vytvářet si spolupracující síť a správně představit své služby i dětským lékařům. Ergoterapeut musí mít pokročilé odborné dovednosti, a již jasnou představu, jak s klientem pracovat. Výhodou se určitě jeví i absolvování odborných či certifikovaných kurzů, které mohou pomoci ergoterapeutovi posílit jeho důvěryhodnost i pomoci mu při klinické úvaze. Nicméně, prostor pro uplatnění ergoterapeuta v oblasti komunitních služeb i díky jejich malé saturaci je značný. Dokladem k tomu může být, že i poměrně často se na profesní organizaci ergoterapeutů obrací rodiče s žádostí o doporučení ergoterapeuta na území celé České republiky.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

Raná péče, inkluzivní vzdělávání, svépomocné sdružení rodičů, na rodinu zaměřená péče.

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Kontrolní otázky

1. Vysvětlíte náplň rané péče a její charakteristické znaky.
2. Co je to inkluzivní vzdělávání a popište jeho principy.
3. Vysvětlíte, jak by měla vypadat na rodinu zaměřená péče.

Otázky k zamyšlení

- Zamyslete se, jaké dovednosti, znalosti a předpoklady by podle vás měl mít ergoterapeut, které se chce uplatnit v rámci komunitní ergoterapie zaměřené na dětského klienta. Připravte si svou rozvahu na kontaktní hodinu.
- Vyhledejte nějakou informaci k inkluzivnímu vzdělávání (buď jeho vymezení, zkušenost rodičů, pedagogů apod.). Připravte si na kontaktní hodinu výstupy vyhledaného sdělení.

LITERATURA PRO ZÁJEMCE:

Materiály Americké asociace ergoterapeutů dostupné z následujících odkazů:

- AOTA. *Rozvoj herních dovedností pro děti a jejich rodiče*. [online] Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Children/Browse/Play/Building%20Play%20Skills%20Tip%20Sheet%20Final.pdf>
- AOTA. *Ergoterapie ve školním prostředí*. [online] Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/CY/Fact-Sheets/School%20Settings%20fact%20sheet.pdf>

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- CREPEAU, E.,B., COHN, E.S., BOYT SCHELL, B.A. *Willard and Spackman's occupational therapy- 10th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. ISBN 0-7817-2798-7
- RODGER, S., ZIVIANI, J. *Occupational Therapy with Children: Understanding Children's Occupations and Enabling Participation.* Wiley-Blackwell, 2006. ISBN 9781405124560
- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings. 2nd edition.* Philadelphia: F.A. Davis Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808
- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, v platném znění
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Odkazy na webové stránky a materiály pro zájemce

- www.ranapece.cz
- <http://inkluzce.cz/inkluzce/skola/vyzkumy>
- www.inclusionontario.ca/what-is-inclusion.html
- <https://www.aota.org/Practice/Children-Youth.aspx>
- <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/consumers/Youth/Establishing-Toileting-Routines-for-Children-Tip-Sheet.pdf>
- Royal College of Occupational Therapists. *Occupational therapy in neonatal services and early intervention. Practice guideline.* [online] London: COT, 2017. ISBN 978-1-905944-66-8. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-publications/downloads/neonatal-services>

5. Ergoterapie v rámci komunitní psychiatrie

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kapitola předpokládá, že je student dostatečně obeznámen s problematikou potřeb osob s duševním onemocněním, orientuje se v jednotlivých onemocněních, zná jejich klinické projevy a možnosti léčby. Ví, jak s klienty komunikovat, jak provádět vyšetření i zaměřit vlastní terapii. Má představu možných terapeutických technik a přístupů, které se v ergoterapii u osob s duševním onemocněním využívají, i když v dané oblasti aktuálně nepůsobí.

V kapitole si student rozšíří povědomí o zaměření komunitní psychiatrie a možnostech působení ergoterapeuta v jednotlivých typech komunitních služeb. Prostor bude věnován tématu stigmatizace osob s duševním onemocněním a v rámci otázek k zamyšlení se student připraví na skupinovou práci a diskusi při kontaktní výuce.

CÍLE KAPITOLY

Student po prostudování kapitoly bude schopen:

- popsat rozdíly mezi nemocničním, komunitním a integrativním přístupem
- vysvětlit pojem balancovaná péče
- představit kontext komunitní péče v psychiatrii
- popsat oblasti psychiatrické rehabilitace a uvést konkrétní příklady intervence ergoterapeuta
- vysvětlit pojem stigmatizace

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Nemocniční, komunitní, integrativní přístup, balancovaná péče, healthy occupation, zotavení stigmatizace.

ORIENTAČNÍ ČAS NA PROSTUDOVÁNÍ

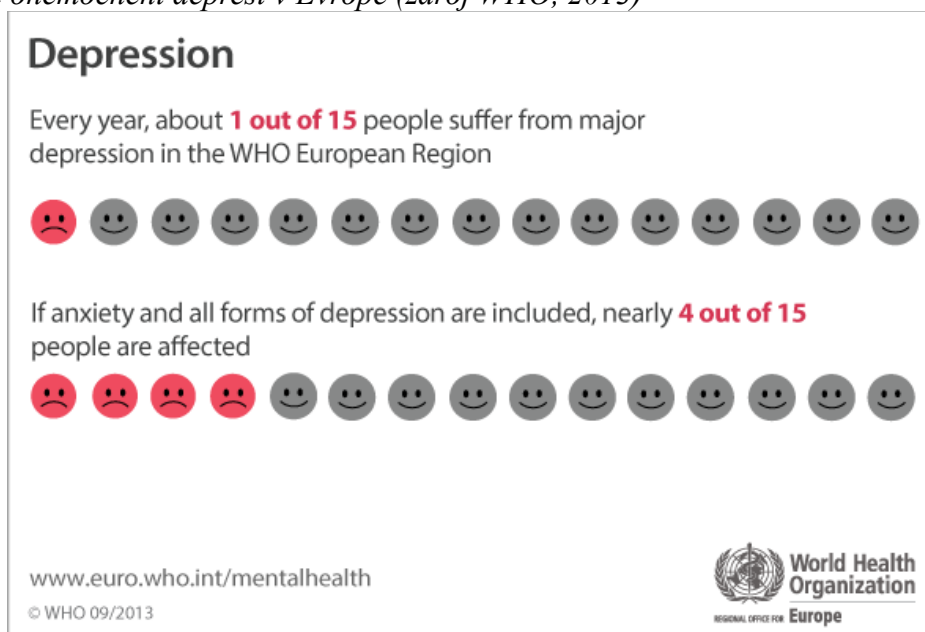
Student na prostudování kapitoly, zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení bude potřebovat 2 vyučovací hodiny.

5.1 Statistické informace k problematice duševního zdraví

Duševní onemocnění je jednou z vedoucích příčin disability na světě (AOTA, 2013). Má značný vliv na schopnosti jedince zapojit se do běžného života a zaměstnávání, které jsou pro něj smysluplná a vedou k produktivnímu zvládání nároků každodenního života.

Duševní problémy postihují jednoho ze čtyř lidí v některém období jeho života. Více než 450 milionu lidí na světě trpí duševním onemocněním. O mnoho více lidí má duševní problémy, které nejsou pojmenovány konkrétní diagnózou. Tyto problémy patří k 5-10 vedoucím příčinám vzniku postižení na světě celkově (WHO, 2008). Duševní choroby představují v rozvinutých státech největší společensko-ekonomickou zátěž (např. kardiovaskulární onemocnění 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7%).

Obr. 7 Výskyt onemocnění depresí v Evropě (zdroj WHO, 2013)



Společenská zátěž v důsledku duševních onemocnění v Evropě

V materiálu „Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politiky, zkušenost a doporučení“, kterou zpracovalo Psychiatrické centrum Praha v roce 2013, je uvedeno, že:

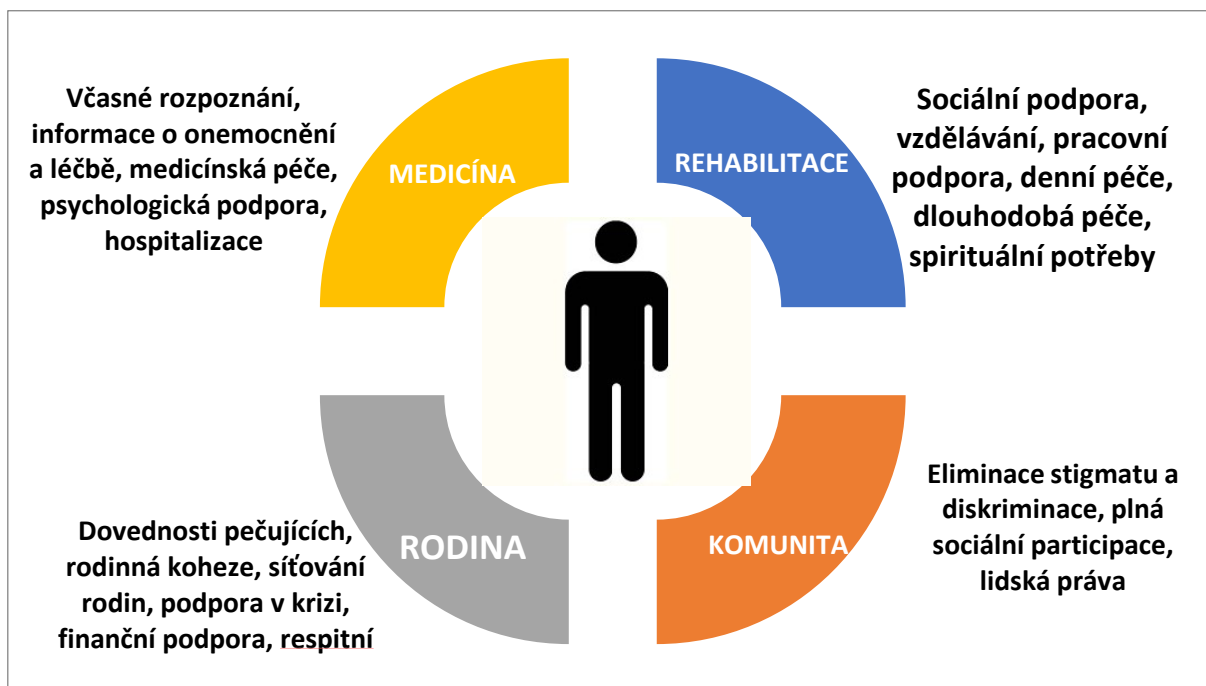
- některým z **duševních onemocnění je v Evropě každý rok** zasaženo přibližně **38,2 % obyvatel**
- celkové **náklady** byly **za rok 2010 odhadnuty na 461 miliard EUR**, přičemž jako nejvíce nákladné vyšly poruchy nálady, demence a psychotická onemocnění
- co se týče nejvýznamnějšího souhrnného ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva vyjadřujícího deficit ve zdraví, tedy počtu roků života vážených disability (**DALY**) představují **duševní onemocnění v zemích EU enormní zátěž**
- duševní onemocnění v zemích EU se podílí na celkových DALY za veškerá onemocnění v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku
- **pouze třetině** všech zasažených duševním onemocněním se dostane léčby

