

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav klinické rehabilitace

Anežka Pekařová

Ergoterapie v zařízení sociálních služeb

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kretková

Olomouc 2022

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská
Název práce:	Ergoterapie v zařízení sociálních služeb
Název práce v AJ:	Occupational therapy in social services facilities
Datum zadání:	2021-11-30
Datum odevzdání:	2022-05-13
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav klinické rehabilitace
Autor práce:	Anežka Pekařová
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Kretková
Oponent práce:	Mgr. Marcela Kučerová, DiS

Abstrakt v ČJ:

Ergoterapie je rehabilitační obor, který se snaží o obnovení nebo zachování samostatnosti jedince v největší možné míře. V oblasti sociálních služeb, hlavně v domovech pro seniory, má proto ergoterapie velkou možnost uplatnění. V důsledku stárnutí populace dochází k častější diagnostice onemocnění demence. Toto onemocnění omezuje jedince v komunikaci, samostatnosti a tím i v mnoha dalších oblastech života. Přehledová bakalářská práce se zabývá ergoterapií, možnostmi jejího uplatnění v oblasti sociálních služeb a speciálními metodami užívanými při terapii s pacienty s onemocněním demence. Nefarmakologické metody, využívané při intervenci ergoterapeuta, jsou efektivními prostředky pro zmírnění projevů tohoto onemocnění. Některé pomáhají jedinci naplnit potřeby skrze zapojení do smysluplných činností a mnohdy jsou klíčové pro zvýšení kvality života. Nefarmakologické metody mohou pacientům pomoci i při komunikaci s okolním světem. Použité články a studie byly dohledány v databázích EBSCO, PubMed a ProQuest.

Abstrakt v AJ:

Occupational therapy is a branch of rehabilitation that aims to restore or maintain an individual's independence to the greatest extent possible. Therefore, occupational therapy has a great potential in the field of social services, especially in homes for the elderly. Due to the ageing of the population, the diagnosis of dementia is becoming more frequent. This disease limits an individual's communication, independence and thus many other areas of life. This bachelor thesis deals with occupational therapy, the possibilities of its application in the field of social services and special methods used in therapy with patients with dementia. Non-pharmacological methods, used in the intervention of occupational therapists, are effective means of alleviating the symptoms of this disease. Some help the individual to fulfill needs through engagement in meaningful activities and are frequently crucial for improvement in quality of life. Non-pharmacological methods can also help patients interact with the outside world. The articles and studies used were retrieved from EBSCO, PubMed and ProQuest databases.

Klíčová slova v ČJ: ergoterapie, sociální služby, zařízení sociálních služeb, domovy seniorů, demence, nefarmakologická léčba, komunikace, kvalita života

Klíčová slova v AJ: occupational therapy, social services, social services facilities, retirement home, dementia, non-pharmacological treatment, communication, quality of life

Rozsah: 36 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne: 13. května 2022

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Zuzaně Kretkové za vedení bakalářské práce, za její připomínky a čas, který mi věnovala. Ráda bych také poděkovala své rodině za pomoc, trpělivost a podporu nejen během tvorby bakalářské práce, ale i v průběhu celého studia.

Obsah	
ANOTACE	2
ÚVOD.....	7
1 ERGOTERAPIE.....	9
1.1 Definice, cíle a historie ergoterapie	9
1.2 Místa uplatnění ergoterapie v České republice.....	11
1.3 Možnosti zaměření ergoterapie.....	13
2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	16
2.1 Systém a dělení sociálních služeb.....	16
2.2 Spojení ergoterapie a sociálních služeb	16
2.3 Paliativní péče a ergoterapie	17
2.4 Význam ergoterapeutické intervence v domovech pro seniory	18
3 VYUŽÍVANÉ METODY A PROSTŘEDKY ERGOTERAPIE V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	21
3.1 Bazální stimulace	21
3.2 Snoezelen terapie	23
3.3 Reminiscence	24
3.4 Validace podle Naomi Feil	24
3.5 Garden therapy	25
3.6 Arteterapie	27
ZÁVĚR.....	29
REFERENČNÍ SEZNAM.....	31
SEZNAM ZKRATEK	36

ÚVOD

Jedna z užívaných definic ergoterapie poukazuje na důležitost komplexnosti vztahu mezi klientem, vykonávanou činností a prostředím, ve kterém se činnost odehrává. Ergoterapeut má své důležité místo nejen v terapii u nemocných dětí nebo dospělých, kteří byli zraněni např. při výkonu svého zaměstnání. Velmi důležité je také jeho působení u klientů v seniorském věku, u kterých došlo k fyzickým nebo kognitivním změnám. Ergoterapeuti se pomáhají jedincům zapojit do činností každodenního života a dosáhnout tak vytoužených cílů na základě jejich osobních zájmů a potřeb (AOTA, 2022).

Celosvětově dochází ke stárnutí populace. Děje se tak v důsledku prodlužující se délky života a nižší porodnosti. Stárnutí je často spojeno s kognitivními změnami, od mírných změn až po těžká stadia demence. Světová zdravotnická organizace (WHO) používá slovo demence jako zastřešující termín pro více progresivních onemocnění, která ovlivňují paměť, další kognitivní funkce a chování. V důsledku těchto změn dochází i k významnému narušení schopností člověka vykonávat aktivity každodenního života (ADL) (Morovic a kol., 2019, s. 332-333). Udržení nebo zlepšení funkčních schopností za pomoci nefarmakologické léčby by mělo podle výzkumu pomoci jedincům s tímto onemocněním zůstat ve svém přirozeném prostředí co nejdéle (Scott a kol., 2019, s. 1387).

Bakalářské práce se zaměřuje na problematiku uplatnění ergoterapie v zařízení sociálních služeb. Byla provedena sumarizace aktuálně dohledaných poznatků o ergoterapii, sociálních službách a jejich propojení v konkrétních zařízeních. Dalším cílem bakalářské práce bylo seskupení informací o účinnosti nefarmakologických metod využívaných v rámci ergoterapeutické intervence u jedinců s onemocněním demence.

Pro tvorbu bakalářské práce byly vyhledávány odborné publikační zdroje v on-line databázi PubMed, EBSCO a ProQuest. Celkem bylo použito 36 zdrojů, z toho 21 zahraničních studií a odborných článků, 10 českých studií a odborných článků a 5 knižních publikací. Zdroje byly v databázích vyhledávány pomocí klíčových slov ergoterapie, sociální služby, zařízení sociálních služeb, domovy seniorů, demence, nefarmakologická léčba, komunikace, kvalita života, respektive jejich anglických ekvivalentů occupational therapy, social services, social services facilities, retirement home, dementia, non-pharmacological treatment, communication, quality of life. K tvorbě byly vyhledávány články publikované v časovém rozmezí od roku 2004 do roku 2022. Jako vstupní literatura byly prostudovány následující publikace:

FERTAL'OVÁ, Terézia, Iveta ONDRIOVÁ, L'udmila MAJERNÍKOVÁ a Livia HADAŠOVÁ. VALIDÁCIA PODL'A NAOMI FEIL. Česká a Slovenská Psychiatrie [online]. 2017, 113(4), 166-171 [cit. 2021-11-22]. ISSN 12120383. Dostupné z: databáze EBSCO

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

LIU, Chiung-ju, Wen-pin CHANG a Megan C. CHANG. Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. American Journal of Occupational Therapy [online]. 2018, 72(4), 1-28 [cit. 2021-11-22]. ISSN 02729490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2018.031252

MILLER, Patricia A. The Encyclopedia of Elder Care. 2nd. ed. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-0259-1.

ŠVESTKOVÁ Ph. D., doc. MUDr. Olga. Ergoterapie. Rehabilitation [online]. 2015, 22(1), 38-44 [cit. 2021-10-03]. ISSN 12112658.

1 ERGOTERAPIE

1.1 Definice, cíle a historie ergoterapie

Název ergoterapie vychází ze dvou řeckých slov. První část tvoří slovo ergon neboli práce a druhou therapia, která se dá přeložit jako terapie nebo léčení. Až ve druhé polovině minulého století se upustilo od původně užívaného pojmu pracovní terapie nebo léčba prací a začal se užívat výraz ergoterapie (Krivošíková, 2011, s. 13). Kvůli doslovnému překladu docházelo k nesprávné představě o aktivitách, které jsou náplní ergoterapie. V dřívějšku se sice skutečně jednalo převážně o léčbu prací, kdy byly využívány především keramické a dřevařské dílny. Tyto dílny mají i v dnešní době v terapii své místo, ale již nejsou hlavní náplní oboru. Bohužel tato domněnka o pracovním obsahu ergoterapie přetrvává stále i mezi odborníky (Švestková, 2015, s. 2).

Ergoterapii nelze jednoduše definovat. Je totiž komplexním procesem. Je tvořena více činnostmi, které jsou zároveň podstatnou součástí každodenního života. Při stručném a zjednodušeném vysvětlení náplně činnosti ergoterapeuta, představeném jako pomoc pacientům v běžných denních činnostech, může dojít ke špatnému pochopení a vzniku názoru o zbytnosti ergoterapie (Jelínková a kol., 2009, s. 12). Přitom tyto běžné činnosti, jinými slovy aktivity každodenního života, zahrnují základní fyzické funkce a umožňují jedinci nezávislost. Řadí se zde hygiena, oblékání, přesuny, jedení, pití a použití toalety. K další možné nepřesnosti při vysvětlování pojmu vede překlad z anglicky užívaného názvu occupational therapy. Slovo occupation znamená v anglickém jazyce zaměstnávání a z toho se může odvodit nesprávný předpoklad, že se ergoterapie zajímá pouze o zaměstnávání a práci. Je nutné si uvědomit, že zaměstnáváním je v tomto případě myšlena jakákoliv činnost, která dává člověku smysl a naplňuje jeho život (Krivošíková, 2011, s. 13-24). Světové federace ergoterapeutů (WFOT) definuje ergoterapii jako zdravotnickou profesi zaměřující se na klienta, podporu jeho zdraví a celkové pohody pomocí zaměstnávání. Možnost zapojení se klientů do ADL je základním cílem ergoterapie. Dobrých výsledků dosahují i spoluprací s komunitou, ze které klienti pocházejí. Zapojením klienta do plánování terapie dochází k jeho motivaci pro dosažení vyšších cílů při výkonu povolání. Návrat do zaměstnání může podpořit úprava povolání nebo prostředí (WFOT, 2012). Podle Jelínkové (2009) by mělo být zaměstnávání nejenom cílem, ale také prostředkem terapie (Jelínková a kol., 2009, s. 13).