- v rovině epidemiologické i ekonomické se očekává významné zvyšování zátěže způsobené duševním onemocněním, především právě u deprese a v důsledku stárnutí populace také u demencí.

5.2 Kontext komunitní péče v psychiatrii

Komunitní péče pro lidi se závažnými psychickými poruchami je vždy vázaná na kontext, tzn. k tomu, aby byla účinná, potřebuje vycházet ze svého okolí.

Obr. 8 Potřeby lidí s duševním onemocněním (dle WHO, 2001)



Modely komunitní péče v psychiatrii

Podle Falloona a Faddenové (1993, in Pěč, Probstová, 2009) je možné rozlišit tři následující přístupy v psychiatrii:

- nemocniční přístup
- komunitní přístup
- integrativní přístup

Nemocniční přístup

- rozvíjí se od konce 60. let 20. st. v Evropě, USA a Kanadě
- těžiště péče na psychiatrických odděleních nemocnic
- péči poskytují výhradně profesionálové
- uživatel péče je vnímán jako **pacient** (značná míra izolace od komunity, výrazná ochrana pacienta i komunity před sebou, prognóza celoživotní závislosti na profesionálech)

Komunitní přístup

- rozvíjí se od 70. - 80. let 20. st. (Itálie, VB, USA, Holandsko, Austrálie, Francie)
- profesionální specializované služby jsou nutné, ale nikoli dostatečné pro integraci
- profesionálové poskytují služby, ale umožňují a podporují přirozené zdroje pomoci
- uživatel je vnímán jako **klient**
- důraz kladen na kontinuum služeb, je vytvořena celá řada programů, riziko „vhazování“ klienta do „programových automatů“

Integrativní přístup

- od 90. let 20. st. (VB, Itálie, USA, Kanada)
- profesionální služby přejímají péči o pacienta až tehdy, když běžné služby nejsou schopny pacientovi asistovat
- uživatel péče je vnímán jako **občan**, důraz je kladen na kapacitu klienta, ne jeho deficity
- součástí především **mobilní komunitní týmy** pracující s nemocnými v jejich přirozeném prostředí
- propojení tří typů zdrojů: **neformální pečovatelé, primární lékařská péče a specializovaná péče**. Služby jsou mobilní a flexibilní, strategie se odvíjí od místních podmínek.

Model balancované péče

Pokrytí službami u nás je zatím dílčí, není zcela systematické a neplánované. Jaké služby v daném regionu existují, do značné míry záleží na aktuálních finančních možnostech neziskových organizací, než na zakázce obcí či odborných společností. Obce se učí mapovat potřeby komunity prostřednictvím komunitního plánování, které se účastní jak místní zastupitelé, zástupci organizací, klientů, odborníků i veřejnosti.

Pro systém psychiatrické péče v České republice, který v současné době prochází reformou, je nejvíce přílehavý model tzv. *balancované péče*, který odpovídá zhruba komunitního přístupu (v zahraničí probíhal v 70. a 80. letech 20. století). Jde o model převážně institucionálně zakotvený, nikoli však s těžištěm ve velkých psychiatrických léčebnách. Péče se realizuje v rozmanitých intermedieálních zařízeních (denní sanatoria, krizová centra, zařízení podporované práce a bydlení), nedílnou součástí je péče lůžková, převážně na psychiatrických odděleních nemocnic.

Balancovanou péči je možné popsat jako systém poskytování služeb, které:

- jsou blízko domova
- jsou mobilní, včetně služeb poskytovaných doma
- zaměřuje se na zneschopnění stejně jako na symptomy
- poskytují specifickou léčbu a péči podle dg a potřeby osoby
- hlásí se k mezinárodním konvencím o lidských právech
- reflektují priority samotných uživatelů služeb
- jsou koordinovány mezi poskytovateli péče a organizacemi.

Poskytovateli komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví v České republice jsou většinou neziskové organizace. Z tohoto důvodu není zajištěna rovnoměrně distribuce služeb, v některých oblastech určité služby vůbec nejsou, síť služeb v regionech není kompletní a kapacita často nedostačuje. Komunitní krizové služby jakožto alternativa k hospitalizaci téměř neexistují.

Ergoterapie je v jednotlivých typech služeb často požadována, ale vzhledem k nedostatečnému počtu ergoterapeutů se jí mnohde nedostává nebo je v daném zařízení na počet pacientů neodpovídající počet úvazků ergoterapeuta. Proto některé z intervencí (obvykle skupinové činnosti v rámci jednotlivých dílen), které by v případě dostupnosti zajišťoval v zařízení ergoterapeut, přejímají jiní pracovníci (např. pracovní terapeuti, jiný proškolený zdravotnický personál). To není jistě optimální způsob zajištění komplexní péče pacientovi, nicméně realita je taková.

Co je však alarmující, že v rámci probíhající transformace psychiatrické péče v České republice není o ergoterapii nijak uvažováno a v rámci vznikajících Center duševního zdraví není profese ergoterapie nijak začleněna, ačkoli právě zde by mohla velmi přispět k podpoře rehabilitace a zotavení (Pluhaříková Pomajzlová, 2016). Dokladují to i zahraniční materiály, z kterých naši odborníci v rámci reformy psychiatrické péče čerpají, ale bohužel oblast ergoterapie v systému stále i k našemu překvapení opomíjejí. Je zde proto více než nutné, aby se ergoterapeuti pracující v oblasti psychiatrie, stejně jako profesní organizace ergoterapeutů, zasadili o změnu a prosadili zařazení oboru ergoterapie do koncepce transformace psychiatrické péče.

Většímu uplatnění ergoterapeutů v oblasti komunitní psychiatrie v České republice nenahrává příliš ani systém odborného celoživotního vzdělávání a také absence odpovídajících certifikovaných kurzů, které by přispěly k posílení kompetencí ergoterapeutů pro oblast komunitní péče v psychiatrii.

Jako pozitivní aspekt a slibný začátek pro upevnění pozice ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví je však možné upozornit na iniciativu, která vznikla v rámci České asociace ergoterapeutů. V roce 2017 byla vytvořena pracovní skupina „Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví,“ ze snahy ergoterapeutů samotných, jejímž cílem je především vytvořit podpůrnou síť ergoterapeutů působících v oblasti péče o duševní zdraví, která by byla prostorem pro sdílení zkušeností z praxe a která by se zasazovala o rozvoj dobré praxe.

Skupina od svého založení soustavně pracuje na svých cílech, kterými jsou především:

- vytvořit základnu ergoterapeutů v oblasti péče o duševní zdraví
- posílit roli ergoterapeutů v rámci reformy péče o duševní zdraví
- zkvalitnit pregraduální a postgraduální vzdělávání v ergoterapii v oblasti psychiatrické péče

5.3 Význam komunitní péče v psychiatrii

Komunitní péče dotváří komplexnost systému péče a může být alternativou hospitalizace, která má často důvod sociální (ať už existenční nebo vztahový). Komunitní péče má svou preventivní funkci (např. umožňuje vytvoření informačních programů zaměřených na ohrožené skupiny obyvatel, poskytování krizové pomoci), vede k pozitivnímu ovlivnění kvality života nemocných a má destigmatizační vliv. Destigmatizační vliv může probíhat tzv. shora, kdy se jedná např. o přednášky odborníků, osvětové kampaně (např. světový den duševního zdraví 10.10.) nebo zdola skrze konkrétní práci s klientem v komunitě. Lidé tam mají možnost osobního setkání, zážitkových programů (např. pro středoškoláky, integrační aktivity typu festivalu v Psychiatrické léčebně Bohnice „Mezi ploty,“ blogy nemocných atd.).

V Průvodci reformou psychiatrické péče vydanou Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2017 je cílem reformy psychiatrické péče vytvořit vyvážený model péče o duševní zdraví (inspirovaný tzv. *balanced care modelem*), kde:

- služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují,
- existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními (konvenčními) službami,
- služby jsou poskytovány co nejblíže bydliště pacienta/klienta,
- intervence se zaměřuje jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta/klienta.