Ergoterapie je důležitou součástí ucelené rehabilitace. Celkově se může pojem rehabilitace vysvětlit jako proces, který se snaží navrátit kvalitu života, jakou měl člověk před onemocněním. Kromě léčebné, pracovní a pedagogicko-výchovné rehabilitace má své místo i v sociální rehabilitaci. Klientem se může stát člověk s disabilitou v důsledku prodělané

nemoci, úrazu nebo kvůli vrozené vývojové vadě. Pokud nelze dosáhnout původní kvality života, je nejen ergoterapeutickým cílem zmírnění funkčních následků a zajištění důstojného života (Švestková, 2015, s. 1).

Cíle a jejich naplnění jsou hlavní doménou ergoterapeuta. Ergoterapeut pomáhá pacientům dosáhnout nejvyšší možné úrovně funkčních schopností v oblasti ADL, díky individuálnímu výběru činností a jejich následnému zařazení do terapie (Švestková, 2015, s. 2). U starších klientů se ergoterapeuti zaměřují na zvýšení nebo zachování důstojnosti tím, že zjišťují jejich potřeby, zájmy a limity. Zároveň klientům pomáhají při zvládnání zvolených způsobů pro dosažení předem určených cílů (Miller, 2008, s. 578).

V České republice se ergoterapie zahajuje po lékařském vyšetření. Základ pro terapii tvoří odběr anamnézy, hodnocení funkčních oblastí a následné sestavení individuálního ergoterapeutického plánu. Průběžné funkční hodnocení je stěžejní pro objektivní posouzení efektu terapie. Je také způsobem zpětné vazby pro terapeuta při plánování dalšího průběhu terapie a její případné úpravy. U pacientů je průběžné hodnocení podstatné kvůli motivace. I jejich spoluúčast na plánování cílů terapie vede ke zvýšení motivace pro dosažení stanovených cílů. Cílem ergoterapie je soběstačnost pacientů při ADL. Jakékoliv snížení soběstačnosti je pro ně limitací a důvodem pro odkázání se na pomoc druhých (Králová a kol., 2019, s. 6).

Studium a navazující vzdělávání

Pro získání způsobilosti k výkonu této profese musí zájemci získat odbornost, která je definována § 7 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských povoláních. Minimem je ukončené vzdělání v bakalářském oboru (Rodová a kol., 2021, s. 133). Na webových stránkách České asociace ergoterapeutů (ČAE) je uvedeno, že v ČR lze získat bakalářský titul na univerzitách v Praze, Olomouci, Plzni, Ostravě a Ústí nad Labem (ČAE, 2021). Na navazujícím magisterském studiu lze pokračovat od akademického roku 2014/2015 na 1. LF UK v Praze. Z níže uvedené studie vyplývá, že z dotazovaných jsou nejčastěji ergoterapeuti zaměstnáni ve zdravotnictví (77 %), sociálních službách (18 %) a pouhá 2 % ve vzdělávání. 2 % dotazovaných vlastní soukromou praxi (Rodová a kol., 2021, s. 132-133).

Podstatnou součástí tohoto oboru je i celoživotní vzdělávání formou konferencí, seminářů nebo kurzů. Většina dotazovaných terapeutů se těchto akcí účastní alespoň 2x a vícekrát ročně. Vzdělávání je velmi důležité, protože tento obor patří ke kategorii pomáhajících profesí, kde hrozí riziko vzniku syndromu vyhoření. Proto by se ergoterapeuti měli po ukončení studia dále vzdělávat a na svém pracovišti mít možnost supervize (Rodová a kol., 2021, s. 136-137).

1.2 Místa uplatnění ergoterapie v České republice

Podle výzkumu Rodové (2021), ergoterapeuti nachází své uplatnění v nemocnicích, ambulancích, ve stacionářích, poradenství, výrobě, distribuci a prodeji kompenzačních pomůcek, lázních i pedagogických zařízeních. Starají se o ergonomii na pracovištích a pracují i v oblasti poradenství buď na úřadech práce nebo pojišťovnách. Častěji jsou zaměstnáni ve státních zařízeních než v soukromých sektorech. Vyšší počet dotazovaných pracuje s pacienty při hospitalizaci než s pacienty ambulantními. Běžná je také práce s pacienty se smyslovým postižením, mentálním postižením, duševním onemocněním nebo poruchami chování a v oblasti adiktologie. Více terapeutů pracuje s pacienty v chronické stadiu nemoci než v akutní nebo subakutní fázi (Rodová a kol., 2021, s. 134-135). Ergoterapie má tedy široké pole působnosti, uplatňuje se v léčebné, sociální, pracovní i pedagogické rehabilitaci (Krivošíková, 2011).

Léčebná rehabilitace a ergoterapie

Ve zdravotnických zařízeních pracuje podle posledního výzkumu z roku 2021 největší část ergoterapeutů na odděleních lůžkové rehabilitace a ambulancích. Nejčastěji jsou cílovou skupinou dospělí a senioři. Výjimkou ale není pro terapeuty ani práce na pediatrickém oddělení nebo s adolescenty. Téměř ojediněle bývají zaměstnáni na neonatologickém oddělení. Nejvíce terapeutů pracuje na neurologii a se seniory. Třetím nejčastějším oddělením výkonu tohoto povolání je ortopedie. Dále nachází své uplatnění i na traumatologii, chirurgii, interně, revmatologii nebo psychiatrii. V posledních letech dochází k jejich častějšímu uplatnění v paliativní péči, porodnictví a u onkologicky nemocných nebo v adiktologii, což je věda zabývající se prevencí a léčbou závislostí (Rodová a kol., 2021, s. 132-137). Další studie uvádí, že mají své místo i na iktových jednotkách a následně v celém průběhu rehabilitace po cévní mozkové příhodě (García-Pérez a kol., 2021, s. 1-2). Podle Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) jsou bohužel ergoterapeuti často zaměstnáni pod dohledem lidí, kteří dostatečně neznají tuto profesi ani její terapeutické postupy (Clark a kol., 2017, s. 1).

Pedagogicko-výchovná rehabilitace

Ergoterapie se uplatňuje i v pedagogické rehabilitaci v návaznosti na rehabilitaci léčebnou (Krivošíková, 2011, s. 62). Ergoterapeutická praxe ve školách a role, kterou mohou ergoterapeuti převzít byla popsána ve standardech pro ergoterapeuty v rané péči a školství. Dále bylo účelem pro vypracování dokumentu poskytnutí informací o nabídce ergoterapie v rané péči a školním prostředí. Ergoterapeuti pracují hlavně s dětmi, kterým umožňují zapojení se do jejich zaměstnání. To zahrnuje aktivity běžného denního života (ADL, iADL, vzdělání, hru,

práci, volný čas, odpočinek a zapojení se do společnosti). Zaměstnávání je kromě smysluplnosti založeno také na sociálních nebo kulturních očekáváních a na výkonu vrstevníků. Dále mohou ergoterapeuti spolupracovat s rodiči dětí, pečovateli, vychovateli a učiteli. Usnadní tak jejich péči. Ergoterapeut může působit v pedagogické oblasti i v rámci ergonomie. Hodnotí sed dítěte ve škole a pomáhá při výběru vhodného batohu. Ergoterapeuti by měli poskytovat služby v souladu s osvědčenými postupy a aktuálními důkazy. Dalším důležitým faktorem je jejich intervence v přirozeném prostředí dítěte, kde dochází ke snazšímu rozvoji a získávání dovedností. Během celého procesu je klíčové průběžné hodnocení, díky kterému může dojít k individualizaci služeb podle potřeb klienta. Na základě hodnocení se na závěr terapeutické intervence určuje, zda je možné poskytování služby ukončit nebo je potřeba využít služeb jiných odborníků (Clark a kol., 2017, s. 1).

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitaci lze chápat jako mezistupeň léčebné a pracovní rehabilitace. Na léčebnou rehabilitaci navazuje a pracovní rehabilitaci předchází. Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální rehabilitace snaží o získání nebo navrácení samostatnosti jedince a tím i o jeho začlenění do společnosti. Upevňováním způsobů, kterými jedinec vykonává ADL, podporuje dosažení soběstačnosti. Dále upevňuje nezávislost tréninkem nových nebo náhradních mechanismů výkonu činnosti. Pohlíží na člověka individuálně a rozvíjí i jeho specifické schopnosti (Zákon 108/2006 Sb. – Zákon o sociálních službách).

Pracovní rehabilitace a ergodiagnostika

ADL, volnočasové aktivity a práce patří mezi základní oblasti potřeb člověka. Práce je nezbytná, při jejím naplnění se jedinec cítí užitečným pro své okolí. Pojí se také s určitým životním postavením a sociální rolí. Překážky, které znemožňují naplnění těchto rolí, mohou způsobit značné psychické problémy. Ergoterapeut v rámci pracovní a předpracovní rehabilitace proto hodnotí všechny oblasti, které ovlivňují pracovní způsobilost. Hlavním cílem je získání informací o aktuálních pracovních schopnostech jedince, úprava dosavadního pracovního místa nebo pomoc při hledání nového zaměstnání. Termín ergodiagnostika bývá využíván pro předpracovní hodnocení jedince (Krivošíková, 2011, s. 247-248).