Podle WHO (2005) jsou klíčové principy pro organizaci služeb zaměřených na péči o duševní zdraví následující:

- *ochrana lidských práv*: služby musí respektovat autonomii jedince a posilovat jeho možnosti volby/ rozhodování. Pozornost by měla být zaměřena na používání co nejméně omezující či restriktivní léčby.
- *dostupnost*: služby by měly být lokálně dostupné, nedostatek služeb je bariérou jejich získání, zvláště ve vesnických oblastech
- *komplexnost*: služby by měly zahrnovat všechny programy a typy, aby mohly naplnit potřeby klientů
- *koordinace a kontinuita služby*: služby by měly spolupracovat koordinovaně, aby naplnily sociální, psychologické i zdravotní potřeby klientů
- *účinnost*: služba by měla prokázat svou účinnost
- *spravedlnost/ rovnost*: přístup ke službám by měl být na bázi potřeb
- *efektivita*: důkazy finanční efektivity by měly být brány v úvahu při vytváření služeb a činění rozhodnutí o alokaci/ přerozdělování zdrojů.

Komunitní týmy poskytují rozsah služeb (které zahrnují jak služby lékaře-psychiatra, komunitní psychiatrické sestry, sociálního pracovníka, psychologa, ergoterapeuta) a obvykle dávají přednost osobám s vážnými problémy. Prokazuje se, že takto složené týmy pomáhají zlepšit zapojení osoby do

služby, zvyšují spokojenost klienta se službou a zlepšují dodržování léčebného režimu a nastavení služby. Jsou také spojovány se zlepšením kontinuity péče. Pro zlepšení koordinace služeb a péče u klienta je možné v rámci komunitních týmů využít case management.

Asertivní komunitní týmy (Thornicroft & Tansella, 2003, in WHO, 2005) obvykle tvoří:

- malý počet řešených případů (tým tvoří okolo 10 pracovníků na 100 pacientů)
- služby jsou kontinuální (24 hodin/ den, 7 dní v týdnu)
- medikace je poskytována členy týmu denně, pokud to je potřeba
- u služby je příslib, že klient bude postupně vyžadovat méně intenzivní podporu
- týmový přístup – spolupráce psychiatra, zdravotní sestry a dalších profesionálů
- finance klienta jsou spravovány nebo přímo s nimi hospodaří tým
- téměř 80 % aktivit týmu se odehrává v komunitě

Jak to funguje?

- služba je určena pro osoby s těžšími psychotickými poruchami, asertivní komunitní tým může přispět ke snížení hospitalizací, ale nevede ke snížení nákladů na péči
- přispívá ke zlepšení životních podmínek a pracovního statusu uživatele služby
- přispívá ke zlepšení spokojenosti uživatele služby

Charakteristika cílové skupiny klientů služeb komunitní péče:

- *diverzita/ heterogenita skupiny-* (věk, dg, pohlaví atd.) nejrozličnější potřeby péče a podpory
- *omezení a nedostatky:* společné pro osoby to, že ve svém každodenním fungování pocítují omezení (vyplývající na jedné straně z nemoci, ale i z premorbidních vlastností osobnosti, nepříznivé životní okolnosti a sociálních bariér), ačkoli mají stejná přání a cíle jako ostatní lidé
- *životní běh a průběh nemoci:* nemoc podkopává strukturu „obyčejného života“, proto podpora musí navazovat na individuální životní cestu a brát v úvahu úkoly životní fáze osoby
- *nenaplněné potřeby:* čím více nenaplněných potřeb lidé mají, tím pocítují nižší kvalitu života. Úkol: široká a všestranná nabídka péče a pomoci.
- *možnosti zotavení:* longitudální studie dokazují, že se většina osob v dlouhodobé perspektivě zcela nebo částečně zotaví

5.4 Pojem „recovery“ (úzdava/ zotavení)

V posledních letech došlo k významným změnám v pojetí péče o lidi s duševním onemocněním, které je zaměřeno od epizodické léčby na úrovni symptomatologie k důrazu na zotavení z nemoci a životu po nemoci (koncept recovery), tedy k léčbě z hlediska dlouhodobé perspektivy duševně nemocného jako pacienta i jako člověka (Pluhaříková Pomajzlová, 2016).

Definici zotavení nabízí Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), jež byla vytvořena 110 experty v rámci panelových diskusí, kde byli zahrnuti lidé s duševním onemocněním, jejich rodiny a pečující, advokáti lidí s duševním onemocněním a pracovníci zdravotních a sociálních služeb. „Zotavení duševního zdraví je cesta hojení a transformace, posilující člověka s duševními problémy žít smysluplný život ve společnosti dle vlastního výběru, zatímco usiluje o dosažení svého maximálního potenciálu“ (SAMHSA, 2005, in AOTA, 2016).

Zotavení je v plné shodě s filozofií oboru ergoterapie, která je neodmyslitelně na klienta orientovaná, spolupracující, a zaměřená na podporu odolnosti, plné participace, podporu zdraví a zdravý životní styl (AOTA, 2016).

Ergoterapeuti mohou významně přispět na cestě k zotavení právě svým zaměřením na hledání smysluplných aktivit v životě (engaging occupation), obnovu či nalezení nových životních rolí, hledání osobního potenciálu člověka atd. Ergoterapeuti by měli v stát v čele rozvoje konceptu zotavení, neboť mohou přispět významnou praktickou i teoretickou zkušeností v oblastech, které se

ukazují pro proces zotavení jako klíčové (Pluhaříková Pomajzlová, 2016).

Ergoterapeutické asociace v zahraničí (např. Americké asociace ergoterapeutů, Kanadská asociace ergoterapeutů, Australská asociace ergoterapeutů a Britská asociace ergoterapeutů) s tímto konceptem již pracují, rozvíjejí ho v rámci některých výzkumů a integrují do doporučených postupů práce. V roce 2011 AOTA identifikovala Koncept Zotavení a Model Peer podpory jako jedno z prioritních témat pro rozvoj ergoterapie v oblasti duševního zdraví. Formulovala také znalosti a dovednosti ergoterapeutů, které mohou aplikovat pro podporu procesu zotavení.

Model zotavení vyžaduje sdílení mezi klientem a poskytovatelem služby v procesu plánování, rozhodování o zaměření terapie i ve všech dalších aspektech terapeutického procesu, které je zaměřené na osobu a její potřeby. Primárním cílem modelu zotavení je posílení odolnosti, zdraví a pocitu osobní pohody v komunitě dle individuální volby spíše než zaměřením se na ovlivnění symptomů onemocnění.

SAMHSA (2012, in AOTA, 2016) identifikovala 10 hlavních principů zotavení:

- naděje
- řízené osobou (dle jejích potřeb)
- mnoho způsobů dosažení
- holistické zaměření
- podpora od vrstevníků (peer podpora)
- vztahy
- odpovídající kultura
- zaměřené na trauma
- silné stránky/ odpovědnost
- respekt

5.5 Stigmatizace/ nálepkování

Z řečtiny Stigma= znamení, znak, v širším smyslu používáno v sociologii, zn. apriorní negativní hodnocení. Jde o zvláštní případ sociálního předsudku vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti.

Stigma= znehodnocující přívlastek, který bývá příčinou diskriminace nositele

Pro osoby s duševním onemocněním je (sebe)stigmatizace každodenním zdrojem starostí a velkou bariérou pro společenskou participaci. K závažným důsledkům stigmatizace se řadí chronický stres, nízké sebehodnocení, demoralizace, deprese, nízká kvalita života, regrese, riziko opětovné hospitalizace.

Se stigmatem je spojen pocit hanby a strach z posměchu. To může způsobit i fakt, že se lidé bojí vyhledávat odbornou psychologickou pomoc, když cítí znovu problémy. Stigma je mnohdy příčinou neschopnosti najít si práci či nastoupit do školy, příčinou užívání drog, bezdomovectví, sociální separace a dlouhodobých pobytů v léčebnách.

Negativní vliv stigmatizace je tak velký, že se někdy mluví o „**druhém onemocnění**“, které se může následkem stigmatizace vyvinout. Stigmatizují je i informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi. Jedinec získává nálepku duševně nemocného a je vystaven zvýšené sociální kontrole s tendencí vykládat každé (i domnělé) vybočení z normy jako důsledek duševního onemocnění.

Příčinou vzniku stigmatu jsou obvykle mýty, nepochopení a ignorace faktů ve spojení s minimálním skutečným kontaktem s lidmi duševním onemocněním, násobeno přirozeným strachem z neznámého a z nemoci.

Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví se zaměřuje na optimalizaci fungování klienta prostřednictvím intervencí, které se zaměřují na podporu jeho stávajících dovedností, vytváření

příležitostí, podporu duševní pohody, získání nebo obnovení dovedností, modifikaci či adaptaci prostředí nebo aktivity a prevence relapsu onemocnění (AOTA, 2013).

V oblasti péče o duševní zdraví se ergoterapeut většinou setkává s následujícími bariérami, které musí reflektovat v rámci svých intervencí:

- *stigma* (osvětová činnost, práce na posilování kompetencí, sebedůvěry, interpersonálních a komunikačních dovedností klientů)
- *bezpečnost* (provádění aktivit s důrazem na případná omezení vyplývající z onemocnění)
- *nízká socioekonomický status klientů* (příprava klientů na pracovní uplatnění – trénink dovedností, návyků k práci, návrat do školy, rekvalifikace apod.)
- *zhoršený přístup k dlouhodobému bydlení* (návuk dovedností samostatného života v komunitě, zajištění chodu domácnosti, finanční gramotnost a management vlastního rozpočtu, hospodaření s penězi apod.).