Evropská unie propaguje myšlenku aktivní politiky zaměstnanosti. Důležitost vidí v nabídce práce každému člověku a tím jeho začlenění do společnosti (Kokko a kol., 2021, s. 199). Pracovní rehabilitaci zaštiťuje v ČR Úřad práce. Jejím cílem je zvýšení možnosti integrace osob se zdravotním postižením do pracovního zařazení. Tak dochází k podpoře aktivní politiky zaměstnanosti. Ergodiagnostika se nezaměřuje na omezení, která z onemocnění

vyplývají. Spíše hledá příležitost ve zbylých schopnostech jedince. Nyní je u nás už 13 ergodiagnostických center, a to v Liberci, Prostějově, Brně, Zlíně, Ostravě, Třebíči, Plzni, Táboře, Ústí nad Labem, Chomutově, Pardubicích, Hradci Králové a Praze (APRCR, 2022).

1.3 Možnosti zaměření ergoterapie

Švestková (2015) řadí mezi hlavní oblasti ergoterapie soběstačnost, motoriku a funkce horních končetin, kognitivní funkce, ergodiagnostiku, hodnocení bydlení a případné návrhy přetvoření pro bezbariérovost, volnočasové aktivity, podporu k činnostem s důrazem na schopnosti pacienta/klienta a za pomoci motivace (Švestková, 2015, s. 2). Krivošíková (2011) užívá stejné dělení jako Pfeiffer. Ergoterapii dělí podle konkrétních cílů do následujících 5 podoblastí (Krivošíková, 2011, s. 23).

Ergoterapie zaměřená na nácvik ADL

ADL zahrnuje základní, nebo jinými slovy personální, aktivity (bADL) a instrumentální aktivity (iADL). BADL vykonává jedinec ve svém každodenním životě v péči o sebe sama. Pro samostatný život jsou důležité také iADL, tzv. instrumentální úkoly, které zahrnují péči o domácnost, vaření, úklid, praní, nakupování, finanční gramotnost a využití komunikačních technologií. Řešení problémů, vzniklých v důsledku nemožnosti provádění každodenních úkolů, je základní oblastí ergoterapie. Velkou oblast pro ergoterapeutickou intervenci tvoří hlavně skupina pacientů v seniorském věku. Zlepšení schopností v oblasti ADL je klíčové také u mnoha dalších diagnóz (Hagelskjaer a kol., 2021, s. 1-3). Ergoterapeutická intervence spočívá hlavně v edukaci a nácviku kompenzačních a substitučních mechanismů. Další neopomenutelnou součástí je vybavení pacienta kompenzačními pomůckami a následnou edukací o správném používání (Krivošíková, 2011, s. 24).

Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

Hlavními klienty této oblasti ergoterapie jsou osoby v produktivním věku, u kterých došlo v důsledku onemocnění ke změně pracovních schopností. Intervence ergoterapeuta probíhá v rámci adaptace jedince na nově vzniklé změny. Dalšími uživateli jsou děti s jakýmkoliv typem onemocnění, fyzickým i psychickým, u kterých dochází k výběru a přípravě na budoucí povolání. Klíčové je stanovení cílů, kterých lze terapií dosáhnout. Patří sem příležitost k opětovné integraci na původní místo zaměstnání, příprava na jinou pracovní pozici nebo zprostředkování zkoušky pracovní zátěže při modelových situacích. Tato oblast souvisí s ergodiagnostikou, která je součástí pracovní rehabilitace. Terapii ergoterapeuta tvoří stejné části, jaké lze najít v předpracovní rehabilitaci (Krivošíková, 2011, s. 25-26).

Ergoterapie zaměstnáváním

Ergoterapie vychází z teoretického předpokladu, že existuje souvislost mezi zaměstnáváním a kvalitou života. Povolání lze definovat jako zapojení člověka do smysluplné a účelné činnosti. Je také základní lidskou potřebou, při jejímž naplnění dochází ke zvýšení kvality života. Každý jedinec by si měl vybrat konkrétní zaměstnání podle vlastních preferencí. Zaměstnání poté v životě představuje motivaci, smysl a uspokojení (Brekke a kol. 2019, s. 1-2). Také další autoři vidí pozitivní stránku zaměstnávání hlavně v udržení nebo zvýšení fyzického i duševního stavu. Vychází už z antiky, kdy byly v počátcích oboru doporučovány činnosti jako je např. jízda na koni, orba nebo rybaření. Tyto činnosti sloužily jako prostředek pro obnovení nebo udržení kondice. Do dnešní doby se v ergoterapii využívá ručních prací, společenských her nebo sportovních aktivit, které z činností užívaných v antice vychází. Často se můžeme setkat s vyšíváním, pletením, modelováním, prací se dřevem nebo karetními a míčovými hrami. Důležitým faktorem při výběru vhodné činnosti je přihlídnutí k osobnosti a zájmům konkrétního klienta. V sociálních zařízeních často probíhají kurzy vaření, tance nebo keramika (Krivošíková, 2011, s. 26-27).

Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast

Zde ergoterapeutický trénink cílí na konkrétní oblast, která způsobuje pacientům omezení. Někteří autoři využívají pro tuto oblast názvy jako funkční, cílená nebo orgánová ergoterapie. Uplatňuje se při ovlivnění senzomotoriky, kognice a psychosociální složky (Krivošíková, 2011, s. 27). U senzomotoriky se terapie zaměřuje na trénink jemné a hrubé motoriky a úchopových funkcí. Dále cílí na svalovou sílu, rozsah pohybu a koordinaci. Pozornost, paměť, myšlení, zrakově – prostorové schopnosti a řeč spadají do rámce kognitivní domény, která bývá terapií ovlivňována. Psychosociální složka zahrnuje trénink dovedností ve vztazích, sebeovládání a sebepojetí (Revma Liga, 2022). Cílem je úprava nebo zlepšení provedení omezené funkce. Jako příklad pro zapojení a procvičení všech složek je vhodná např. aktivita s terapeutickou hmotou. Tuto činnost lze zasadit do reálného prostředí, kuchyně. Úkolem pacienta je zpracovat a vyválet terapeutickou hmotu jako těsto a vytvořit z něj např. knedlíčky. Při této činnosti dochází k procvičení jemné motoriky a svalové síly. Díky provedení v reálném prostředí se trénuje i prostorová orientace. Po absolvování této formy terapie, může pacient trénovat stejnou činnost s reálnými surovinami. Předem je nutné, aby si pacient nastudoval recept a postup práce, čímž zapojí kognitivní složku, konkrétně paměť a pozornost (Krivošíková, 2011, s. 27).

Ergoterapie zaměřená na poradenství

Zde ergoterapeut poskytuje informace a nabízí možnosti řešení bezvýhodných situací klientům a jejich rodinám. Má hlavně preventivní a nápravný charakter. Ergoterapie zaměřená na poradenství se uplatňuje v rámci všech oblastí rehabilitace. Příkladem v léčebné rehabilitaci může být edukace pacienta po ortopedické operaci o dostupnosti a financování konkrétních kompenzačních pomůcek (Krivošíková, 2011, s. 28). V pedagogicko výchovné rehabilitaci působí v oblasti ergonomie při prevenci poranění. Může navrhnout úpravu prostředí, nebo pomoci při výběru vhodného batohu v rámci prevence bolesti zad (Clark a kol., 2017, s. 1). Kromě výběru vhodných kompenzačních pomůcek nutných pro návrat k samostatnému zvládnání ADL, může ergoterapeut v sociální oblasti radit i při úpravách domácího prostředí. V tomto případě probíhá ergoterapeutická intervence přímo v domově klienta na základě indikace lékaře. Poradenství v oblasti úprav probíhá i v pracovní rehabilitaci při úpravě pracovního prostředí a v rámci ergonomie pracovního místa (ČAE, 2022).

2 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

2.1 Systém a dělení sociálních služeb

Sociální služby se podle zákona 108/2006 Sb. dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V tomto zákoně se nachází také formy, ve kterých jsou tyto služby poskytovány. Rozlišujeme pobytové, ambulantní a terénní služby (Zákon 108/2006 Sb. – Zákon o sociálních službách).

V rámci sociálního poradenství ergoterapeut klientovi předává důležité informace o službách a pomůckách, na které má ze zákona právo a jsou mu poskytovány. Služba sociálního poradenství má i preventivní charakter, kdy se předáním těchto informací zabraňuje a minimalizuje vznik problémů. Dále má také charakter nápravný, při kterém dochází k úpravě vzniklého problému (Krivošíková, 2011, s. 28-29). Paní Krivošíková (2011) rozděluje poradenství na technické, sociální a zdravotnické. Technické poradenství zahrnuje navržení a úpravu kompenzačních pomůcek i úpravu domácího a pracovního prostředí. Sociální poradenství řeší právo na sociální dávky a možnosti sociálních služeb. Zdravotnické poradenství se zajímá o oblast předcházení možných komplikací (Krivošíková, 2011, s. 28-29).

Pro poskytování soc. služeb jsou zřízena tato zařízení: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče (Zákon 108/2006 Sb. – Zákon o sociálních službách).

Další možností pro dělení sociálních služeb, je dělení dle cílových skupin, podle Matouška (2007, s. 79-106): „služby pro nezaměstnané, služby reagující na chudobu a bezdomovectví; služby pro děti a rodiny; služby pro rizikové děti a mládež; služby pro staré lidi; služby pro etnické menšiny; služby pro uprchlíky; služby pro lidi s postižením; služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi; služby pro nemocné; služby pro lidi se závislostmi; služby související s výkonem spravedlnosti; služby pro občany“ (Matoušek, 2007, s. 79-106).

2.2 Spojení ergoterapie a sociálních služeb

Své uplatnění nachází ergoterapeuti i v oblasti sociálních služeb. Hlavně mohou působit v terénní, domácí nebo komunitní péči, poradenství v odvětví ergonomie, kompenzačních pomůcek a při spolupráci s Úřadem práce ČR. Další uváděnou oblastí je vězeňství, které je

častější spíše v zahraničí. V našem prostředí nejsou obvyklé ani domácí návštěvy pacientů v jejich domovech. Většinou tuto službu poskytují terapeuti zaměstnaní v sociálních službách. Součástí domácích návštěv bývá pomoc při řešení úprav domácího prostředí pacienta. I výběr vhodné kompenzační pomůcky je prostorem pro ergoterapeutickou intervenci. Nejčastěji ale probíhá již v zařízení, kde je možnost jejího vyzkoušení. Jen část pacientů, o které pečuje člen interprofesního týmu, má možnost testování pomůcky ve svém domově. V tomto případě je důležitá i spolupráce s rodinou, která ve většina případů probíhá dobře (Rodová a kol., 2021, s. 132-137). Dále jsou místem zaměstnání ergoterapeutů v sociálních službách denní stacionáře, domovy pro seniory a různá pobytová zařízení. Švestková na rozdíl od Rodové uvádí, že v dnešní době je už běžnou praxí, že terapeuti přichází za klienty do domovů. Pro sociální služby je důležité vymezení a rozlišení pojmů pacient a klient, kdy pacientem je člověk léčený ve zdravotnickém zařízení, zatímco klient v sociálních službách (Švestková, 2015, s. 2).

2.3 Paliativní péče a ergoterapie

Rodová (2021) ve své studii poukazuje na důležitost uplatnění ergoterapeuta v oblasti paliativní péče (Rodová a kol., 2021, s. 137). Málo se však ví o poskytování jejich služeb v paliativní péči v rámci celé Evropy. Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC), White Paper on Standards and Norms for Hospice a Paliativní péče v Evropě zahrnují ergoterapeuty vedle lékařů, sester a fyzioterapeutů mezi zásadní členy interdisciplinárního týmu zdravotníků. Ergoterapie přispívá v paliativní péči tím, že umožňuje klientům setrvat v co nejvíce plnohodnotném životě i v rámci omezení, které vznikají v důsledku jejich nemoci. Využívá hodnocení aktivity, její rozbor a následné stanovení cílů, pro možnost účasti pacientů na činnostech, které považují za důležité i přes zhoršující se stav. Velmi důležité jsou také sociální vztahy, které udržují u klientů pocit potřebnosti a psychickou pohodu. Zatím neexistují žádné výzkumy o dostupnosti služeb ergoterapie v paliativní péči v Evropě. Ke sdílení poznatků dochází pouze neoficiální formou na online diskusních fórech nebo na konferencích EAPC. Ukazuje se, že poskytování ergoterapie v paliativní péči se liší s v porovnání s ostatními službami. Např. v Anglii a Irsku je nabídka těchto služeb obvyklejší a častěji využívána než v ostatních evropských zemích (Eva a Morgan, 2018, s. 961).

Aby mohly být prozkoumány rozdíly napříč evropskými zeměmi a bylo zajištěno prostředí pro sdílení informací byla v září 2010 vytvořena pracovní skupina Task Force EACP. Jejím cílem bylo prozkoumání rozsahu pravomocí ergoterapeuta v paliativní péči v Evropě (konkrétní při poskytování péče a v oblasti povinnosti); vnímání rozdílů při poskytování služeb

mezi jednotlivými státy; problémy a příležitosti ergoterapeutů, se kterými se setkávají při poskytování a rozvoji služeb. Průzkum formou dotazníku byl proveden u terapeutů pracujících na celý nebo částečný úvazek. Probíhal na jaře roku 2013. Obsahová i formální stránka byla schválena správní radou EAPC. Dotazník vycházel z již dříve prováděného výzkumu a obsahoval 49 položek rozdělených do 4 částí. První část seskupovala odpovědi na otázky týkající se podílu stráveného pracovního času v paliativní péči, typu služby a hlavní skupině pacientů. Část druhá se zajímala o četnost zapojování se do ergoterapeutické intervence s pacienty a pečovateli; multidisciplinární spolupráci; účast na vzdělávacích akcích, ve výzkumu a rozvoji služeb. Třetí část se týkala toho, jak respondenti vnímají svou roli a její přínos v paliativní péči v zemích, kde pracují. Poslední část seskupovala demografické údaje. Celkově se výzkumu účastnilo 260 respondentů a z toho bylo 237 odpovědí validních. Podle odpovědí bylo zastoupeno 21 evropských zemí, ale větší polovinu tvořily odpovědi z Anglie (Eva a Morgan, 2018, s. 961-963).

Z výsledků vyplývá, že většinu respondentů tvořily ženy a výzkumu se zúčastnili také terapeuti z Německa, Rakouska a České republiky. Nejčastěji se ergoterapeutická intervence týkala vybavení klienta kompenzačními pomůckami ať už pro nezávislost v ADL nebo pro polohování. Dále se ergoterapeut podílel na úpravě vybavení a bezbariérovosti bydlení. V části otevřených odpovědí bylo zmíněno, že role ergoterapeuta je nejcennější při podpoře pacientů a jejich rodin k dosažení důležitých cílů v závěru jejich života. Také bylo kladně poukázáno na holistický přístup, díky kterému dochází ke skutečnému naslouchání pacientům. Probíhala i edukace pacientů a rodin o ergonomii a způsobech zvládnání symptomů. Odpovědi respondentů se shodovaly v tom, že nedocházelo k plnému využití ergoterapie v paliativní péči a pouze $\frac{1}{3}$ až $\frac{1}{4}$ se podílela na poskytování podpory při zármutku. Ukázalo se, že očekávání a nedostatečná informovanost i mezi odborníky byly překážkou pro služby ergoterapie. V neposlední řadě bylo poukázáno na nedostatek možností pro vzdělávání v oblasti paliativní péče a důležitost výzkumu (Eva a Morgan, 2018, s. 963-966).

2.4 Význam ergoterapeutické intervence v domovech pro seniory

Délka života populace se celosvětově prodlužuje. Podle WHO vzroste počet lidí starších 60 let do roku 2050 na 22 % ze zjištěných 12 % v roce 2015. V tomto věku dochází k poklesu kognitivních funkcí. Stárnutí populace souvisí i s nárůstem stanovených diagnóz demence (Wiener a Pazzaglia, 2021, s. 715). Demence je onemocnění projevující se progresivní ztrátou paměti a kognitivních funkcí. Omezuje plnění činností každodenního života. Nejčastěji se první příznaky projeví při stárnutí u lidí s neurodegenerativními poruchami např. s Alzheimerovou

chorobou, ale může se rozvinout i v návaznosti na zranění nebo hypoxii. Řadí se mezi hlavní příčiny institucionalizace seniorů, a to hlavně kvůli postupnému úpadku kognitivních funkcí a následnému znemožnění plnění ADL. Podle Takeda a kol. (2012) propuknutí onemocnění ovlivňuje více faktorů, jako je vzdělání, povolání, sociální zázemí a IQ. Projevy onemocnění jsou u jednotlivých pacientů odlišné, a proto je pro poskytnutí nejlepší péče nutný individuální přístup (Takeda a kol., 2012, s. 1-2). Tobis (2021) ve své studii upozorňuje na snížení kvality života u seniorů žijících v zařízeních dlouhodobé péče. A to hlavně u jedinců s onemocněním demence v důsledku nenaplnění specifických potřeb (Tobis a kol., 2021, s. 2).

Přibývá více seniorů, kteří žijí osamoceni nebo jsou ohroženi sociální izolací v důsledku problémů duševního nebo fyzického zdraví. Mezi faktory, které mohou způsobit sociální izolaci, lze zahrnout nemoci, pády, deprese, prohloubení kognitivního deficitu, špatná výživa, opakovaná hospitalizace nebo nadměrná konzumace alkoholu. A stejně nepřítomnost sociální pohody vede ke stresu a tím k narušení ostatních částí, které tvoří zdraví člověka. Narušení těchto oblastí má souvislost se snížením kvality života. Je dobré, když klienti zůstávají angažováni ve volnočasových aktivitách, které znají nebo nachází zájmy nové. Při těchto činnostech se klienti mohou setkávat s druhými a takto strávený čas se stává pro jedince mimo jiné i obohacujícím. Právě volnočasové aktivity mnohdy vychází ze smysluplných povolání a pomáhají předcházet sociální izolaci. Ukázalo se, že snižují stres a zlepšují psychosociální pohodu. Jedincům poskytují smysluplnost. Pokud aktivity vyžadují kognitivní, fyzické nebo sociální dovednosti, dochází k tréninku těchto oblastí a současně i prevenci vzniku kognitivního deficitu a podpoře fyzického zdraví. Z toho vyplývá, že sociální interakce má vliv na zdraví a jejím prostřednictvím lze zvýšit kvalitu života (Smallfield a Molitor, 2018, s. 1-7).