Kromě cílených intervencí dle potřeb osob s duševním onemocněním ergoterapie také přispívá k podpoře duševního zdraví, které je definováno jako pozitivní stav fungování odrážející přítomnost čtyř faktorů: (1) pozitivní emoční stav (např. subjektivní pocit duševní pohody, pocit štěstí), (2) pozitivní psychologické a sociální fungování (př. sebepřijetí, naplnění, sebekontrola), (3) zapojení se do pracovních aktivit a (3) odolnost navzdory nepřízní osudu a schopnost se vypořádat se stresujícím životními situacemi.

5.6 Role ergoterapeuta v komunitní péči v psychiatrii

1. *role specialisty* (např. provádění funkčního hodnocení, ergodiagnostiky či individuální/ skupinové terapie)
2. *obecná či všeobecná role* (např. role pracovníka případového vedení= case managera, v které se specializace jednotlivých profesí stírá a tým pracuje spíše transdisciplinárně)

Nicméně, ať už je obsah práce ergoterapeuta jakýkoli, zůstává jeho pohled specifický svým zaměřením na využití smysluplného zaměstnávání pro podporu zdraví a participace lidí s jakýmkoli omezením.

Intervence ergoterapeuta

- *Návuk potřebných dovedností*: v oblasti péče o sebe, pracovní činnosti, volnočasové aktivity, aktivity životního stylu (*aktivního trávení volného času, rozvíjení zájmů a koníčků, spravování vlastního domova, time-management, management užívání léků, využívání zdrojů komunity* apod.).
- *Úprava prostředí* - např. změna nebo ovlivnění fyzického, kulturního, institucionálního a sociálního prostředí, které má usnadnit klientovi pracovní výkon
- *Skupinové nebo individuální psychoedukační aktivity* (např. management zvládání úzkostí, management zvládání vzteku, asertivní dovednosti, chování při projevech nemoci – např. při hlasech, „úzdavné“ skupiny, management zdravého životního stylu).
- *Práce s uživateli služeb na udržení jejich životních rolí*: hlavně v oblasti povolání a sociálních vztahů - např. žena v domácnosti, matka, pečovatel, zaměstnanec, přítel, *dovedností na posílení sebeuvědomění, mezilidských a sociálních dovedností, kognitivních funkcí, zvládání stresu a životních rolí*
- *Usnadnění integrace klienta do společnosti*: s cílem umožnit mu udržet si žádaný životní styl.
- *Preventivní intervence zaměřené na udržení celkového duševního zdraví*

Psychiatrické rehabilitace (Pěč, Probstová, 2009)

- pracovní rehabilitace
- podporované vzdělávání
- rehabilitace v oblasti bydlení
- rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času

Pracovní rehabilitace a role ergoterapeuta

- analýza pracovních schopností a dovedností klienta
- sestavení rehabilitačního plánu
- trénování klienta v rámci nácviku pracovních dovedností
- nácvik sociálních dovedností – např. schopnost komunikace se zákazníky, jak zvládnout nepřijemného zákazníka, jak vycházet s kolegy, jak vycházet se šéfem atd.
- cílený trénink kognitivních funkcí
- př. tréninkové kavárny

Rehabilitace v oblasti bydlení

Rehabilitace v oblasti bydlení je zásadní, neboť pokud se nemají klienti kam po propuštění z ústavní péče vrátit, často končí na ulici, odkud se opět dostávají zpět do ústavní péče. Nebo z důvodu nedostupnosti bydlení zůstávají v ústavní péči dlouhodobě, což ovšem vede ke zhoršené samostatného výkonu ADL a dochází k postupné ztrátě běžných návyků spojených se zajištěním si chodu domácnosti a péče o vlastní osobu.

Bydlení rozlišujeme dle míry podpory, kterou ve službě pracovník klientovi poskytuje, na několik typů služeb:

- chráněné bydlení
- domy a byty na půl cesty
- komunitní (skupinové) bydlení a bydlení podporované
- vlastní domácnost klienta

Ergoterapie v oblasti zdravého životního stylu a volného času

Díky duševní nemoci klienti často ztrácejí své sociální kontakty, přicházejí o přátele a známé a dostávají se tak do sociální izolace. Ztrácí i své sociální role, jejich hlavní rolí je role pacienta/klienta.

Navíc je zřejmá spojitost mezi vážným duševním onemocněním a špatným fyzickým zdravotním stavem z důvodu nedodržování zásad zdravého životního stylu (Crepeau, 2003). Špatné stravovací návyky, kouření, zvýšený příjem alkoholu a neadekvátní péče o vlastní osobu mohou vést k vážným zdravotním problémům jako např. KVO a DM.

Ergoterapeut může podpořit osoby s duševním onemocněním v dodržování zdravého životního stylu prostřednictvím zapojení do tzv. zdravých zaměstnávání (**healthy occupation**), např. jako je sport.

Nabídka programů v oblasti healthy occupation závisí na preferencích klienta. Možnosti také nabízí centra denních aktivit či zájmové uživatelské kluby, různé svépomocné aktivity či pacientské organizace. Doporučení ze strany ergoterapeuta může být také účast na vhodném kurzu či dalším vzdělávání dle zájmu klienta a v souladu s jeho schopnostmi. V této oblasti se ergoterapeut uplatňuje především v rámci kondiční ergoterapie (ergoterapie zaměstnáváním). V rámci center realizuje většinou skupinové aktivity, poradenství v oblasti zdravého životního stylu (tzv. healthy occupation) a identifikace volnočasových aktivit, v kterých by se mohl klient realizovat a identifikovat.

The Royal College of Occupational Therapists doporučuje ergoterapeutům realizovat a zavádět nový design a poskytování služeb pro osoby s duševním onemocněním ve 4 klíčových oblastech:

1. Zajistit mladistvým s duševním onemocněním správný přechod do dospělosti tím, že jim pomůže dosáhnout jejich plného vzdělávacího potenciálu (**vzdělávání**)
2. Adresovat potřeby spojené se zaměstnáním lidí s duševním onemocněním. (**pracovní uplatnění**)
3. Zlepšení fyzického stavu lidí s vážným duševním onemocněním tím, že je zapojí a podpoří u nich healthy occupation (**zdravý životní styl, smysluplné volnočasové aktivity**)
4. Zlepšení přístupu k službám pro osoby s duševním onemocněním v rámci primární péče (**spolupráce s praktickými lékaři**).

SHRNUTÍ KAPITOLY

Reforma psychiatrické péče se zaměřuje na rozvoj komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Komunitní péče dotváří komplexnost systému péče a může být alternativou hospitalizace, která má často důvod sociální. Komunitní péče má jsou preventivní funkci, vede k pozitivnímu ovlivnění kvality života nemocných a má destigmatizační vliv. Ergoterapeut díky svému odbornému zaměření a přístupu zaměřenému na klienta a na realizaci zaměstnávání, které přispívají k upevnění dovedností potřebných pro zvládání nároků běžného života v komunitě, rozvoji tzv. healthy occupation a podporuje proces údravy, proto je odborníkem, který má své nezastupitelné místo v systému služeb komunitní péče a psychiatrické rehabilitaci.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

Balancovaná péče, healthy occupation, zotavení, stigmatizace, oblasti psychiatrické rehabilitace.

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Kontrolní otázky

1. Popište rozdíly mezi nemocničním, komunitním a integrativním přístupem
2. Vysvětliť pojem balancovaná péče.
3. Uveďte příklad možné stigmatizace pacienta/ klienta.
4. Co jsou to healthy occupation.
5. Jakých oblastí se týká psychiatrické rehabilitace?

Otázky k zamyšlení

1. Zkuste zformulovat jaké požadavky a nároky klade na ergoterapeuta práce v rámci komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Připravte si podklad pro skupinovou diskusi v rámci kontaktní výuky.

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- AOTA. Occupational Therapy's Role with Mental Health Recovery, 2016. [online] Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Mental%20Health%20Recovery.pdf>
- AOTA: Occupational Therapy's Role in Community Mental Health. 2013. [online] Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Community-mental-health.pdf>
- AOTA. Specialized knowledge and skills in mental health promotion, prevention, and intervention in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*. [online] 2010, 64(Suppl.), S30–S43. ISSN: 1943-7676 doi:10.5014/ajot.2010.64S30. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1865185>
- McDAID, D., THORNICROFT, G. *Mental health II: balancing institutional and community-based care*. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. [online] 2005, ISSN 1997-8073 Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107632/E85488.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, J. *Recovery- zotavování, pohled ergoterapie*. Sborník příspěvků z 28. Celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů. Praha: ČAE, 2016, s. 31-43. ISBN 978-80-905252-4-5
- PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online] Psychiatrická společnost ČLS JEP a Regionální úřadovna WHO pro Evropu. 2017, 1-26. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psy-chiatrie_pruvodce_final.pdf

- SCAFFA, M.E., REITZ, S.M. *Occupational Therapy in Community-based Practice Settings*. 2nd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2014. ISBN-13: 978-0803625808
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V.: *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace, komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 9788073872533
- WINKLER, P. a kol. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politiky, zkušenost a doporučení*. [online] Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9 Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf
- World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. [online] Geneva: WHO, 2001. ISBN 92-4-156201-3. Dostupné z: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2008). *Policies and Practices for Mental Health in Europe: Meeting the Challenges*. [online] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. ISBN 978-92-890-4279-6. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107366>

6. Uplatnění ergoterapie ve výrobních provozech/ na pracovištích

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V kapitole budou představeny možnosti uplatnění ergoterapie v rámci ergonomického poradenství na pracovištích. Od studenta se předpokládá, že je již vybaven znalostmi z oblasti ergonomie, antropometrie, biomechaniky pohybu a kineziologie. V kapitole se budeme zabývat uplatněním PEO modelu v oblasti ergonomie. Pozornost bude věnována podmínkám, za jakých může ergoterapeut uspět v oblasti podnikání v ergonomii a jaký může být přínos ergoterapeutické intervence na pracovišti pro zaměstnavatele a pro zaměstnance.

CÍLE KAPITOLY

Student bude po prostudování kapitoly schopen:

- vysvětlit uplatnění PEO modelu v oblasti ergonomie
- definovat základní ergonomické požadavky při práci na počítači
- popsat nároky práce ve stoji
- vyjmenovat faktory, které mohou ovlivňovat výkon práce zaměstnanců-seniorů

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY:

PEO model v ergonomii, analýzy pracovního místa, ergonomické nároky práce v jednotlivých polohách, prevence

ORIENTAČNÍ ČAS K PROSTUDOVÁNÍ

Student bude potřebovat pro prostudování studijních podkladů, zodpovězení kontrolních otázek a otázek k zamyšlení 3 vyučovací hodiny.

6.1 Zdraví na pracovišti

Evropská síť pro podporu zdraví na pracovišti definuje podporu zdraví na pracovišti jako kombinaci úsilí ze strany zaměstnavatele, zaměstnanců a společnosti, se záměrem zlepšovat pohodu a zdraví lidí v pracovním procesu. Zvláštní důraz je kladen na zlepšení organizace práce a pracovního prostředí, větší zapojení pracovníků do spoluvytváření jejich pracovního prostředí a podporu osobního rozvoje a zlepšování profesních dovedností. Vytvořením prostředí, které je zdraví prospěšné, má své přínosy jak pro pracovníky, tak pro organizaci. Mezi základní přínosy podpory zdraví na pracovišti patří (Hanuš, Jásek, 2019):

- lepší zdravotní stav a pohoda zaměstnanců zvyšuje jejich odolnost
- snížení počtu zameškaných dní v důsledku pracovní neschopnosti

- snížení fluktuace a odchodu ze zaměstnání
- zlepšení vztahů na pracovišti a zvýšení loajality vůči organizaci
- zlepšení pracovní morálky a atmosféry na pracovišti
- zvýšení produktivity a výkonnosti
- snížení počtu chorob související s prací, snížení pracovních úrazů
- zlepšení image celé organizace na trhu práce a pro partnery

Ergonomie pracovního místa je důležité především z důvodu (Jacobs, 2008):

- snížení pracovních úrazů a onemocnění souvisejících s výkonem práce
- snížení nemocnosti (práce neschopnosti) pracovníků, snížení odškodnění/ náhrad mzdy/ dávek nemocenského pojištění, odškodnění za pracovní úraz apod.
- snížení počtu návštěv u lékaře z důvodu onemocnění/ úrazů souvisejících s výkonem práce
- snížení počtu dní pracovní absence
- zlepšení produktivity práce
- zlepšení kvality práce
- zlepšení komfortu práce pro pracovníky

Rizika při výkonu práce se obvykle týkají jednoho či kombinace následujících faktorů:

- pracovní výkon za hranicemi schopností pracovníka (individuální charakteristiky pracovníka k nárokům pracovního úkonu)
- faktory prostředí
- organizace práce nebo psychosociální faktory práce

Při řešení ergonomických problémů můžeme postupovat následovně (Jacobs, 2008):

- svépomocí
- odbornou pomocí
- pomocí experta

Svépomoc:

- týká se 40–70% problémů
- jednoduchá nebo rychle proveditelná řešení
- nízké náklady na realizaci
- může je realizovat sám pracovník
- postačí 2–4hodinový trénink pracovníků o povědomí základních principů ergonomie ve vztahu k výkonu práce
- *role ergoterapeuta ve vzdělávání pracovníků (např. škole zad, správných pohybových stereotypch při práci)*

Odborná pomoc

- týká se 20–40 % problémů
- více komplexní nebo větší změny prostředí
- nízkonákladové metody na řešení problémů
- realizuje je tým odborníků
- *role ergoterapeuta: analýzy pracovního místa, funkční vyšetření pracovníka, návrh úprav pracovního prostředí, proškolení pracovníka, zpětné hodnocení účinku provedeného opatření/ změny*

Pomoc experta:

- týká se 5–25 % problémů
- obvykle jde o komplexní problémy – zásadní změny provozu
- nákladné metody na řešení
- profesionální ergonom (může být i ergoterapeut, ale vyžaduje to od něj další profesní přípravu)

Pro to, aby bylo možné úspěšně realizovat ergonomické změny na pracoviště, je nutné propojení následujících předpokladů:

- souhlas managementu
- zapojení pracovníků
- analýza pracovního místa
- preventivní zdravotní prohlídky
- vzdělávání a trénink pracovníků
- průběžné vyhodnocování efektu provedených změn pracovního místa

6.2 Ergonomie v práci ergoterapeuta

Ergonomie je věda zabývající se optimalizací lidské činnosti, která se zabývá analýzou prostředí, designem pomůcek, pracovních nástrojů a studiem člověka v pracovním procesu (Gilbertová, Matoušek, 2002). V ergoterapii je povědomí o správné poloze těla při činnosti, účelné dráze pohybu při činnosti bez nežádoucích souhybů a povědomí, jak eliminovat statickou zátěž a bránit přetěžování muskuloskeletálních struktur i pohybových schopností během činnosti předpokladem pro nastavení optimální intervence.

Zkušený ergoterapeut má patřičné předpoklady, které získal v rámci studia i během své odborné praxe, které ho činí schopným uspět v oblasti ergonomického poradenství i rehabilitace osob po pracovních úrazech a nemocích spojených s výkonem zaměstnání. Mezi tyto předpoklady se řadí především:

- znalost následků úrazů a onemocnění na výkon senzomotorických funkcí i provádění aktivit
- porozumění psycho-sociálním aspektům disability
- znalost systému rehabilitace
- schopnost analýzy činnosti a pracovního místa
- schopnost kreativně přizpůsobit fyzické prostředí požadavkům osoby i nárokům dané pracovní aktivity

Také dovednost provádět funkční hodnocení, znalost ergonomických principů a nároků jednotlivých pracovních činností na pohybový aparát i schopnost edukovat jsou další důležité aspekty pro uplatnění ergoterapeuta v pracovních provozech. Díky těmto předpokladům má ergoterapeut příležitost navázat spolupráci se zaměstnavateli.

Předpokladem úspěchu ergoterapeuta na poli ergonomie jsou však následující kompetence:

- znalost ergonomie
- znalost antropometrie, biomechaniky pohybu, kineziologie atd.
- technické myšlení
- povědomí o pracovních postupech
- schopnost analýzy činnosti/ pracovního místa
- zručnost/ kreativita
- znalost patřičné legislativy (normy)
- znalost psychologie práce
- komunikativnost, schopnost prezentovat a obhájit svůj názor
- schopnost pracovat v týmu odborníků – nezdravotníků
- odvaha zkusit něco nového, učit se novým poznatkům

Ergoterapeut v rámci ergonomického poradenství uplatňuje na klienta zaměřený ergonomický přístup, který je charakterizován (Crepeau a kol., 2003):

- participací a partnerským přístupem v průběhu procesu
- pracovník a organizace má možnost volby, respektují se jejich potřeby a znalosti
- zaměřením se na vztah osoba – prostředí- zaměstnání v kontextu praxe
- zaměřením se na fyzický komfort a emoční potřeby klientů
- podporou, otevřenou komunikací a výměnou znalostí
- sdílením vize při provádění ergonomických opatření

- stanovením sdílených a realistických cílů mezi pracovními stranami
- vytvářením příležitostí, které zapojují pracovní strany do řešení problémů a rozhodování
- flexibilním a individualizovaným ergoterapeutickým přístupem

Hlavní oblasti zájmu ergoterapie v oblasti ergonomie je:

- hodnocení pracovního místa pro prevenci muskuloskeletálních onemocnění
- návrhy úprav/ vzhledu/ designu prostředí, pracovního místa/ prostoru, pomůcek či předmětů denní potřeby
- výzkum

Ergoterapeut se v rámci své intervence v rámci ergonometického poradenství v konkrétním pracovním provozu zaměřuje na následující oblasti:

- analýza pracovní činnosti
- analýza pracovního místa
- návržení designu pomůcek/ nástrojů pro pracovníky se zdravotním postižením
- návržení designu pomůcek/ nástrojů pro pracovníky
- poskytnutí strategií pracovníkům v bezpečnosti práce, ergonomii, zdraví při práci

Analýza pracovní činnosti

- analýza pracovní činnosti je systematický přístup identifikace a popisu nároků konkrétní pracovní činnosti na pracovníka. Analýza zahrnuje popis pracovních aktivit, které pracovník na dané pracovní pozici vykonává, jak se aktivity provádějí, jaké dovednosti a schopnosti jsou pro výkon činnosti nezbytné a faktory prostředí, v kterém se činnost provádí.
- odpovídá analýze činnosti z pohledu ergoterapie – jedné z klíčových kompetencí ergoterapeuta.
- Díky porozumění vlivu onemocnění nebo úrazu na funkci, může ergoterapeut doporučit vhodnou pracovní pozici a vytvořit realistický plán návratu klienta do pracovního procesu.

Profesiogram

Obsahuje přesné označení a popis dané pracovní činnosti (spočívá ve vymezení pracovního prostředku, pracovního předmětu, pracovní metody, výsledku pracovní činnosti a pracovních podmínek), soupis nároků, které klade činnost na znalosti a dovednosti pracovníka, stupeň pracovní zátěže a z něho vyplývající nároky na psychické a fyzické funkce pracovníka, rozsah odpovědnosti spojené s vykonáváním práce a s ním související požadavky na vlastnosti pracovníka (Gilbertová, Matoušek, 2002).