Americká studie zkoumala a potvrdila pozitivní vliv ergoterapeutické intervence při podpoře seniorů žijících v komunitě při zapojení se do společnosti a poukázala i na důležitost trávení volného času. Z toho vyplývá velký význam pro povolání ergoterapeuta. V důsledku rostoucího počtu seniorů se dá očekávat, že dojde k potřebě navýšení pracovních míst pro ergoterapeuty v komunitní péči. Práce se seniory žijícími v komunitě a jejich zaměstnávání v rámci volnočasových aktivit by mělo být zařazeno také do vzdělávacích programů při přípravě na budoucí povolání ergoterapeuta (Smallfield a Molitor, 2018, s. 1-7).

Mnoho seniorů se z různých důvodů musí přestěhovat do domovů s pečovatelskou službou. Do té doby jsou zapojováni do běžných denních činností a vidí smysl života. Proto má většina seniorů z vyhlídky na stěhování strach, kvůli možnému ohrožení jejich každodenních návyků. U mnohých proto myšlenky na stěhování vyvolávají negativní a úzkostné pocity. Cílem moderního přístupu v této oblasti je kromě zajištění efektivní péče i dosažení nejvyššího

komfortu pro klienty. Je důležité, aby klienti tato zařízení považovali co nejdříve za domov. Čtyři kategorie byly označeny za kritické, protože mohou bránit rychlé adaptaci na nové prostředí. Patří sem: plynulost, zachování osobní identity, přijetí kolektivem a možnost být aktivní a pracovat. Jejich zachování není v institucionální oblasti snadné, a právě pobyt v zařízeních dlouhodobé péče může seniory omezovat a vytvářet limity. Nedostatek autonomie podporuje pasivitu obyvatel a vytváří z nich pouhé příjemce péče. Nemožnost převzetí kontroly nad vlastním životem vyvolává pocit bezmoci. V této oblasti jsou nejvíce zranitelní klienti s onemocněním demence. Dalším problémem je, že klienti žijící v zařízeních dlouhodobé péče jsou běžně vnímáni jako homogenní skupina. Mnohdy dochází ke generalizaci a všeobecně se předpokládá výskyt fyzických onemocnění s mnoha funkčními deficity. To je ale v protikladu se současným pojetím individualizované péče zaměřené na člověka a jeho jedinečnost. Klienti kteréhokoliv domova seniorů jsou ale různorodou skupinou. Pro účinnost poskytované péče je zásadní, aby byly naplněny individuální potřeby jedinců. Toho lze dosáhnout pomocí vhodných nástrojů a metod. Vždy by měla být péče zahájena posouzením fyzických, psychických a sociálních aspektů (Tobis a kol., 2021, s. 2).

Proto byl vytvořen speciální dotazník s názvem The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), který vytváří dobrý základ pro vhodný výběr poskytovaného přístupu. Je velmi citlivý a dokáže dobře rozlišit konkrétní potřeby jedince. Byl použit jako základ pro řadu studií, které se zaměřovaly právě na zařízení dlouhodobé péče. Na základě zjištěných výsledků z tohoto dotazníku bylo navrženo dělení klientů do skupin, podle jejich specifických potřeb. Nově bylo potvrzeno, že takové rozdělení slouží k jednoduššímu plánování a zlepšení poskytované péče. Tato metoda by mohla být přínosná i pro nové obyvatele těchto zařízení. Hlavně pro to, že již při příchodu budou zjištěny jejich potřeby a následně jim bude nabídnuta péče odpovídající potřebám (Tobis a kol., 2021, s. 2-8).

Senioři mohou zažívat zvýšenou sociální izolaci v důsledku přirozených ztrát, které toto životní období běžně provází. Osamělí starší lidé mají zvýšené riziko vzniku problémů v oblasti fyzického a duševního zdraví. Účast na smysluplné činnosti nejen v seniorském věku je pro ergoterapii jedním ze základních cílů, kterých má být v terapii dosaženo. Proto intervence ergoterapeuta podporuje sociální začlenění např. formou volnočasových aktivit. Tím by mělo dojít ke zmírnění sociální izolace a zlepšení zdraví jedince. Proto by měli ergoterapeuti pracující v domovech pro seniory začlenit zájmové aktivity pro zvýšení účinnosti jejich terapie (Smallfield a Molitor, 2018, s. 7).

3 VYUŽÍVANÉ METODY A PROSTŘEDKY ERGOTERAPIE V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Mezinárodně je velmi nízký počet studií, které by se zabývaly nefarmakologickou intervencí u klientů v těžkém stadiu demence. Přitom 1/3 klientů v Evropě, žijících v domech s pečovatelskou službou, má diagnostikované právě toto onemocnění. Jejich potřeby nemohou být mnohdy naplněny z důvodu snížené komunikační schopnosti. Naplňování potřeb smysluplným zaměstnáváním nebo poskytnutí vhodné terapie je klíčové pro zvýšení kvality života, ale často nedostupné (Diehl a kol., 2020, s. 1-3).

Z provedených výzkumů vyplývá, že vyšší účinnost měly nefarmakologické metody než klasický farmakologický přístup (Nakamae a kol., 2014, s. 14). I přes prokázané pozitivní výsledky bývají nefarmakologické metody využívány pouze zřídka, a to z několika důvodů. Prvním problémem je očekávání rychlého účinku stejně jako u klasického farmakologického přístupu. Nefarmakologické metody ale vyžadují více času a pravidelnost, a proto se z krátkodobého hlediska mohou jevit jako neúčinné. Dalším důvodem méně častého využití je neznalost zdravotníků a následně špatná informovanost rodin nebo pečujících osob (Banasiak a Wołowska, 2019, s. 292-293). Z jiných zdrojů vyplývá, že růst zájmu o nefarmakologickou formu léčby, je v důsledku neúčinnosti terapie lékové (Takeda a kol., 2012, s. 3-4).

Demence se řadí mezi onemocnění, pro které neexistuje účinná léčba. Existuje ale velké množství podpůrných metod zvyšujících kvalitu života jedince. V asijských zemích jsou především využívány různé bylinky. V západní Evropě se zase už více jak čtvrt století vyrábí přípravky z ginko biloby (Takeda a kol., 2012, s. 3-4). V následující části budou představeny nefarmakologické metody využívané u pacientů s onemocněním demence.

3.1 Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který má původ v oblasti pedagogicko-ošetrovatelské. Je určen pro ošetrovatele, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, lékaře, logopedy i speciální pedagogy. Skrze bazální stimulace dochází ke zlepšení percepce, komunikace a motoriky. Autor, Andreas Fröhlich, jej původně vyvinul pro děti s kombinovanými vadami. Základní stimuly, které dítě dostává už v prenatálním období, považuje za nutné minimum pro pacienty jakéhokoliv věku. Později byl tento koncept přenesen do ošetrovatelské péče. Může se modifikovat podle konkrétních potřeb klienta, v závislosti na věk, zdravotní stav a individuální potřeby. Péče terapeutů a ošetrovatelů, kteří využívají tento koncept, vychází právě ze zbylých schopností klientů, spolupráce s jejich rodinou a neopomenutelnou součástí je právě i akceptování individuality každého jedince. V rámci konceptu jsou využívány speciální rehabilitační

techniky, které stimulují konkrétní oblasti. Mezi základní oblasti se řadí somatická, vestibulární a vibrační stimulace. U somatické stimulace je hlavním cílem podpořit příjem informací z povrchu i z vnitřní části těla. Skrze vestibulární stimulaci dostává jedinec více podnětů z rovnovážného ústrojí, lépe se orientuje v prostoru a vnímá pohyb vlastního těla. Poslední částí základní oblasti je stimulace vibrační, která předává informace o vnímání těla jako celku. Mezi další prvky stimulace se řadí hmatové, čichové, chuťové, zrakové a sluchové vjemy. Tento koncept pomáhá zvednout kvalitu života u pacientů a klientů s nevratným somatickým nebo i psychickým onemocněním. Bývá využíván jak v nemocničních, tak i sociálních zařízeních (domovy pro seniory, speciální školy, domácí péče a hospice). Uplatňuje se u nejmenších předčasně narozených, jedinců s kombinovaným postižením nebo klientů s onemocněním demence (Bazální stimulace, 2019).

Absence vnějších podnětů se označuje jako senzorická deprivace a způsobuje ztrátu schopnosti pohybu. Tento stav společně s nedostatkem pohybu bývá označován jako senzomotorická deprivace. Koncept bazální stimulace se snaží zajistit dostatečný přísun chybějících informací nejen z těla jedince, ale také z vnějšího prostředí. Zároveň je jeho cílem zlepšení orientace klienta na vlastním těle a pomoc při hledání ideální formy komunikace. Opírá se o znalosti z neurofyziologického modelu vývoje, psychologie, pedagogiky a fyzioterapie, konkrétně z konceptu manželů Bobathových. Aby došlo k obnově starých spojení v mozku nebo k vytvoření nových drah pro vedení podnětů, musí terapeut klientovi poskytnout dostatečné množství přiměřených vjemů. V ideálním případě by mělo dojít ke snížení stresu jedince a podpoře jeho rozvoje (Bazální stimulace, 2019).

O zavedení Bazální stimulace do ČR se zasloužila Mgr. Karolína Friedlová, která ve své knize Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči poukazuje na důležitost aplikace zklidňující somatické stimulace u klientů s Parkinsonovou chorobou a onemocněním demence. Naopak u apatických a depresivních klientů se nabízí aplikace povzbuzující stimulace, která zvýší úroveň vědomí, pozornost a tvoří přípravu pro nadcházející terapii ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta (Friedlová, 2007, s. 76-81).

U některých jedinců v těžkém stadiu demence je komplikovaná integrace do skupinové terapie. V návaznosti na tento problém se začaly objevovat požadavky pečujících osob na aktivizační programy pro tyto klienty. Většinou bývá využíván koncept bazální stimulace nebo snoezelen. Podle Diehl a kol. (2020) není dostatečné množství důkazů o účinnosti bazální stimulace pro sociální interakci. Problém vidí hlavně v tom, že klient není aktivně zapojen do smysluplné aktivity ve skupině, ale přichází do kontaktu pouze s pečovatelem. Důležitost

sociálních kontaktů srovnávají někteří autoři s významem smyslové stimulace (Diehl a kol., 2020, s. 1-3).

3.2 Snoezelen terapie

Koncept Snoezelen vychází z holismu. Chce docílit přijetí a porozumění pacienta. Díky tomu, že se v konceptu spojuje více prvků z různých terapií, se může individuálně přizpůsobovat pacientům s různými typy diagnóz. Opírá se o podobný princip jako ergoterapie. Pozornost není zaměřena pouze na výsledek, ale na celý průběh terapie a pocity z ní. Cílem je mimo jiné i stimulace smyslů. Nadměrné množství podnětů v životě je běžné, ale pro klienty tvoří překážku při výběru a následném zpracování těch důležitých. Proto se musí prostory, ve kterých terapie probíhá, uzpůsobovat tak, aby se klient cítil bezpečně, příjemně a nebyl podněty zahlcen. Důležité je i místo terapeuta, který klienta neupravuje podle vlastních představ, ale pouze jej provází a respektuje jeho požadavky (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 167, 177).

Název Snoezelen je typický pro Evropu, v anglo-americkém prostředí se využívá název multisenzorická stimulace (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 167, 177). Tento koncept byl vyvinut koncem 70. let minulého století v Nizozemí jako vhodná terapie pro klienty s poruchami autistického spektra nebo poruchami učení. Později se rozšířil i do léčby onemocnění demence. Hlavním cílem je uspokojení potřeb prostřednictvím motivace pro samotné bytí a verbální i neverbální komunikaci. U klientů v pozdější fázi onemocnění demence byly zaznamenány dobré výsledky v oblasti chování i ve snížení apatie. Zahrnuje vizuální, sluchové, hmatové a čichové vjemy, které jsou klientům poskytovány ve speciálně upravené místnosti. Takto navržené senzorické prostředí spolu s intervencí terapeuta podněcuje excitaci pomocí relaxace (Takeda a kol., 2012, s. 4-5). Snoezelen terapie patří i do terapeutického konceptu ergoterapie nebo fyzioterapie. Často se propojuje s dalšími nefarmakologickými metodami. Např. muzikoterapie nebo reminiscenční hudební terapie se využívá u sluchové stimulace, animoterapie v psychické oblasti a hmatové stimulaci nebo aromaterapie je součástí čichové stimulace. Z možností stimulace zraku je základním prvkem pro klienty s onemocněním demence světelná terapie. Může u klientů působit pozitivně na spánek a náladu. Při využití filmů v terapii se propojuje zraková a sluchová stimulace. Využívají se hlavně dokumenty o přírodě nebo starší filmy, které klienti znají z dřívějšíka (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 192-278).

3.3 Reminiscence

Dalším důležitým typem nefarmakologické intervence je reminiscenční terapie. Lze ji chápat jako systém péče, který zahrnuje vnímavost a empatii při naslouchání zkušenostem a vzpomínkám pacientů (Nakamae a kol., 2014, s. 14). Je založena na principu vybavení vzpomínek pomocí stimulačních materiálů. Jako stimulační prvky lze využít fotografie, dobové filmy, upomínkové předměty, vůně, hudbu nebo navštívit známá místa. Vzpomínky přináší pacientům pocit, že si stále pamatují mnoho věcí a jejich paměť není tolik ovlivněna onemocněním. Mnohdy bývá paměť narušena v oblasti zapamatování si aktuálně probíhajících událostí. Vybavení pozitivních vzpomínek vyvolává duševní pohodu a pozitivní přístup k životu. Psychika pacienta je ovlivňována vybavením nejdůležitějších životních zážitků a vzpomínek, díky čemuž dochází ke zlepšování paměti a orientaci v prostoru, zmírnění poruch chování a udržení sociálních vazeb. U pacientů žijících v domovech pro seniory se používá speciální forma terapie, při které je simulován kontakt s rodinou. Banasiak a Wołowska (2019) uvádí, že na základě terapie došlo u pacientů k poklesu úzkosti a zlepšení spánku. Úspěch terapie je podmíněn dobrým vztahem pacienta k rodině, zachovaným sluchem nebo zrakem a pouze mírným stadiem demence (Banasiak a Wołowska, 2019, s. 287).

Někteří autoři uvádí, že až u 50 % pacientů s onemocněním demence se projevují příznaky deprese. Podle další studie je reminiscenční terapie účinná pro zmírnění příznaků deprese a zlepšení kognitivních funkcí u pacientů s onemocněním demence. Tato studie jako první zkoumala spojení produktivní činnosti a ergoterapie. Při výzkumu byla využita speciální metoda, která zahrnovala každodenní činnost klienty běžně vykonávanou v minulosti a zároveň nevyžadovala komunikaci. Právě komunikace může být u klientů s těžkým stadiem demence komplikací. Proto by mohla být zmíněná metoda vhodnou intervenční technikou pro jedince, kteří ztratili schopnost verbální komunikace (Nakamae a kol., 2014, s. 14). Další možnou formou terapie je řízená diskuse skupiny, která se může zaměřit na určité téma související s minulostí nebo na konkrétní prožité časové období. Celkově lze říct, že reminiscenční terapie podporuje pocit bezpečí klientů vzpomínáním a jejich začleněním do života s přihlédnutím na životní historii (Takeda a kol., 2012, s. 5).

3.4 Validace podle Naomi Feil

Začátky této terapie sahají až do roku 1963, kdy její zakladatelka, Naomi Feil, nebyla spokojena s výsledky doposud užívaných metod. Hlavní myšlenkou pro vznik byla pomoc starým lidem s dezorientací, která může stárnutí provázet. Teorie podle Erika Eriksona a Maslowova pyramida potřeb se staly podkladem pro vznik této metody důstojnosti (Pokorná

a Sukupová, 2017, s. 166-170). Nutností je ochota pracovníků přijmout jiný pohled na problematiku. Patří sem např. úsilí o pochopení správné příčiny chování dezorientovaných seniorů, a také snaha a důslednost při používání určitých forem přístupu. Pro starého člověka může být nejdůležitější potřebou smíření se s okolím a pokojné umírání, což je také jednou z dalších úloh validace. Terapeuti by měli být dobrými posluchači, kteří berou pocity seniora vážně. Komunikace a naslouchání je způsobem, jakým lze ze sebe dostat potlačené emoce, čímž by mělo dojít ke zmírnění stresu a úzkosti. Celkově lze zhodnotit, že terapie pomáhá jak v porozumění chování dezorientovaných seniorů, tak i k navrácení důstojnosti (Pokorná a Sukupová, 2017, s. 166-170).

Hlavním cílem je u klientů podnícení odpovídajícího sociálního chování, odstranění nebo alespoň snížení úzkosti a strachu, čímž by mělo dojít ke zvýšení kvality života. Dezorientované pacienty si lze představit na loďce plující po řece a terapeutu na břehu řeky. Terapeut se snaží všemi dostupnými prostředky ukotvit jedince ke břehu a vrátit jej do reality. Pacient ale nereaguje na volání a pozvání terapeuta na pevninu, a proto je jedinou možností pro setkání klienta loďka. Jen tak může terapeut klienta doprovázet a komunikovat s ním (Banasiak a Wołowska, 2019, s. 292). U klientů s onemocněním demence se stav v závislosti na čase mění. Naomi Feil je rozdělila do 4 stadií: Nedostatečná/částečná orientace, nešťastná nálada; dezorientace v čase/časové posloupnosti, ztráta kognitivních schopností; opakující se pohyby, které nahrazují komunikaci; přežívání a stáhnutí se do sebe. Při užití validace je možné využít individuální nebo skupinovou formu terapie. Koncentrace, jednoznačná a jednoduchá komunikace, opakování, představa opaku, vzpomínání na minulost, upřednostnění konkrétního smyslu jsou klíčové pro využívání validační terapie (Pokorná a Sukupová, 2017, s. 166-170). Při zachování těchto zásad by mělo dojít k obnovení důstojnosti, prevenci zhoršení vegetativního stavu a přijetí reality (Takeda a kol., 2012, s. 6).

3.5 Garden therapy

Někteří autoři považují garden therapy za podoblast ergoterapie (Wang a kol., 2022, s. 2). Garden therapy vychází ze zahradnictví, tzn. ze samotné péče o rostliny. Je založena na biofilii neboli vztahu člověka k rostlinám, zvířatům a vodě. Vztah klientů s rostlinami tedy určuje účinnost terapie. V případě, že je tento vztah kladný, ale není naplňován, působí negativně na zdraví jedince. Výhodou terapie je její aplikovatelnost na širokou škálu klientů a velké množství způsobů provádění. Zahradnictví má holistický podklad a vyžaduje určitý kognitivní stupeň, díky kterému může člověk plánovat a dodržet postup práce. Zapojení klientů do terapie a jejich následná odpovědnost může vést ke zvýšení duševní pohody a pocitu

důležitosti. Zahradnictví poskytuje širokou škálu možností zapojení klientů od výsadby, přes samotnou péči a sklizeň, až po zpracování úrody. Garden therapy podporuje zdravé stravování, cvičení, zlepšení nálady a prohloubení sociálních kontaktů. V praxi může být využita jako prostředek ergoterapeutické intervence, protože je také smysluplnou činností, která se zaměřuje jak na proces, tak i na cíl. Opakující se činnost jako je sázení rostlin nebo vytrhávání plevelu lze chápat jako způsob tréninku motorických funkcí. Mezi další výhody plynoucí z terapie patří snížení stresu působícího na autonomní systém, zlepšená pozornost a fyzická kapacita, snížení agresivního chování a izolace v sociálních kontaktech. Je vhodná pro klienty s onemocněním demence, deprese, Huntingtonovou chorobou nebo po cévní mozkové příhodě. Odedávna farmy a zahrady, které se nacházely v blízkosti nemocnic, pečovatelských nebo nápravných zařízení, poskytovaly prostor pro smysluplné zařazení do zaměstnání, výroby a socializace. První pozitivní výsledky při práci s rostlinami byly zaznamenány již v roce 1932. Na základě vzniklých důkazů lze garden therapy využít i pro výzkum (Wagenfeld a Atchison, 2014, s. 1).