Profesiografická analýza pracovní činnosti se zaměřuje na to:

- co pracovník dělá
- jak to dělá
- proč (za jakým účelem) to dělá
- za jakých podmínek to dělá
- jaké dovednosti jsou v činnosti obsaženy

Tab. 5 Základní struktura profesiogramu

Pracovní místo	Profesní funkce	Pracovník
• Technologie • Pracovní činnosti • Organizační začlenění • Profesní kompetence • Komunikační vazby pro rozvoj • Standardy kvality	• Úkoly • Zodpovědnost • Pracovní kompetence • Odměňování	• Vzdělání • Pracovní zkušenosti • Potenciál

• Kontrola		
------------	--	--

Analýza pracovního místa

- ergoterapeut přímo na pracovišti zjišťuje podmínky pro výkon konkrétního pracovního úkonu, jak je práce organizována, jaké pracovní postupy pracovník používá, jaké pracovní nástroje potřebuje
- příkladem může být např. „*participatory ergonomics*“ jde o preventivní hodnocení a identifikaci ergonomických problémů nebo oblastí, v kterých vnímají zaměstnanci dyskomfort a které by mohly být do budoucna důvodem vzniku symptomů onemocnění (obvykle vhodné pro menší nebo střední firmy).

6.3 Model osoba-prostředí-zaměstnávání (Model PEO) a jeho aplikace v oblasti ergonomie

Model PEO může být využit jako nástroj k systematickému hodnocení komplexních otázek výkonu zaměstnávání. Model se zaměřuje na vztah mezi pracovníkem, jeho pracovním prostředím a nároky práce samotné a vytváří strukturu pro volbu strategií zaměřených na řešení problémů. Tento přístup pomáhá ergoterapeutovi nejen řešit otázky týkající se potřeb pracovníka, ale také vlivu vztahů na pracovišti, pracovních postupů a postojů. PEO model je navržen tak, aby pomohl usnadnit komunikaci všech zúčastněných.

PEO je praktický model, který pomáhá ergoterapeutovi působícímu v oblasti ergonomie, identifikovat a objasňovat bariéry a navrhnout řešení ergonomických problémů. Na příkladu konkrétních kasuistik bude nastíněna možnost řešení ergonomických problémů.

Kasuistika č. 1

Pracovnice, která utrpěla úraz s následkem omezení manipulační schopnosti HKK, se chce vrátit do práce na částečný úvazek v upravených pracovních podmínkách. Pracovala v kanceláři, kde měla na starosti především administrativní činnosti, telefonickou komunikaci se zákazníky apod. Jako bariéry byly identifikovány především odpor/ protesty spolupracovníků a potřeba identifikovat pracovní úkony v rámci její pracovní pozice, které by mohla vykonávat a mohla se vrátit do práce za upravených pracovních podmínek.

Ergoterapeut na základě analýzy a hodnocení zjistil následující:

- **Oblast osoba-zaměstnávání:** fyzické schopnosti pracovnice a omezení vyplývající z úrazu neodpovídají fyzickým nárokům pracovní pozice. Pracovnice má však svou práci ráda, pracuje v podniku více než 8 let, a do doby úrazu neměla žádné problémy s pracovní kázní či jinými přestupky na pracovišti, svou práci zvládala velmi dobře, byla samostatná a své úkoly plnila řádně a včas. U pracovnice došlo ke snížení sebevědomí ve svou schopnost zvládnout nároky práce na takové úrovni jako před úrazem. Především má obavy, že jí bude trvat delší dobu administrativní práce a bude mít potíže s činnostmi vyžadujícími provádět více úkolů najednou (např. telefonovat se zákazníkem a současně vyhledávat informace v počítači nebo katalech a zaznamenávat informace).
- **Oblast osoba-prostředí:** zhoršení spojení fyzických schopností s očekáváním práce (např. dočasná neschopnost zvládat brzké ranní směny z důvodu únavy způsobené poruchami spánku díky trvajícím poúrazovým bolestem). Je možné i očekávat, že ostatní spolupracovníci nebudou chtít vycházet příliš vstříc a s některými pracovními úkoly pomáhat. Nicméně dříve byla pracovnice kolektivem dobře přijímána.
- **Oblast prostředí – zaměstnávání:** na pracovišti je nedostatečně vytvořen systém, jak začleňovat do pracovního procesu zpět pracovníky po úrazu či se zdravotním omezením. Není formalizován žádný postup. Pracovníky vnímají úpravy ve výkonu práce či úpravy pracovní doby jako nespravedlivé. Management si přeje snížit výskyt pracovních úrazů i zdravotních

potíží vyplývajících z výkonu práce. Management identifikovat potřebu vytvoření programu zaměřeného na zlepšení vztahů mezi pracovníky na pracovišti.

Intervence ke kasuistice č. 1 vycházející z modelu PEO

Ergoterapeut po konzultaci se všemi zúčastněnými stranami navrhl modifikaci pracovních úkonů. Na základě modelu identifikoval bariéry i facilitátory, které ovlivňují návrat pracovníce do práce. Tento přístup může informovat o potřebách vytvoření modifikovaných pracovních povinností/ úkolů a pomoci s vytvoření podpůrných doporučení. Následně vytvořil plán, jak rozvíjet schopnosti (např. výdrž, zmírnění bolesti, ovládání klávesnice), aby odpovídaly nárokům pracovní pozice, a jaké jsou potřeba vytvořit na pracovišti podmínky k tomu, aby bylo dosaženo optimálního pracovního výkonu (např. jak plánovat navyšování délky pracovní doby, úpravy pro práci na počítači). Pracovnice je vedena také k sebemonitoringu – zaznamenávání problémů, úspěchů a strategií, které při práci využívá, pro plánování terapie s ergoterapeutem i pro komunikaci se zaměstnavatelem. Pracovnice tímto přebírá aktivní roli v plánování cílů, které potřebuje realizovat pro návrat do práce.

Kasuistika č. 2

Potom, co na pracovišti byla provedena instalace nového ergonomicky navrženého nábytku (psací stoly, kancelářské židle), pracovníci si stále stěžují na bolesti v oblasti krku, ramen, zad a zápěstí.

Ergoterapeut na základě analýzy a hodnocení zjistil následující:

- *Oblast osoba-zaměstnávání:* výskyt bolestí při provádění pracovních úkolů, neochota provádět nějaké úkoly, pocíťovaný stres či velké nároky při provádění některých úkonů, ne všichni pracovníci byli proškoleni v provádění všech pracovních úkonů
- *Oblast osoba – prostředí:* pracovníci nebyli dotázáni, jaké problémy z výkonu práce se u nich objevují a nebyli osloveni, aby se vyjádřili k navrženým úpravám
- *Oblast prostředí – zaměstnávání:* u pracovníků došlo k navýšení pracovních úkolů, v práci se mohou méně často střídat, protože se na pracovišti vyskytuje větší pracovní neschopnost související s muskuloskeletálními problémy, pracovníci pocíťují vyšší stres v práci, byly provedeny změny na pracovišti, které však nevyhovují všem pracovníkům (na pracovišti se střídají, nemají stálé pracovní místo)

Intervence ke kasuistice č. 2 vycházející s modelu PEO

Ergoterapeut provedl trénink zaměstnanců v ergonomických zásadách souvisejících s výkonem jejich pracovních činností. Součástí tréninku byla i instruktáž a nácvik protahovacích a kompenzačních cvičení. Součástí doporučení byl i návrh, jak může zaměstnavatel průběžně získávat od pracovníků zpětnou vazbu na vhodné úpravy pracovního prostředí a výskyt případných zdravotních obtíží při práci. Ergoterapeut dále vytvořil nástroj (dotazník s konkrétními doporučeními) pro zaměstnance, pomocí kterého mohou monitorovat a korigovat své pracovní pozice a osvojit si ergonomické návyky pro prevenci dalších zdravotních komplikací. Individuálně ergoterapeut doporučil zaměstnancům, jak si upravit pracovní místo (např. kam si umístit myš, u vyšších pracovníků např. postavit monitor do vyšší polohy, využívat střídavě kancelářskou židli a gymnastický míč, opěrku zad/ polonafouknutý overball do oblasti bederní páteře).

6.4 Příklady ergonomického poradenství

Děti

- v oblasti ergonomie: poradenství a edukace rodičů, dětí, učitelů např. jak správně nosit batoh a zabránit přetěžování páteře
- spolupráce s architekty v rámci komunitního plánování: design dětských hřišť, se školami (dětský nábytek – obvykle univerzální, pro všechny děti bez rozdílu, obvykle stejné od 7 do 11 let-1.až 5. třída)
- spolupráce s výrobcí hraček/ nábytku: návrhy na úpravy hraček i pro potřeby dětí s postižením

- konzultace ohledně správné práce na PC/ hraní her apod. (hodně dětí používá notebook, který nepoužívají ve správné ergonomické poloze)

Senioři

Z důvodu stárnutí a demografickému vývoji se ukazuje jako potřebné zaměřit se i na oblast ergonomie pro seniory. V souvislosti s procesem stárnutí senioři mohou pociťovat ztrátu svalové síly, omezení v rozsahu pohybu, zhoršení zrakové ostrosti.

Zaměření na zaměstnance-seniory, jak reagovat na změny v rámci úprav pracovního místa i u osob, které nemají zásadní zdravotní omezení, ale objevují se u nich změny související i s procesem fyziologického stárnutí. U seniorů po 65 roce dochází k měřitelnému poklesu svalové síly (Jacobs, 2008), které může ovlivnit fungování. Při úpravách prostředí pro seniory je proto potřeba věnovat pozornost nejen bezpečnosti daného prostředí, ale i nárokům činností prováděných v prostředí na svalovou sílu, dosahovou vzdálenost, design výrobků a vybavení umožňující snadný úchop, manipulaci, umožňujících dobré zrakové rozlišení, správné osvětlení pracovní plochy apod.