Záměrem studie byl průzkum pro další možné nasměrování ergoterapie v garden therapy. Výzkum probíhal formou dotazníku a účastnilo se jej 91 ergoterapeutů. To je ale stále nedostatečný počet výsledků s doložitelnými důkazy, které by popisovaly efektivitu u konkrétních pacientů. I přes malý počet účastníků lze na základě výsledků potvrdit důležitost přístupu zaměřeného na klienta, smysluplnost a motivační aspekt terapie. Zaměstnání je velmi podstatnou součástí člověka. Dále byla prokázána souvislost mezi pracovním zařazením, zdravím a duševní pohodou. Naopak deprivace z práce nastává tehdy, pokud jedinec nemá příležitost zapojit se do smysluplné činnosti. Z toho vyplývá, že nemožnost věnovat se smysluplné činnosti může ohrozit zdraví a duševní pohodu (Wagenfeld a Atchison, 2014, s. 2).

Přínosem terapie je i předcházení sociální izolace a častější začlenění starších osob, což pozitivně přispívá k lepší kvalitě života (Butura, 2021, s. 377). Pocit sounáležitosti se skupinou může usnadnit sociální začlenění, pokud jednotlivci vykonávají smysluplnou práci. Sociální skupina působí jako podpora a motivuje jedince ke zvýšené účasti a zapojování do rehabilitačního procesu. Smysluplná lidská interakce významně ovlivňuje odolnost a ovládání se. Sociální interakce je zásadní pro duševní pohodu a je základní potřebou všech lidí (Wagenfeld a Atchison, 2014, s. 2).

3.6 Arteterapie

Arteterapie není tvořena jen výtvarným uměním. V širším slova smyslu se jedná o léčbu uměním, které zahrnuje hudbu (muzikoterapie), poezii a prózu (biblioterapie), divadlo (dramaterapie) nebo také tanec (taneční terapie).

Arteterapie

Pacienti, kteří kvůli onemocnění ztrácejí kontakt s realitou, mohou skrze umění vyjádřit své pocity, touhy a nálady. Díky arteterapii dochází ke stimulaci a udržení motorických i kognitivních funkcí. Výhodou této terapie je možnost jejího uplatnění u všech věkových skupin a udržování sociálních kontaktů, protože často probíhá ve skupinách. Pozitivní výsledky kreativních a uměleckých přístupů u pacientů s onemocněním demence byly zjištěny už koncem 19. století. Začátkem 20. století se v některých zemích začala tato terapie používat jako doplněk tradiční léčby. Poprvé byl ale obor pojmenován až v roce 1942. Významnou roli umění a kreativity přikládal i psycholog a lékař Sigmund Freud. V arteterapii může jedinec vyjádřit své emoce prostřednictvím různých forem umění, jako je malování, kreslení nebo sochařství (Banasiak a Wołowska, 2019, s. 291-292).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je jednou z nejoblíbenějších terapií v ústavních zařízeních, jako jsou např. domy s pečovatelskou službou (Takeda a kol., 2012, s. 5). Má více možností uplatnění. Buď je základním prvkem terapie nebo je využita jako podpora jiných forem terapie. Může být součástí reminiscenční terapie, relaxace nebo pohybové terapie. V klinické praxi užívají muzikoterapeuti hudbu jako prostředek, kterým lze účinně ovlivnit léčbu onemocnění. Ve Spojených státech byl proveden výzkum o vlivu hudební stimulace u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Styl hudby byl individuálně vybrán na základě informací od rodin z dřívějších preferencí pacientů. Terapie přinesla zlepšení orientace a vnímání pacientů a zvýšené zapojení při terapiích. Další výzkum se zaměřoval na vliv společného zpěvu pacientů a jejich pečovatelských pracovníků. Z výsledků bylo zjištěno, že u klientů došlo ke zlepšení paměti a nálady, mezilidských vztahů a sociální integrace a k lepšímu přijetí diagnózy. Jiná studie se snažila zjistit, zda lze muzikoterapii použít jako alternativní náhradu hormonální terapie. Stimulací hudbou totiž dochází k uvolnění látek, které jsou spojovány s produkcí hormonů ovlivňujících emoce a chování člověka. Pozitivní výsledek byl potvrzen právě u pacientů s onemocněním demence. Muzikoterapie ovlivňuje onemocnění prostřednictvím smyslové a kognitivní oblasti a umožňuje vybavení vzpomínek (Banasiak a Wołowska, 2019, s. 288).

Buard a kol. uvádí, že byla vyvinuta speciální neurologická muzikoterapie založená na důkazech. Tato rehabilitační intervence se zaměřuje na pacienty s poruchami bazálních ganglií a dalšími neurologickými onemocněními. Zahrnuje techniky neurorehabilitace pro hrubou motoriku, která se opírá o propojení rytmu a pohybu. Další technikou je rytmická sluchová stimulace. Prokázaly se u ní účinky při rehabilitaci chůze u pacientů s Parkinsonovou chorobou nebo po cévní mozkové příhodě. Kvůli patologicky změněným bazálním gangliím v důsledku tohoto onemocnění je sníženo ovládání pohybů řízených zevnitř, naopak pohyby řízené zvenku např. rytmem, převažují. Vliv této techniky na oblast jemné motoriky v souvislosti s neurofyziologií zatím prokázán nebyl (Buard a kol., 2021, s. 1-8).

ZÁVĚR

Prvním dílčím cílem bakalářské práce byla sumarizace informací o ergoterapii. Název ergoterapie vychází z řečtiny. Až v 60. letech minulého století se v České republice upustilo od dříve užívaného termínu pracovní terapie a začal se používat výraz ergoterapie. Původní název vycházel z doslovného překladu a v důsledku toho vznikaly mylné představy o náplni tohoto rehabilitačního oboru. Ergoterapie je výjimečná ve své komplexnosti, kterou se dívá na pacienta. Do terapie zahrnuje činnosti, které jsou nezbytné pro každodenní samostatné fungování jedince. Zapojení jedince do ADL a následně dosažení nejvyšší možné soběstačnosti je cílem ergoterapie. Ergoterapie nachází uplatnění v několika oblastech rehabilitace (léčebné, pracovní, pedagogicko-výchovné a sociální). Díky tomu má širokou škálu pacientů a míst, kde může intervenovat. V rámci léčebné rehabilitace, např. v nemocnicích, mohou být ergoterapeuti zaměstnání téměř na všech odděleních. U pedagogicko-výchovné rehabilitace jsou příjemci péče především děti, ale současně i jejich rodiče. Sociální a pracovní rehabilitaci využívají nejvíce pacienti se změněnou pracovní způsobilostí v důsledku úrazu nebo nemoci.

V druhé části bakalářské práce došlo k seskupení informací o sociálních službách a o možnostech jejich dělení. Sociální služby můžeme dělit dle cílových skupin a zařízení, ve kterých jsou tyto služby poskytovány. Dále jsou uvedeny konkrétní místa, na kterých dochází k propojení ergoterapie a sociálních služeb. Velký význam má ergoterapie v oblasti paliativní péče. Ergoterapeut zde může ukázat cestu, díky které zůstanou klienti začlenění do běžného života, a to i přes omezení vzniklá onemocněním. V důsledku stárnutí populace dochází k častější diagnostice onemocnění demence, pro kterou je typická postupná ztráta paměti a postižení kognitivních funkcí. Mnoho seniorů proto musí využívat sociální služby. Velkým problémem zařízení dlouhodobé péče je snížená kvalita života klientů, kvůli nenaplnění jejich potřeb. Ergoterapeut může v této oblasti klientům nabídnout činnosti, díky kterým se zapojí do skupiny a získají pocit důležitosti, který je nezbytný. Také poukazuje na důležitost individuálního přístupu ke každému člověku.

V poslední části bakalářské práce bylo cílem vyhledat metody a prostředky využívané ergoterapeuty v zařízeních sociálních služeb. Pacienti, kterým bylo diagnostikováno onemocnění demence, mnohdy nemají naplněné základní potřeby. Dochází k tomu kvůli sníženým komunikačním schopnostem. Zároveň je velkým problémem nedostupnost vhodného terapeutického přístupu. V tomto případě je klíčový pro zvýšení kvality života, protože je mnohdy jediným dorozumívacím prostředkem. Následující metody, uvedené v bakalářské práci, můžeme rozdělit do dvou skupin. Bazální stimulace, snoezelen, reminiscenční terapie

a validace podle Naomi Feil jsou využívány hlavně pro komunikaci s klienty a udržení sociálních kontaktů. Garden therapy, arteterapie a muzikoterapie mají zase velký význam při smysluplném zaměstnání klientů, které je pro naplnění potřeb stěžejní.

V České republice bohužel neexistuje dostatečný počet studií o ergoterapii, které by poskytly dobrý základ pro lepší informovanost odborné veřejnosti a díky kterým by mohlo dojít ke zlepšení praxe. Další limitací se může jevit i nedoceněná profese ergoterapeuta, který bývá často spojován s fyzioterapeutem nebo jinými odborníky. Doporučením pro další výzkum by mohlo být rozšíření studií o samotné profesi ergoterapeuta nejen v České republice, ale i v zahraničí. Výzkumy by se též mohly zaměřit na oblast paliativní péče v souvislosti s ergoterapií a zapojení rodinných příslušníků do procesu péče o klienta.