Studie ukazují, že významnou úlohu při ovlivňování pracovní schopnosti zaměstnanců- seniorů mají vedoucí pracovníci a jejich ochota (goodwill organizace, princip laskavosti) a schopnost hledat řešení podporující pracovní schopnost zaměstnanců (Hanuš, Jásek, 2019). Pro zachování pracovní schopnosti do co nejdelšího věku hraje roli zejména:

- organizace práce
- ergonomie pracoviště
- individuální životní styl

Hodnocení rizik podle věku

Hodnocením rizik podle věku se rozumí *zohledňování charakteristik spojených s věkem*, včetně potenciálních změn funkčních schopností a zdravotního stavu. Rizika týkající se starších pracovníků zahrnují zejména:

- těžkou fyzickou pracovní zátěž,
- nebezpečí spojená s prací na směny,
- horké, studené nebo hlučné pracovní prostředí.
- hodnocení rizik by mělo posuzovat pracovní nároky ve vztahu ke schopnostem a zdravotnímu stavu jednotlivce

U seniorů se objevuje hodně podobností v nárocích na úpravy pracovního místa jako u osob s disabilitou. Doporučení zaměřená jak na pracovní prostředí, tak domov (např. jak upravit kuchyni, koupelnu) mohou být pro obě skupiny podobná. Možnost za tímto účelem dělat i edukační přednášky v různých komunitních centrech pro seniory, v zařízeních pro seniory, v rámci klubů pro seniory. Možné je rozvíjet i spolupráci s praktickými lékaři v rámci primární péče (např. nabídka pomoci jejich pacientům, nabídka letáků a doporučení pro prevenci do jejich ordinací apod).

Možnosti další spolupráce se zaměstnavateli

- vytváření webových stránek pro zaměstnavatele, kde si mohou dohledat obecná doporučení pro ergonomické úpravy na pracovišti
- nabídka programů pro zaměstnance zaměřené na prevenci (např. škola zad, lifestyle redesign – přístup pomáhající zaměstnancům osvojit si zdravější životní návyky vedoucí k podpoře zdraví, wellness a stress management programy)
- semináře na prevenci pracovních úrazů (např. v rámci školení o bezpečnosti práce může ergoterapeuta požádat o přípravu semináře na míru, možno i formou telehealth- zaměstnavatel si zaplatí přístup k videím, doporučením na webových stránkách nebo webinářích pro své zaměstnance v zájmu prevence zdraví, předcházení pracovním úrazům a pracovním neschopnostem v souvislosti s muskuloskeletálním onemocněním, RSI syndromy apod.)

- v rámci Home-office – nabídka zaměstnavatelům na doporučení úprav u zaměstnance, který pracuje z domova (jak dbát na správné zásady práce na PC- přednášky, workshopy, popř. webináře)

Po získání zkušeností z oblasti ergonomického poradenství může ergoterapeut zvažovat i jak si zajistit další finanční příjem pro své podnikání nabídkou kurzů pro firmy (možno i jako webináře), napsání knih, učebnic, pořádání odborných kurzů pro další ergoterapeuty či další pomáhající profese (jednak v oblasti prevence jejich pracovního přetížení, ale i v oblasti rozšiřování odborných dovedností), vytváření informačních letáků (buď jako forma dalšího marketingu své služby nebo zpoplatněné např. ke stažení online za poplatek).

6.5 Nároky práce v jednotlivých polohách

Práce ve stoje

Práce ve stoje je nedílnou součástí všech průmyslových odvětví a týká se například i prací za pultem, kadeřníků, kuchařů atd. Vlivem statického namáhání svalů a nedostatečného pohybu dochází k řadě zdravotních potíží, tvrdá podlaha tyto potíže navíc zhoršuje.

- *Kardiovaskulární potíže:* kvůli sníženému průtoku krve jsou nejčastějšími zdravotními problémy v případě dlouhého stání otoky nohou a vznik křečových žil (doprovází bolesti, křeče, brnění a pocity těžkých nohou)
- *Ortopedické potíže:* snížená pohyblivost způsobuje mnohdy bolesti, během práce ve stoje trpí páteř, kyčle, kolena i chodidla. Dlouhé stání navíc nutí zaměstnance k nezdravému předsunutí hlavy a k prohnutí v bederní oblasti páteře, což má za následek bolesti zad a může vést až k vyhrzlým ploténkám. Práce ve stoje je nezdravá i pro chodidla a velmi často vede k plochým nohám a snížené klenbě.

Jak ulevit zaměstnancům pracujícím ve stoje

- vhodná výška pracovní plochy
- kvalitní zdravotní obuv při práci ve stoje
- dostatek přestávek na to, aby se mohli rozpohybovat
- kompenzační cviky na protažení během přestávek při práci
- správné držení těla při práci, správné provádění pohybových stereotypů při práci (školení ve škole zad)
- využití opěrky pro nohy, která zlepší tělesnou rovnováhu a minimalizuje statickou zátěž pracovníkových zad
- zvážení použití vyšší židle nebo stoličky, pro práce dosud vykonávané ve stoje u pracovního stolu,
- pokud to je možné pro výkon pracovní činnosti naklonění pracovní plochy. Tím se sníží statické zatížení zadní a horní části těla
- využití ergonomické rohože: nutí svým povrchem k nepatrným pohybům, což nutí zaujímat komfortní pracovní polohu. Jejich využívání vede ke snížení svalového napětí nejen v bederní oblasti, snižuje napětí v kloubech, podporuje přirozený postoj a zdravé stání, pomáhá předcházet problémům s páteří a bolestem kyčelních a kolenních kloubů, podporuje krevní oběh a pomáhá předcházet vzniku křečových žil, chrání před chladem z podlahy (Martincová, 2019).

Práce vsedě

Velmi častá pracovní poloha. Nejdůležitější je věnovat z ergonomického hlediska pozornost při sedu tzv. *pravidlu pravých úhlů*. Nohy by měly být ohnuty v kolenou do pravého úhlu a chodidla položena celou plochou na podlaze. Vzpřímené držení těla zajišťuje pravý úhel mezi trupem a stehenní kostí. Rovněž předloktí by s paží mělo svírat pravý úhel.

Napětí ve svazech způsobují především zvednutá nebo naopak příliš svěšená ramena. Lokty by měly být umístěny mírně nad rovinou klávesnice. Důležitá je i *správná výška pracovního stolu*. Nad nízko postavenou deskou stolu se uživatel nepřírozně hrbí, u výše postavených stolů dochází k nadměrnému namáhání krčních svalů a ramen.

Pro zdravotní potíže související s dlouhodobou prací na PC/notebooku se vžil označení *RSI syndrom* (*Repetition Strain Injury*). Mezi nejčastější potíže patří tendinitida, syndrom karpálního tunelu, tendosynovitida, „tenisový loket“

Správný sed u počítače

Základem zdravého sezení je kvalitní židle. Pohodlí při práci ovlivňuje výškové nastavení židle, její pohyblivost a určitá tuhost konstrukce. Podepření zad v křížové oblasti ulehčuje vzpřímené sezení, aniž by byly svaly kolem páteře zvláště namáhány.

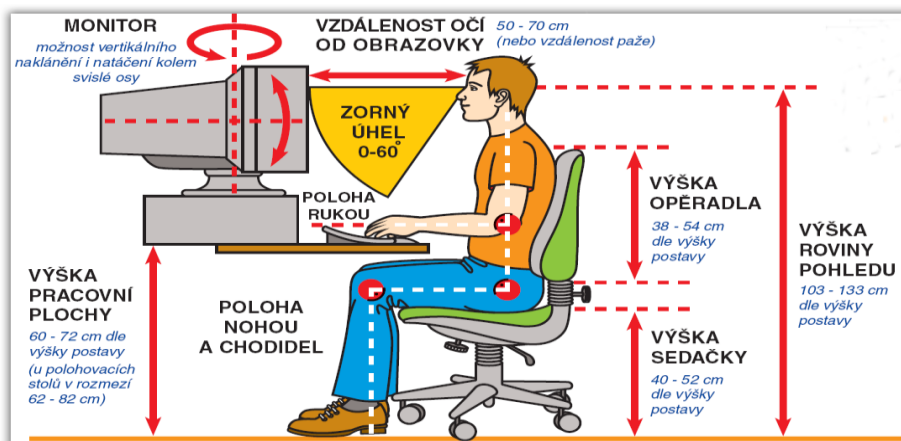
Výšku židle nastavte tak, aby při sezení lýtko svíralo se stehnem 90° a chodidlo se celé pohodlně dotýkalo podlahy. Pokud nemůžete vhodně upravit výšku židle nebo stolu, dejte si pod nohy nějakou podložku.

Ergonomicky správné je při práci na klávesnici i myši držet předloktí volně nad deskou stolu a zápěstí mít co nejvíce v rovině. Pokud ale pracujete na počítači dlouhé hodiny, většinou začnete rukám ulevovat a pokládat je na desku stolu nebo její hranu (riziko útlaku n. medianus v oblasti karpálního tunelu). Tento problém řeší podložky, které zajišťují správnou polohu rukou. V jedné rovině by měla být klávesnice a myš (nesmysl umístění klávesnice na výsuvných šuplících).

Monitor by měl být umístěn přibližně *40-70 cm od očí*. Horní okraj obrazovky by měl být *ve výšce očí*. Pohlídejte si také *správné umístění monitoru s ohledem na světelné podmínky*. Pokud budete čelem proti oknu, budete oslněni dopadajícím světlem. V opačné poloze, zády k oknu, světlo dopadající na plochu monitoru vytváří rušivé odlesky. Věnujte také pozornost *nastavení jasu monitoru*. Únavu očí zvyšují i pestré a kontrastní podklady plochy.