REFERENČNÍ SEZNAM

About Occupational Therapy, 2022. In: American Occupational Therapy Association [online]. American Occupational Therapy Association [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://www.aota.org/about/for-the-media/about-occupational-therapy>

About Occupational Therapy. WFOT [online]. London, 2012 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

BANASIAK, Małgorzata a Agata WOŁOWSKA, 2019. DEMENTAGOGY: NON-PHARMACOLOGICAL FORMS OF SUPPORT FOR PEOPLE WITH DEMENTIA. Forum Pedagogiczne / Pedagogical Forum [online]. 9(2, Part 2), 283-296 [cit. 2021-12-07]. ISSN 20836325. Dostupné z: doi:10.21697/fp.2019.2.45

BREKKE, Mette Falk, Karen LA COUR, Åse BRANDT, Hanne PEOPLES a Eva Ejlersen WÆHRENS, 2019. The Association between ADL Ability and Quality of Life among People with Advanced Cancer. Occupational Therapy International [online]. 2019, 1-10 [cit. 2022-04-05]. ISSN 09667903. Dostupné z: doi:10.1155/2019/2629673

BUARD, Isabelle, Lucas LATTANZIO, Rebekah STEWART, et al., 2021. Randomized controlled trial of neurologic music therapy in Parkinson's disease: research rehabilitation protocols for mechanistic and clinical investigations. Trials [online]. 22(1), 1-9 [cit. 2022-03-18]. ISSN 17456215. Dostupné z: doi:10.1186/s13063-021-05560-7

BUTURA, George Cosmin, 2021. Increasing the Quality of Life in the Elderly through Horticulture Therapy. Revista Universitara de Sociologie [online]. 2021(2), 372-379 [cit. 2022-03-18]. ISSN 18416578. Dostupné z: EBSCO

CLARK, Gloria Frolek, Patricia LAVERDURE, Jean POLICHINO a Kathleen KANNENBERG, 2017. Guidelines for Occupational Therapy Services in Early Intervention and Schools. The American Journal of Occupational Therapy. 71(Supplement_2), 7112410010p1-7112410010p10. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2017.716S01

Co je ergoterapie. Česká asociace ergoterapeutů [online]. Česká asociace ergoterapeutů, © 2008–2022 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírnka zákonů České republiky. 2006, částka 37, § 32. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

DIEHL, Kristina, André KRATZER a Elmar GRAESSEL, 2020. The MAKS-s study: multicomponent non-pharmacological intervention for people with severe dementia in inpatient care – study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics* [online]. 20(1), 1-12 [cit. 2022-04-01]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: doi:10.1186/s12877-020-01807-1

EVA, Gail a Deidre MORGAN, 2018. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*. 32(5), 960-968. ISSN 0269-2163. Dostupné z: doi:10.1177/0269216318758928

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4713-144.

GARCÍA-PÉREZ, Patricia, María del Carmen RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, José Pablo LARA a Carlos de la CRUZ-COSME, 2021. Early Occupational Therapy Intervention in the Hospital Discharge after Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(24), 1-11. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph182412877

HAGELSKJAER, Vita, Kristina Tomra NIELSEN, Cecilie VON BÜLOW, Maud GRAFF a Eva Ejlersen WAEHRENS, 2021. Occupational therapy addressing the ability to perform activities of daily living among persons living with chronic conditions: a randomised controlled pilot study of ABLE 2.0. *Pilot and Feasibility Studies* [online]. 7(1), 1-15 [cit. 2022-04-04]. ISSN 20555784. Dostupné z: doi:10.1186/s40814-021-00861-9

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. Ergoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

KOKKO, Riitta-liisa, Kaija HÄNNINEN a Maritta TÖRRÖNEN, 2021. Social Rehabilitation Through a Community-Based Rehabilitation Lens: Empowerment, Participation and Inclusion of the Elderly Long-Term Unemployed in the Re-employment Process. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health* [online]. 8(2), 199-210 [cit. 2022-04-02]. ISSN 21989834. Dostupné z: doi:10.1007/s40737-020-00189-2

KRÁLOVÁ, Kateřina, Tereza GUEYE a Olga ŠVESTKOVÁ, 2019. Ergoterapeutická intervence na lůžkách včasné rehabilitace ovlivňuje soběstačnost i délku hospitalizace. *Rehabilitation* [online]. 26(1), 5-16 [cit. 2022-02-07]. ISSN 12112658. Dostupné z: EBSCO

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

MILLER, Patricia Ann, 2008. *The Encyclopedia of Elder Care*. 2nd. ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0259-1.

MOROVIC, Sandra, Hrvoje BUDINCEVIC, Valbona GOVORI a Vida DEMARIN, 2019. Possibilities of Dementia Prevention - It is Never Too Early to Start. *Journal of medicine and life* [online]. 12(4), 332-337 [cit. 2022-05-01]. ISSN 18443117. Dostupné z: doi:10.25122/jml-2019-0088

NAKAMAE, Toshimichi, Kayano YOTSUMOTO, Eri TATSUMI a Takeshi HASHIMOTO, 2014. Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* [online]. 24(1), 13-19 [cit. 2022-05-03]. ISSN 15691861. Dostupné z: doi:10.1016/j.hkjot.2014.01.003

O Bazální stimulaci®. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE PODLE PROF. DR. FRÖHLICHA, S. R. O. [online]. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, c2004–2019 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

POKORNÁ, Andrea a Michaela SUKUPOVÁ, 2014. Naomi Feil validation® in geriatric care. *KONTAKT* [online]. 16(2), e71 [cit. 2021-12-07]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2014.05.004

Pracovní rehabilitace. Asociace pracovní rehabilitace ČR [online]. Chomutov: © Asociace pracovní rehabilitace ČR, 2022 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace/>

RODOVÁ, Zuzana, Kateřina RYBÁŘOVÁ, Lenka KADEŘÁBKOVÁ a Yvona ANGEROVÁ, 2021. Profile of the profession of occupational therapy in the Czech Republic. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 28(3), 132-138 [cit. 2022-03-18]. ISSN 12112658. Dostupné z: doi:10.48095/ccrhfl2021132

SCOTT, Iona, Claudia COOPER, Monica LEVERTON, Alex BURTON, Jules BERESFORD-DENT, Kenneth ROCKWOOD, Laurie BUTLER a Penny RAPAPORT, 2019. Effects of nonpharmacological interventions on functioning of people living with dementia at home: A systematic review of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 34(10), 1386-1402. ISSN 0885-6230. Dostupné z: doi:10.1002/gps.5127

SMALLFIELD, Stacy a Whitney Lucas MOLITOR, 2018. Occupational Therapy Interventions Supporting Social Participation and Leisure Engagement for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy* [online]. 72(4), 1-8 [cit. 2022-04-26]. ISSN 02729490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2018.030627

ŠVESTKOVÁ PH.D., doc. MUDr. Olga. Ergoterapie. Rehabilitation [online]. 2015, 22(1), 38-44 [cit. 2021-10-03]. ISSN 12112658.

TAKEDA, Masatoshi, Toshihisa TANAKA, Masayasu OKOCHI a Hiromitsu KAZUI, 2012. Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry and clinical neurosciences* [online]. 66(1), 1-7 [cit. 2022-03-10]. ISSN 14401819. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02304.x

TOBIS, Sławomir, Krystyna JARACZ, Sylwia KROPIŃSKA, Dorota TALARSKA, Juanita HOE, Katarzyna WIECZOROWSKA-TOBIS a Aleksandra SUWALSKA, 2021. Needs of older persons living in long-term care institutions: on the usefulness of cluster approach. *BMC Geriatrics* [online]. 21(1), 2-8 [cit. 2022-02-20]. ISSN 14712318. Dostupné z: doi:10.1186/s12877-021-02259-x

Víte, co je ergoterapie?, 2022. Revma Liga [online]. Praha: Revma Liga Česká republika, 2019 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://www.revmaliga.cz/klub/skleroderma/vite-co-je-ergoterapie/>

Vysokoškolské studium. Česká asociace ergoterapeutů [online]. Česká asociace ergoterapeutů, © 2008–2021 [cit. 2021-10-17]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/studium-ergoterapie/>

WAGENFELD, Amy a Ben ATCHISON, 2014. “Putting the Occupation Back in Occupational Therapy: ” A Survey of Occupational Therapy Practitioners’ Use of Gardening as an Intervention. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 2(4). ISSN 2168-6408. Dostupné z: doi:10.15453/2168-6408.1128

WANG, Zhijie, Yu ZHANG, Shanshan LU, Linlin TAN, Wei GUO, Mark LOWN, Xiaoyang HU a Jianping LIU, 2022. Horticultural therapy for general health in the older adults: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE [online]. 17(2), 1-16 [cit. 2022-03-18]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0263598

WIENER, Jan M. a Francesca PAZZAGLIA, 2021. Ageing- and dementia-friendly design: Theory and evidence from cognitive psychology, neuropsychology and environmental psychology can contribute to design guidelines that minimise spatial disorientation. Cognitive Processing [online]. 22(4), 715-730 [cit. 2022-03-16]. ISSN 16124782. Dostupné z: doi:10.1007/s10339-021-01031-8

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. Nefarmakologická léčba v geriatrii. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

SEZNAM ZKRATEK

ADL	activities of daily living
AOTA	American Occupational Therapy Association
bADL	basic activities of daily living
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
EAPC	Evropská asociace pro paliativní péči
iADL	instrumental activities of daily living
WFOT	World Federation of Occupational Therapists