Při dlouhodobém použití notebooku nebo jejich používání pro pracovní účely místo počítače (často v případě tzv. home office) je jejich zásadním nedostatkem umístění klávesnice a displeje velmi blízko u sebe, což v podstatě neumožňuje práci ve vzpřímené pozici. Při potřebě pracovat na notebooku déle, vhodné dovybavit zařízení polohovatelným stojanem, který posune displej výš – do úrovně očí. Dále připojením externí klávesnice a myši, čímž docílíte alespoň částečně ergonomického pracovního prostředí

Obr. 9 Sed u počítače – parametry (zdroj: www.podruce.cz)





Možné dopady práce na PC na fyzické zdraví (Hanuš, Jásek, 2019):

- sedavé zaměstnání – které je vyhodnoceno jako největší riziko pro fyzické zdraví (dopad na srdce, kardiovaskulární systém, diabetes, obezita atp.)
- přetěžování horní části těla – ruce, ramena, krční páteř (zdraví muskuloskeletálního aparátu)
- přetěžování zraku u obrazovek
- přetěžování nervové soustavy – kognitivní nároky, paměť, odolnost vůči stresu, změny, flexibilita atd.

6.6 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Provádění pracovní rehabilitace stanoví vyhláška č.518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Pracovní rehabilitace je určena pro osoby se zdravotním postižením, které o pracovní rehabilitaci požádají na příslušném úřadě práce. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje na základě žádosti osoby se zdravotním postižením úřad práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky. Úřad práce může také na základě písemné dohody pověřit zabezpečení pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu (např. agenturu podporovaného zaměstnávání).

Ergoterapeut v rámci pracovní rehabilitace provádí hodnocení funkční kapacity, v kterém posuzuje pracovní dovednosti klienta. Nejedná se o hodnocení zdravotního stavu, ale posuzuje vliv zdravotních potíží na pracovní schopnosti klienta. Objektivně hodnotí aktuální funkční stav klienta, vyšetření fyzických schopností uchazeče o zaměstnání nebo pracovníka vzhledem k nárokům jeho pracovního zařazení, a to v laboratorních podmínkách, na základě testování jednotlivých elementů pracovních činností.

V rámci pracovní rehabilitace mohou být realizovány následující programy (Jacobs, 2004). Všechny ale nejsou součástí pracovní rehabilitace v České republice.

Work Reconditioning/Hardening Program:

- obvykle 4 hodinové přizpůsobené programy, které probíhají 5 dní v týdnu a kombinují 2-hodinové udržování fyzické kondice zaměřené na svalovou sílu, flexibilitu a zdatnost kardiovaskulárního aparátu s 2-hodinovou simulací specifických pracovních aktivit.

- Důraz je kladen na instruování pracovníka v sebeřízení či zvládání svých symptomů, zachovávaní správného držení těla při práci a vybudování efektivních pracovních návyků/ chování při práci. Program může být přizpůsoben tak, aby naplňoval individuální potřeby pracovníka a zaměstnavatele.

Work Rehabilitation Program:

- poskytuje zaměstnavateli, case managerovi a/ nebo lékaři pomoc v bezpečném návratu osob do práce/ zaměstnání. Identifikuje nebo modifikuje pracovní úkony, které jsou spojené s omezením a stanovuje plán pro postupný návrat ke všem pracovním povinnostem. Obvykle je prováděn společně s nácvikem na pracovišti (job coaching) a hodnocením pracovního místa. Spolupracuje s case managerem s cílem usnadnit hladký a včasný návrat do práce.

Job Coaching:

- trénování bezpečných pracovních postupů a organizování úkolů/ úkonů, instruování o správné a efektivní poloze těla při práci a ovlivnění či zvládání symptomů.

Ergonomická konzultace o úpravě/ vytvoření pracovního místa:

- ergonomické hodnocení předložené dispozice pracovního místa a výběr nového vybavení

Konzultační služby zaměřené na zaměstnavatele:

- poskytují proaktivní přístup pro snížení pracovních zranění/ poškození ovlivněním symptomů na místě a snížením rizikových faktorů. Na pracovišti asistence při návratu do práce pracovníkům, kteří již mají potíže či poranění, vytvoření efektivního přechodu a/ nebo modifikací denního pracovního programu, zvládání symptomů, hodnocení pracovního místa, job coaching a vzdělávání pracovníků. Individuálně zaměřené na naplnění potřeb zaměstnavatelů. Obvykle vyžaduje 2-4 hodiny týdně na pracovišti.

Vzdělávání pracovníků na pracovišti:

- přizpůsobené vzdělávání pracovníků přímo na pracovišti. Zahrnuje vzdělávání o správné poloze těla při práci (biomechanice pohybu), zvládání symptomů a specifických cvičení dle nároků pracovních úkonů

Return-to-work programme

- stupňování pracovní zátěže/ počtu hodin práce
- školení klienta ve zvládání zdravotních obtíží při výkonu práce
- work conditioning – nácvik dovedností a zlepšování fyzických a mentálních schopností pro výkon práce
- doporučení vhodných biomechanických zásad při výkonu pracovních činností (např. škola zad)
- doporučení alternativních pracovních postupů
- doporučení úprav pracovního prostředí
- kontrola opatření a podpora

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména:

- poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání
- volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
- teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání
- zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Uplatnění ergonomického poradenství ergoterapeuta v různých pracovních provozech zatím není běžné. Nicméně, ergoterapeut díky svému profesnímu zaměření a odborným dovednostem je dobře vybaven k tomu, aby v této oblasti uspěl. Na modelu PEO byla představena možnost, jak může ergoterapeut posuzovat potřeby osoby ve vztahu k nárokům pracovního prostředí a pracovního

úkonu. Pozornost byla i věnována možnostem ergonomického poradenství pro seniory a děti a ve vztahu k pracovním pozicím stoj, sed a práce na PC.

POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

PEO model v ergonomii, profesigram, analýza pracovního místa, ergonomie sedu

KONTROLNÍ OTÁZKY/ OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ

Kontrolní otázky

1. Popište oblasti, v kterých ergoterapeuti v oblasti ergonomie může působit.
2. Proč je důležité provádět ergonomie pracovního místa?
3. Jak můžeme při řešení ergonomických problémů můžeme postupovat?
4. Jaké dopady na práce na PC na muskuloskeletální systém?
5. Jaké jsou možnosti úprav práce ve stoji jako prevence zdravotních obtíží?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL

- Pro kontaktní výuku si připravte fotografii vašeho pracovního místa, kde obvykle používáte počítač/ notebook při práci doma (popř. vyfotografujte své umístění počítače na vašem pracovišti). Zkuste si pro kontaktní výuku připravit možné ergonomické úpravy. Přineste fotografii na USB, popř. ji pošlete vyučující předem elektronicky.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O.: *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada, 2002, 239 s. ISBN 8024702266

POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- BOZP. Jak je možné snížit riziko muskuloskeletálních poškození, vyplývajících z používání ručního nářadí? [online], 2012. Dostupné z: https://www.bozpprofi.cz/33/jak-je-mozne-snit-riziko-muskuloskeletalnich-poskozeni-vyplyvajicich-z-pouzivani-rucniho-naradi-uniqueidgOkE4NvrWuOKaQDKuox_ZzUYU-r0pHAv2ED_yc7tuf0/?query=ergonomick%E9%20aspekty%20ru%E8n%E1%F8ad%ED&serp=1
- Bezpečnost práce. Ergonomie počítačového pracoviště a zásady bezpečnosti na PC aneb jak předejít RSI syndromu.[online] 2016.
- Dostupné z: <https://www.bezpecnostprace.info/pracovni-urazy/ergonomie-pocitacoveho-pracoviste-a-zasady-bezpecnosti-prace-na-pc-aneb-jak-predejti-rsi-syndromu/>
- CREPEAU, E.,B., COHN, E.S., BOYT SCHELL, B.A. *Willard and Spackman's occupational therapy- 10th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003. ISBN 0-7817-2798-7
- European Network for Workplace Health promotion. Healthy Employees in Healthy Organisations. Good Practice in Workplace Health promotion in Europe. 1999, Dostupné z: https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality_criteria_01.pdf
- GILBERTOVÁ, S., MATOUŠEK, O.: *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada, 2002, 239 s. ISBN 8024702266
- HANUŠ, P., JÁSEK, V. Formy podpory zdraví na pracovišti a s tím související opatření. Praha, 2019. Dostupné z: https://ipodpora.odborny.info/soubory/uploads/01_Formy_podpory_zdrav%c3%ad_na_praco.pdf
- JACOBS, K. *Ergonomics for Therapists*. St. Louis: Mosby, 2008. ISBN 978-0-323-04853-8
- Martincová, Z. Práce ve stoje: Jak snížit zdravotní rizika a zvýšit produktivitu? [online] BOZP- Oborový portál pro BOZP, 2019. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/prace-ve-stoje-jak-snit-zdravotni-rizika-zvysit-produktivitu>

- SENČÍK, Josef; NECHVÁTAL, Marek. Metodika řízení práce prováděné formou home office. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online], 2016, roč. 9, speciální č. Bezpečnost práce a kvalita života. Dostupný z: <http://www.bozpinfo.cz/josra/metodika-rizeni-prace-provadene-formou-home-office>. ISSN 1803-3687
- Zdraví prospěšné pracoviště. www.eguides.osha.europa.eu [online]. Dostupné z: https://eguides.osha.europa.eu/all-ages/CZ_cs/co-je-podpora-zdrav%C3%AD-na-pracovi%C5%A1ti
- zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Název:

Autoři:

Vydavatel:

Počet stran:

Číslo publikace:

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou