

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav klinické rehabilitace

Bc. Monika Malušová

**Zastoupení a význam ergoterapeutů ve zdravotnických
a sociálních zařízeních**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Vladimíra Soporská

Olomouc 2024

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

Olomouc 14. května 2024

Monika Malúšová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce Mgr. et Ing. Vladimíře Soporské za odborné vedení, cenné rady a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Název práce v ČJ: Zastoupení a význam ergoterapeutů ve zdravotnických a sociálních zařízeních

Název práce v AJ: Representation and importance of occupational therapists in medical and social facilities

Datum zadání: 2023-11-30

Datum odevzdání: 2024-05-14

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav klinické rehabilitace

Autor práce: Bc. Monika Malušová

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Vladimíra Soporská

Oponent práce: Mgr. Marcela Kučerová, DiS.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ergoterapie a její zastoupení ve zdravotnických a sociálních zařízeních ve vybraných krajích České republiky. První kapitola charakterizuje obor ergoterapie, jeho historii, organizace, možnosti studia a celoživotního vzdělávání ergoterapeutů. V druhé kapitole jsou shrnuty možnosti uplatnění absolventů oboru ergoterapie. Poslední kapitola pojednává o ergoterapii ve zdravotnických a sociálních zařízeních a uvádí u konkrétních typů zařízení zastoupení ergoterapie a základní náplň práce ergoterapeuta.

Abstrakt v AJ:

The bachelor's thesis focuses on the topic of occupational therapy and its role within health and social care facilities in selected regions of the Czech Republic. The first chapter delineates the field of occupational therapy, encompassing its history, organization, opportunities for study, and lifelong education for occupational therapists. The second chapter provides an overview of the employment prospects for occupational therapy graduates. The

final chapter delves into the function of occupational therapy within health and social care institutions, presenting how it is represented in various types of facilities and outlining the fundamental job responsibilities of an occupational therapist.

Klíčová slova v ČJ: ergoterapie, zdravotnická zařízení, sociální zařízení, uplatnění, studium ergoterapie

Klíčová slova v AJ: occupational therapy, medical facilities, social facilities, employment, study of occupational therapy

Rozsah: 48 stran

Obsah

Úvod	8
1 Ergoterapie.....	9
1.1 Definice a cíle oboru.....	9
1.2 Oblasti ergoterapie	10
1.3 Historie ergoterapie v ČR	11
1.4 Ergoterapeutické organizace	12
1.4.1 Česká asociace ergoterapeutů.....	12
1.4.2 Mezinárodní organizace	13
1.5 Studium ergoterapie	15
1.6 Celoživotní vzdělávání	16
1.6.1 Specializační vzdělávání	16
1.6.2 Certifikované kurzy.....	17
2 Uplatnění ergoterapeuta.....	19
2.1 Ergoterapie ve školských zařízeních.....	20
2.2 Ergoterapie v oblasti ergonomie	20
3 Zastoupení a význam ergoterapie ve zdravotnických a sociálních zařízeních	23
3.1 Zdravotnická zařízení (nemocnice a polikliniky)	23
3.1.1 Ergoterapie v chirurgii.....	23
3.1.2 Ergoterapie v neurologii.....	24
3.1.3 Ergoterapie v revmatologii.....	25
3.1.4 Ergodiagnostika.....	26
3.2 Zastoupení ergoterapie v nemocnicích a poliklinikách	27
3.3 Další zdravotnická zařízení.....	29
3.3.1 Nácvik sebeobsluhy.....	30
3.3.2 Adaptace fyzického prostředí	31
3.3.3 Instruktaž a zácvik rodiny	32
3.4 Zastoupení ergoterapie v rehabilitačních zařízeních a lázních	32
3.5 Psychiatrické nemocnice.....	33
3.6 Zastoupení ergoterapie v psychiatrických nemocnicích	34
3.7 Ergoterapie v domovech pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením	34
3.7.1 Kognitivní rehabilitace.....	35
3.7.2 Pohybové aktivity.....	36
3.7.3 Animoterapie	36

3.7.4 Reminiscence	37
3.8 Zastoupení ergoterapie v domovech pro seniory	37
Závěr	38
Referenční seznam.....	40
Seznam zkratek.....	46
Seznam obrázků.....	47
Seznam tabulek.....	48

Úvod

Ergoterapie je v České republice poměrně mladým oborem. Je to dynamicky se rozvíjející disciplína, která hraje klíčovou roli v oblasti zdravotní, ale i sociální péče. Hlavním přínosem ergoterapie je znovuzískání nezávislosti a zlepšení kvality každodenního života u klienta. Nedílnou součástí terapie je snaha o obnovení jeho fyzických, psychických a sociálních schopností. Protože ergoterapeut přistupuje ke klientovi individuálně, výsledkem je efektivnější a cílenější rehabilitace.

Ergoterapeuti mají široké pole působnosti. Pracují s lidmi od raného věku po seniory. V rámci své praxe se dětští ergoterapeuti nejčastěji setkávají s diagnózami jako jsou vrozené vývojové vady, senzorické integrační poruchy, poruchy autistického spektra, poruchy pozornosti s hyperaktivitou a mnoho dalších. Při terapii u dospělých osob a seniorů se ergoterapeut uplatní mimo jiné u neurologických, traumatologických, revmatických a ortopedických onemocnění.

Pracovní uplatnění ergoterapeutů je z velké části ve zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice a rehabilitační ústavy. Můžeme se s nimi také setkat v oblasti sociálních služeb nebo v jiných, méně známých oblastech např. při řešení otázky ergonomie na pracovišti.

Nezastupitelná role ergoterapeuta se ukazuje čím dál více. Začíná být důležitou součástí multidisciplinárního týmu jak ve zdravotnických, tak i v sociálních zařízeních. Na úspěšnou rehabilitaci má také vliv spolupráce ergoterapeuta s dalšími odborníky. Nejčastěji tvoří interdisciplinární tým s fyzioterapeutem, lékařem, klinickým logopedem, klinickým psychologem, speciálním pedagogem a sociálním pracovníkem. Důležitou, ne-li klíčovou roli v terapii klienta hraje jeho rodina. Její zapojení do celého procesu může pozitivně ovlivnit efektivitu terapie a napomoci dosažení terapeutických cílů.

Mým záměrem je osvětlit význam a rozsah práce ergoterapeutů, jejich přínosy pro pacienty a společnost a zvýšit povědomí o nutnosti jejich většího zastoupení u nás.

Cílem bakalářské práce je shrnout poznatky o ergoterapii se zaměřením na zdravotnická a sociální zařízení. Dále seznámit čtenáře s možnostmi studia a následného uplatnění v oboru ergoterapie, a to i v jiných typech zařízení. Součástí práce je znázornění zastoupení ergoterapie v jednotlivých zařízeních ve vybraných krajích.

1 Ergoterapie

1.1 Definice a cíle oboru

Česká asociace ergoterapeutů (2008) definuje ergoterapii jako „*profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním).*“

Pojem ergoterapie vznikl spojením řeckých slov ergon (práce) a therapia (léčení, terapie). Původně se ergoterapie označovala jako léčba prací, v současnosti se již tento termín nepoužívá. V minulosti byla ergoterapie také označována jako pracovní terapie a docházelo k záměně s termínem pracovní rehabilitace, který však označuje přípravu na zaměstnání. V zahraničí je používán název occupational therapy, což můžeme přeložit jako „zaměstnávání“ (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut pracuje s lidmi všech věkových kategorií a pomáhá jim překonávat problémy týkající se vykonávání běžných denních činností. Spolu s klientem vytváří plán a stanovuje cíle, kterých se za účelem zlepšení kvality každodenního života snaží dosáhnout (RCOT, 2024). Ergoterapie usiluje o zachování či zlepšení tělesného a duševního stavu. Hledá způsoby, jak zapojit jedince do společnosti a plně jej v tomto procesu podporuje (Kubínková a Křížová, 1997).

Dle České asociace ergoterapeutů (2008) je hlavním cílem ergoterapie „*umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech, pracovních činnostech a aktivitách volného času.*“ Prostředkem k dosažení tohoto cíle je zaměstnávání, které napomáhá obnově postižených funkcí. Ergoterapeut nacvičuje s klientem činnosti, ve kterých je omezen z důvodu nemoci, úrazu, vývojové vady či stárnutí, a to nejlépe v domácím prostředí. Výběr činností by měl zohledňovat věk klienta, pohlaví, funkční stav a podmínky prostředí, ve kterém se nachází. Činnosti se rovněž musí vztahovat k sociálním rolím, které klient zastupuje nebo se od něj očekávají (ČAE, 2008).

Cílem ergoterapie je tedy maximální rozvoj a udržení funkčních schopností jedince s ohledem na jeho potřeby a potřeby jeho okolí v oblastech ADL, práce, hry a volného času; zabránění vzniku dysfunkce, umožnění naplňování sociálních rolí a co největší míra zapojení do života společnosti (Krivošíková, 2011).

1.2 Oblasti ergoterapie

Ergoterapeut se může realizovat v těchto pěti oblastech:

- Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL)
- Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností
- Ergoterapie zaměstnáváním
- Ergoterapie funkční
- Ergoterapie zaměřená na poradenství (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie zaměřená na nácvik ADL pomáhá lidem po úrazech a onemocněních znovu dosáhnout co největší samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních aktivitách. Tyto aktivity rozdělujeme na personální a instrumentální. Personální zahrnují oblasti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím a jedinec je vykonává každý den. Patří sem schopnost vykonat osobní hygienu, koupat se, obléct se, najíst se, použít toaletu, schopnost přesunu a funkční mobility. Instrumentální aktivity jedinec vykonává ve svém širším prostředí a zahrnují pokročilejší činnosti v domácnosti, jako je vaření, domácí práce, telefonování, nakupování, manipulace s penězi, použití hromadné dopravy či jízda autem (Krivošíková, 2011).

Pracovní rehabilitace je komplexní proces, který si zakládá na individuálním přístupu ke klientovi s cílem zhodnotit jeho pracovní potenciál. Pomáhá lidem v udržení stávajícího zaměstnání nebo v přípravě na jiné vhodné zaměstnání. Zabývá se poradenstvím, přípravou k práci, rekvalifikačními kurzy a v neposlední řadě vytvářením vhodných pracovních podmínek. Součástí pracovní rehabilitace je ergodiagnostika (ED), tedy vyšetření, jehož cílem je posoudit psychické, sensorické a motorické funkce osoby se zdravotním postižením v kontextu práce. Klient, u kterého nastaly změny v pracovních schopnostech, se ergodiagnostice může podrobit na vlastní žádost (Sládková, 2023). Z výsledků vyšetření pro něj vyplyne určení optimálních pracovních poloh na pracovišti, optimální způsob manipulace s předměty, posouzení celkové fyzické zátěže, hodnocení jemné motoriky rukou, zátěž na smyslové a kognitivní funkce (Pracovně rehabilitační středisko, 2021). ED vyšetření není přínosné pro osoby ve starobním důchodu, osoby s těžkými psychickými problémy, osoby s mentálním postižením či pro osoby pouze se smyslovým postižením (Sládková, 2023).

Ergoterapie zaměstnáváním je ze všech oblastí nejvíce známá veřejnosti. Snahou je odpoutat myšlenky jedince od nepříznivých vlivů jeho onemocnění a co nejdéle udržet dobrou fyzickou a duševní kondici. Především v minulosti, ale v některých zařízeních i v současnosti (psychiatrické léčebny), se uplatňovaly rukodělné činnosti. Klienti pracovali v řemeslných

dílnách, ale terapie probíhala i mimo to, např. se ve společenských místnostech hrály hry, probíhaly pohybové aktivity nebo se klienti věnovali čtení a poslechu hudby (Krivošíková, 2011).

Důležitou oblastí v ergoterapeutické praxi je ergoterapie funkční. Úlohou terapeuta je cílit terapii na zlepšení funkcí postižené oblasti. Toto se děje za intenzivního a pravidelného cvičení, ke kterému se dají využít i techniky kreativní. Terapie se zaměřuje na zlepšení senzomotorické, kognitivní nebo psychosociální složky činnosti (Krivošíková, 2011).

Jelínková (2023) ve své knize uvádí druhy poradenství, které ergoterapeut poskytuje klientovi se zdravotním omezením a jeho rodinným příslušníkům. Může se jednat o poradenství v domácím prostředí klienta týkající se úprav tohoto prostředí tak, aby bylo pro klienta co nejbezpečnější. Dále může s klientem probrat oblast prevence pádů nebo prevenci ztráty soběstačnosti, a to především u seniorů. Rady ergoterapeut poskytuje lidem všech věkových skupin, u dětí je to raná péče či ve školství v inkluzivním vzdělávání. Angažuje se v oblastech ergonomického poradenství, duševního zdraví, sexuality a mnoha dalších.

1.3 Historie ergoterapie v ČR

První experimenty s moderní rehabilitací pomocí pracovní terapie začaly již v polovině 19. století v Ústavu pro choromyslné v Praze. Na Moravě, ve vyhledávaných lázních Jeseník, aplikovali terapii na čerstvém vzduchu ve formě systematického otužování těla čistou horskou vodou (Krivošíková, 2011).

O zlepšení podmínek v psychiatrických léčebnách se u nás zasloužil profesor Čermák. Pacienti v rámci léčby pracovali na zahradách, později v řemeslných a jiných dílnách. Na začátku 20. století profesor František Hamza využíval ergoterapii v sanatoriu v Luži-Košumberku, které se specializovalo na léčbu tuberkulózy (Kubínková a Křížová, 1997). Významným pokrokovým představitelem ergoterapie byl profesor Rudolf Jedlička, jenž roku 1913 založil v Praze na Vyšehradě Ústav a školu nesoucí jeho jméno. Při terapii dbal na pohyb a nezapomínal na práci v dílnách různého zaměření. Po první světové válce byly vybudovány ústavy v dalších městech. Po skončení druhé světové války došlo k dalšímu rozvoji ergoterapie a otevření rehabilitačních zařízení. Zprovozněním rehabilitačního ústavu v Kladrubech se naskytla možnost terapií pro jedince s amputovanými končetinami, ale také pro paraplegiky, kvadruplegiky a polytrauma (Krivošíková, 2011). V Moravskoslezském kraji byl v roce 1952 zprovozněn rehabilitační ústav v Chuchelné, kde se nejdříve rehabilitovali pouze muži po těžkých úrazech v dolech a hutích, až po nějakém čase se otevřelo oddělení pro ženy a děti.

V roce 1975 následovalo otevření rehabilitačního ústavu v Hrabyni (Klusoňová, 2013). Velký rozvoj ergoterapie nastává v 90. letech. Obnovují se kontakty s ergoterapeuty ze zahraničí, otevírá se první studijní vysokoškolský obor umožňující studium ergoterapie, vzniká Česká asociace ergoterapeutů a celkově se zlepšují podmínky pro rozvoj oboru (Křivošíková, 2011).

1.4 Ergoterapeutické organizace

1.4.1 Česká asociace ergoterapeutů

„Česká asociace ergoterapeutů je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů České republiky.“ Na mezinárodní úrovni je členem Rady ergoterapeutů pro evropské země a Světové federace ergoterapeutů (ČAE, 2023). Asociace sídlí v Praze a jedná se o právnickou osobu v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Za hlavní cíle jmenuje maximální možnou soběstačnost a zlepšení kvality života osoby s disabilitou za použití ergoterapeutického působení při terapii. Propaguje a podporuje rozšíření sítě ergoterapeutických pracovišť. Zdůrazňuje důležitost a nezastupitelnost ergoterapie v rehabilitaci. Aktivně se angažuje v oblasti prevence a zdravotní osvěty v kontextu ergoterapie. Dalším, ale zdaleka ne posledním cílem je snaha přispívat ke zvyšování standardů na pracovištích a hájení profesních práv a zájmů členů spolku (ČAE, 2024).

ČAE každoročně slaví světový den ergoterapie, který připadá na 27. října. Téma pro rok 2024 je „Jednota skrze komunitu“. Na tento rok je také stanoveno několik cílů, kterých chce asociace dosáhnout. V oblasti sociálních sítí je to informovat o aktuálním dění v asociaci či prezentovat obor. V rámci sponzoringu usiluje o navázání nových spoluprací a představení výhod a slev, které mohou členové využít. V neposlední řadě zamýšlí pokračovat v pořádání webinářů, setkání skupin, obnově spolupráce se školami nebo rozšíření benefitů pro stávající členy (ČAE, 2023).

Asociace nabízí možnost registrace za poplatek, přičemž členství s sebou přináší mnoho benefitů. V následující tabulce č. 1 je znázorněn počet registrovaných členů asociace k 31.12.2023 (ČAE, 2023).

Tabulka 1 Členství v ČAE (ČAE, 2023)

Plné členství	197 osob
Studentské členství	43 osob
Snížené členství	36 osob
Přidružené členství	9 osob
Čestné členství	4 osoby
Celkem	289 osob

Aby se zájemce stal členem asociace, musí být starší 18 let a vyjádřit souhlasný postoj se stanovami a cíli spolku. O přijetí rozhoduje výběr spolku (ČAE, 2024).

1.4.2 Mezinárodní organizace

WFOT

World Federation of Occupational Therapists – Světová federace ergoterapeutů je mezinárodní organizace, která reprezentuje obor ergoterapie a stanovuje standardy pro vzdělávání ergoterapeutů. Podporuje praxi a výzkum v oboru. Síť WFOT zahrnuje 111 členských organizací, které zastupují 633 000 ergoterapeutů (WFOT, 2024). Úkolem organizace je zastupovat ergoterapii ve světě, zlepšovat podmínky pro její praktikování, podporovat spolupráci a sdílení informací mezi jednotlivými asociacemi, rozšiřovat povědomí o profesi a organizovat mezinárodní kongresy. WFOT byla založena v roce 1952, spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací a jejím členem je také ČAE (ČAE, 2024).



Obrázek 1 Logo WFOT (ČAE, 2024)

COTEC

Council of Occupational Therapists for the European Countries – Rada ergoterapeutů pro evropské země vznikla v roce 1986 za účelem koordinace národních evropských ergoterapeutických asociací. Jejím cílem je zvýšit povědomí o ergoterapii, zajistit její dostupnost pro evropské občany, podporovat své členy a spolupráci na evropské úrovni. Usiluje o zlepšení odborné úrovně praxe a vzdělání. Sdružuje 33 evropských asociací ergoterapie a více než 205 000 ergoterapeutů (COTEC, 2024).



Obrázek 2 Logo COTEC (COTEC, 2024)

ENOTHE

The European Network of Occupational Therapy in Higher Education – Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání byla založena v roce 1995 pod záštitou Evropské unie. Za cíl si klade zvýšit kvalitu vzdělání, sjednotit evropské vzdělávací programy ergoterapie a rozvíjet ergoterapii v Evropě skrze spolupráci mezi školami, profesními sdruženími, organizacemi a zaměstnavateli. Spolupracuje s Radou (COTEC) za účelem propagace ergoterapeutického vzdělání v Evropě a podporuje celoživotní vzdělávání v oboru (ENOTHE, 2024).



Obrázek 3 Logo ENOTHE (ČAE, 2024)

SPOT EUROPE

Europe Student Platform Occupational Therapy – Studentská ergoterapeutická platforma vznikla v roce 2014 v rámci studentského setkání na kongresu ENOTHE v Nizozemsku. SPOT spolupracuje jak s ENOTHE, tak i s dalšími studentskými organizacemi. Od roku 2017 funguje mini SPOT, tedy spolek studentů na jednotlivých univerzitách, kteří

vymýšlí a organizují své vlastní aktivity za účelem propagace a zviditelnění ergoterapie (SPOTEUROPE, 2024).



Obrázek 4 Logo SPOT Europe (SPOTEUROPE, 2024)

1.5 Studium ergoterapie

V roce 1992 se v Ostravě otevřel první tříletý studijní program ergoterapie. Studenti získali po absolvování titul diplomovaný ergoterapeut. O dva roky později následuje otevření prvního bakalářského oboru v Praze na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Zásahu na otevření oboru v Praze měli profesor Jan Pfeiffer a docent Jiří Votava (Krivošíková, 2011). V tabulkách 2 a 3 jsou uvedeny možnosti studia ergoterapie na vysokých školách.

Tabulka 2 Bakalářské studium (ČAE, 2024)

Bakalářské studium		
Univerzita	Fakulta	Forma studia
Univerzita Karlova v Praze	1. Lékařská fakulta	prezenční
Západočeská univerzita v Plzni	Fakulta zdravotnických studií	prezenční
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem	Fakulta zdravotnických studií	prezenční + kombinované
Univerzita Palackého v Olomouci	Fakulta zdravotnických věd	prezenční
Ostravská univerzita v Ostravě	Lékařská fakulta	prezenční

Komentář: Z tabulky vyplývá, že lze v České republice studovat bakalářský studijní program ergoterapie v pěti městech. Pouze v Ústí nad Labem je možnost studovat i kombinovaně. V Olomouci je studijní program otevřen od roku 2019.

Tabulka 3 Magisterské studium (ČAE, 2024)

Magisterské studium		
Univerzita	Fakulta	Forma studia
Univerzita Karlova v Praze	1. Lékařská fakulta	kombinovaná

Navazující magisterské studium „Ergoterapie pro dospělé“ lze studovat pouze na UK v Praze. Jedná se o specializační vzdělání určené pro absolventy bakalářského studijního programu. Studenti se připravují na budoucí vedení ergoterapeutického týmu, absolventi se uplatní také v oblasti vědecko-výzkumné a mají kompetence k publikování odborných textů. V případě zájmu mohou pokračovat v dalším vzdělávání v doktorandských programech (1. LF UK, 2020).

1.6 Celoživotní vzdělávání

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ukládá povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické a jiné odborné pracovníky, tudíž i pro ergoterapeuty. Zdravotníci si musí neustále obnovovat, doplňovat a zvyšovat svou odbornou kvalifikaci. Tento zákon rozlišuje několik forem celoživotního vzdělávání a za účast se vydává potvrzení (Česko, 2004).

Celoživotní vzdělávání zahrnuje:

- specializační vzdělávání
- certifikované kurzy
- inovační kurzy v akreditovaných zařízeních
- odborné stáže v akreditovaných zařízeních
- účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích
- publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu
- e-learningový kurz
- samostatné studium odborné literatury (Česko, 2004)

1.6.1 Specializační vzdělávání

Aby byl zájemce zařazen do specializačního vzdělávání, musí splnit několik podmínek. Musí mít odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a požaduje se vyplnění žádosti k vzdělávání. Pokud je vybrán k tomuto vzdělávání, obdrží sdělení o zařazení. Samotné

vzdělávání sestává z teoretické a praktické výuky, odborné praxe a potvrzení splněných výkonů. Před atestační zkouškou prokáže, že vykonával zdravotnické povolání v daném oboru specializace po dobu minimálně jednoho roku z období posledních šesti let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby anebo minimálně dvou let v období posledních šesti let, a to v rozsahu pětiny stanovené týdenní pracovní doby. U atestační zkoušky prokáže, že splnil všechny požadavky stanovené příslušným vzdělávacím programem (NCO NZO, 2023). Po úspěšném vykonání atestační zkoušky získá absolvent diplom o specializaci, který vydává ministerstvo skrz pověřenou organizaci (NCO NZO, IPVZ) (IPVZ, 2024).

Nabídka možností specializačního vzdělávání a vzdělávacích akcí je zveřejněna každý rok Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). Ergoterapeuti mohou absolvovat specializační vzdělání s názvem „Ergoterapie pro dospělé“. V roce 2024 je pro zájemce z řad ergoterapeutů otevřeno několik vzdělávacích kurzů. Jedná se o kurzy zaměřené na vyšetření paměti dle daných testů, principy správného sedu a mobility ve vozíku nebo možnosti rehabilitace u roztroušené sklerózy (NCO NZO, 2024).

1.6.2 Certifikované kurzy

Další možností, jak si rozšířit kvalifikaci, je absolvovat certifikovaný kurz. Díky němu ergoterapeuti získávají zvláštní odbornou způsobilost. Kurz nenahrazuje specializační vzdělávání, probíhá v akreditovaných zařízeních a průběh spolu s požadavky na ukončení je také v kompetenci zařízení. Dokladem, který absolvent získá, je certifikát (Česko, 2004).

Jedním z nejžádanějších certifikovaných kurzů je Bobath koncept. Jedná se o individuální terapeutický přístup, který se zabývá řešením problémů pacientů s poruchami funkce, pohybu a posturální kontroly, které jsou způsobeny lézemi centrální nervové soustavy. Tento přístup si zakládá na 24hodinové péči o pacienta ve spolupráci s dalšími odborníky v týmu (IBITA, 2024). Terapie vychází z neurofyziologických principů facilitace a inhibice. Při této terapii jsou na terapeuta kladeny vysoké nároky, protože usiluje o participaci klienta na vlastní terapii z důvodu dosažení co nejlepších výsledků. Vyšetření a terapie jsou vzájemně propojeny a cílem je nalézt nejefektivnější posturální a pohybové strategie k řešení motorických omezení, které brání pacientovi v plnění jeho aktivit (Bobath koncept pro dospělé, 2024).

Následující techniku využívají ve své praxi ergoterapeuti poměrně často. Míčková facilitace, známá také jako míčkování, je terapeutická technika využívaná především u dětí s astmatem, ale používá se také při léčbě artróz, skolióz, v pooperační péči o jizvu, při senzomotorické stimulaci nebo při potížích s dechem. Založena je na molitanových míčcích

různých rozměrů. Princip terapie spočívá v masáži, při které dochází k uvolnění svalů zad, hrudníku, krku a pánve. Změny nastávají v oblasti dýchacího ústrojí – uvolňuje se bránice, zvyšuje se dechový objem, snižuje se dechová frekvence. Dochází k usnadnění nádechu a tlumení výdechu. Míčkování má ovšem i pozitivní efekt na celkovou kondici (Bílková, 2024).

Ergoterapeuti dále mohou absolvovat kurz bazální stimulace. Koncept se využívá ve zdravotnických zařízeních (např. v nemocnicích) v péči o předčasně narozené novorozence, u osob po traumatech mozku či po cévních mozkových příhodách, ale také v sociálních zařízeních (např. v domovech pro seniory a domovech pro osoby se zdravotním postižením) u seniorů imobilních či s demencí a u osob s kombinovaným postižením. Nezapomíná také na péči u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve školských zařízeních. Mezi základní prvky konceptu patří stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Tyto prvky mají za cíl posílit vnímání tělesného schématu a zajistit základní životní funkce. Důležitou roli při stimulaci hrají doteky, jejichž uplatňování má svá pravidla (Institut bazální stimulace, 2024).

Dalším z kurzů, který mohou ergoterapeuti absolvovat, je kurz metody PANat. Tato metoda spočívá ve využití vzduchových dlah určených pro celou končetinu nebo její část s cílem především zmírnit otok, uvolnit měkké tkáně, předejít kontrakturám a podpořit oporu o končetinu a její vnímání. Dlahy napomáhají udržet výsledky rehabilitace po delší dobu. U dětí napomáhají při vývoji motoriky, protože podporují ontogenetický vývoj. Tato metoda má široké spektrum využití, ať už u osob po CMP, u DMO, hemiparéz a hemiplegií. Používají se při rehabilitaci u osob s kloubní hypermobilitou, spastiků, poúrazových stavů nebo při bolestech kloubů (Vodička, 2024).

2 Uplatnění ergoterapeuta

Ergoterapeut pracuje s lidmi všech věkových kategorií s různými druhy onemocnění či postižení. Pole jeho působnosti je široké. Nejčastěji se s ergoterapeutem setkáme ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ale dostává se do popředí už i v jiných oblastech, např. v domácím prostředí (Jelínková, 2009). ČAE spravuje seznam všech zařízení na území České republiky, které souhlasily s uveřejněním kontaktu. Bližší informace uvádí do mapy. Dle nejnovější statistiky z února 2024 je zde celkem 179 zařízení (ČAE, 2024).

Dle ČAE (2007) je ergoterapie poskytována ve zdravotnických zařízeních státního i nestátního typu na lůžkových odděleních a ambulancích. Níže je uveden přehled zdravotnických zařízení:

- kliniky rehabilitačního lékařství
- centra léčebné rehabilitace
- rehabilitační zařízení
- centra a oddělení léčebné rehabilitace
- denní rehabilitační stacionáře
- specializované léčebné ústavy
- agentury domácí péče
- lázně (ČAE, 2007)

Ergoterapie je poskytována v následujících typech sociálních zařízení:

- denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro děti, dospělé a seniory
- denní stacionáře a terapeutické dílny pro osoby s duševním onemocněním
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- penziony a domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením
- osobní asistence
- chráněné bydlení
- raná péče
- programy předpracovní a pracovní rehabilitace, programy chráněného zaměstnání (ČAE, 2007).

Mimo uvedená zařízení se ergoterapie rozšiřuje i do speciálních škol a mateřských školek, do vzdělávacích institucí pro přípravu studentů ergoterapie, do profesní organizace

ergoterapeutů, do firem, kde ergoterapeut hodnotí ergonomii či do firem s kompenzačními pomůckami (Jelínková, 2009).

2.1 Ergoterapie ve školských zařízeních

V posledních letech dochází k rozšíření působení ergoterapeutů i do školských zařízení. Ergoterapeut sleduje dítě, jak se ve škole chová, hodnotí jeho výkon a spolupracuje s dalšími odborníky a učiteli. V případě potřeby stanoví plán, který dítěti pomůže učit se, hrát si a komunikovat s ostatními dětmi. Nejčastěji zde probíhá práce s dětmi s tělesným postižením, zpožděným vývojem, poruchami učení, řečovými poruchami, smyslovým postižením nebo s poruchami chování a emocí (Stanford Medicine Children's Health, 2024).

Menším dětem pomáhá ergoterapeut s osvojením správných grafomotorických návyků a poskytuje rady ohledně správného nošení školních batohů tak, aby se u dítěte nerozvinulo vadné držení těla (Jelínková, 2023). U dětí s ADHD, která je považována za nejčastější neurobehaviorální poruchu se širokým spektrem projevů (především je přítomna nepozornost, hyperaktivita a impulzivita) pomáhá s nácvikem udržení pozornosti a schopnosti se soustředit. Jednou z oblastí práce ergoterapeuta ve školství je úprava třídy, trénink sociálních dovedností, techniky sebeovládání a trénink smyslových funkcí (Case-Smith, O'Brien, 2010). Napomáhá při nácviku grafomotorických dovedností, sebeobslužných činností a doporučuje speciální zařízení a učební materiály, které dítěti mohou pomoci při učení (Stanford Medicine Children's Health, 2024).

Široce diskutovaným tématem je v posledních letech používání moderních technologií. Téměř všechny děti s nimi přichází do kontaktu dennodenně, což se pak odráží na jejich zdraví. Úlohou ergoterapeuta je nastítnit způsoby, jak tyto technologie (ať už mobilní telefony, tablety, počítače) používat, aby nedošlo ke vzniku zdravotních problémů (Jelínková, 2023).

2.2 Ergoterapie v oblasti ergonomie

Oblastí, ve které se ergoterapeut dokáže uplatnit, je ergonomie na pracovišti. Ergonomie je věda zabývající se interakcí mezi člověkem a ostatními komponentami pracovního prostředí. Jejím hlavním cílem je zlepšovat pracovní podmínky pro výkon zaměstnání. Mimo jiné se soustředí na zvyšování efektivity člověka při práci, usnadnění práce, pracovní pohodu, ochranu zdraví či navrhování pracovních předmětů a pomůcek tak, aby svými vlastnostmi co nejvíce vyhovovaly zaměstnancům při plnění práce (Vyskotová, 2011).

S ergonomií se setkáváme nejen na pracovišti, ale také v domácnosti nebo škole. Oblasti ergonomie dělíme na základní (fyzická, kognitivní a organizační) a speciální (myoskeletální,

psychosociální, participační a rehabilitační). Problematika pracovních poloh, manipulace s břemeny, uspořádání pracovního místa nebo bezpečnost práce spadá do ergonomie fyzické (Vyskotová, 2011). Fyzická ergonomie navrhuje optimální pracovní polohy, které by se měly střídát ideálně po 20 minutách z důvodu předcházení jednostranné zátěže muskuloskeletálního systému a únavě. Při navrhování optimální pracovní polohy všude dbáme na vhodné zvolení výšky područek, sedáku, klávesnice k počítači. Důležité je dbát na správný sed. V této souvislosti hovoříme o tzv. Brüggerově sedu, který se vyznačuje lehkým sklopením pánve dopředu, čímž dojde k žádoucímu navození bederní lordózy. Ke správnému držení těla dopomáhají balanční míče vedoucí k aktivaci hlubokých zádových svalů. U klienta se sedavým zaměstnáním se doporučují kompenzační pohybové cviky. Může jít o protažení přetížených a zkrácených svalů, protažení oslabených svalů a cviky mobilizační a uvolňovací (Senčík, Nechvátal, 2022).

U dlouhodobého statického zatížení, jako je stoj, dochází k přetížení dolních končetin, protože se přenáší hmotnost na stejnou končetinu. Dlouhodobá práce vestoje zapříčiňuje degenerativní změny velkých kloubů, přetížení páteře především v bederní oblasti, otoky dolních končetin a může dojít k poklesu nožní klenby. Pro usnadnění práce se upravuje výška manipulační plochy, která se liší u mužů a žen a nalezneme ji v nařízení vlády č. 361/2007 Sb. zabývající se podmínkami ochrany zdraví při práci (Senčík, Nechvátal, 2022).

Mnoho profesí je založeno na manipulaci s břemeny. Při nesprávné manipulaci si zaměstnanec může ublížit. Edukace doporučuje takové postupy, které co nejméně zatěžují zádové svalstvo. V gesci ergoterapeuta je určit způsob provádění činnosti a poté zjistit dosahy, do kterých je břemeno uloženo. Obecně lze říct, že dbáme na správnou polohu dolních končetin, rovnoměrné rozložení hmotnosti břemene, co nejkratší vzdálenost úchopu břemene před tělem a využívání pohybu vlastního těla, které přenášení břemene usnadní. Pokud jsou k dispozici pomocné technické prostředky, využijeme je (Skřehot et al., 2009).

Kognitivní neboli psychická ergonomie zkoumá psychickou zátěž vyplývající ze zaměstnání, procesy rozhodování, dovednosti a výkonnost a také pracovní stres. Organizační ergonomie se zaměřuje na lidský systém v komunikaci, týmovou spolupráci, klima na pracovišti, režim práce a odpočinku a směnovou práci. Některé nemoci vznikají v důsledku pracovního přetížení. Nazývají se nemoci z povolání a zabývá se jimi myoskeletální ergonomie. Vznikají postupně a zhoršují se při nedodržování ergonomických doporučení. (Vyskotová, 2011). Tyto poruchy se projevují bolestí, nepříjemnými pocity nebo omezením funkce zad, krku

nebo končetin. Fyzikální faktory způsobující výše zmíněné poruchy vznikají nejčastěji z důvodu:

- provádění opakovaných, nadměrných nebo prudkých pohybů
- ruční manipulace s břemeny
- zaujímání nepřírodných nebo statických poloh
- používání vibračních nástrojů
- práce v chladu nebo nadměrném teple
- práce při nedostatečném osvětlení
- práce v hlučném prostředí
- dlouhé sezení nebo stání ve stejné poloze (ZSBOZP, 2024).

Nejčastější nemocí z povolání je syndrom karpálního tunelu, který se objevuje u osob manuálně pracujících. Jedná se o kompresivní neuropatii v oblasti zápěstí vznikající z důvodu dlouhodobého, nadměrného a jednostranného přetěžování ruky a zápěstí (ZSBOZP, 2024).

S myoskeletální ergonomií souvisí psychosociální ergonomie, protože faktor stresu přispívá ke vzniku myoskeletálních a psychosomatických onemocnění. Tato oblast hodnotí stresové faktory a psychologické požadavky kladené na zaměstnance. Zkoumá atmosféru na pracovišti, skupinové pocity, osobní vztahy a další. Úlohou participační ergonomie je, aby zaměstnanci dokázali pochopit souvislost mezi jejich zdravotními potížemi a pracovním prostředím a tím následně přistoupili na ergonomické úpravy pracoviště s cílem zlepšit pracovní podmínky. V případě řešení ergonomie na pracovišti u osob se zdravotním postižením je žádoucí individuální přístup. Úpravy pracovního prostředí a činností umožňují začlenění osob se zdravotním postižením do pracovního procesu (Vyskotová, 2011). U osob využívajících invalidních vozík může při nesprávném sedu docházet k bolestem zad, výskytu dekubitů a svalových kontraktur či kompresi vnitřních orgánů. Abychom tomu zabránili, zajistíme správné držení těla a dostatečnou stabilitu. Volíme vozík s nastavitelným sklonem a výškou opěr, pozicí koleček a výškou sedu. Zádová opěra musí poskytovat dostatečnou pevnost a zároveň být z lehkých materiálů. Sedadlo vozíku přizpůsobujeme charakteru postižení a funkčním schopnostem uživatele (kloubní pohyblivost, tvar páteře), stejně tak další parametry vozíku (Skřehot et al., 2009).

3 Zastoupení a význam ergoterapie ve zdravotnických a sociálních zařízeních

3.1 Zdravotnická zařízení (nemocnice a polikliniky)

V těchto zařízeních se ergoterapeut zaměřuje především na pacienty v akutní fázi onemocnění. Důležité je včasné zahájení terapie a stabilní stav pacienta. Zpočátku se terapie zaměřuje na polohování, především u neurologických pacientů (MZ ČR, 2024). K zahájení terapie je nutné si správně vyšetřit pacienta. Toto vyšetření sestává z hodnocení senzomotorických funkcí, které se může překrývat s hodnocením fyzioterapeuta. Rozdíl je v tom, že se ergoterapeut zaměřuje na funkční provedení (jak mu zlepšení např. rozsahu pohybu v kloubu pomůže v provedení všední činnosti). Vyšetření funkční činnosti je upřednostňováno před hodnocením dílčí funkce. U senzomotorických funkcí vyšetřujeme a hodnotíme rozsah pohybu, svalovou sílu, svalový tonus, jemnou motoriku, čítí, rovnováhu a chůzi. Hodnocení kognitivních funkcí je hlavní doménou v ergoterapii v pobytových sociálních službách, a proto mu bude věnována pozornost později (Krivošíková, 2011).

Pro účely BP bylo pro popis vybráno několik oblastí, ve kterých může ergoterapeut působit.

3.1.1 Ergoterapie v chirurgii

V rámci tohoto oboru se ergoterapeut zaměřuje na terapii po amputacích končetin, úrazech, šlachových poranění, syndrom karpálního tunelu, revmatoidní artritidu a Dupuytrenovu kontrakturu (Lhotský, 2024).

Protetikou horní končetiny se zabývá ergoterapeut. K amputacím na horní končetině dochází z důvodu afunkce končetiny, to znamená, že končetina neplní úchopové funkce z důvodu vrozené vývojové vady. Amputace se dále indikuje z důvodu stavů po traumatech, infektu, nekróze nebo tumoru. Realizuje se několik typů amputace, záleží na posouzení stavu jednotlivých tkání. Od amputací menšího rozsahu typu amputace prstů přes exartikulace v loketním kloubu, transhumerální amputace po amputace v ramenním pletenci (Krawczyk, 2011). Pacienti mohou po amputaci pociťovat tzv. fantomové pocity. Může jít o pocit svírání nebo zatínání pěsti, kterou pacient ve skutečnosti už nemá. U pacienta po amputaci se snažíme co nejrychleji zhotovit protézu, se kterou pacient trénuje sebeobslužné činnosti (Kubínková, Křížová, 1997).

Dle Krawczyka (2011) mohou protézy HK nahradit úchop, rotace v zápěstí, pohyb v loketním kloubu, vyrovnávají těžiště a mají estetickou funkci. Rozlišuje protézy na

kosmetické, tahové, myoelektrické, hybridní či speciální s vhodnými adaptéry. Ergoterapeut pomáhá pacientovi naučit se pracovat s protézou. Až se ji pacient naučí ovládat a zvládne jednoduché pohyby, přechází se k nácviku náročnějších pohybů, které pacient vykonává každodenně. Trénink začíná od jednoduchých činností typu skládání ručníku a postupuje k náročnějším činnostem typu používání příboru (Ottočock, 2024).

3.1.2 Ergoterapie v neurologii

Častou diagnózou, se kterou se ergoterapeuti setkávají na neurologickém oddělení, je cévní mozková příhoda. CMP s sebou přináší široké spektrum deficitů, které se u všech pacientů projevují a vyskytují v různé míře. Rehabilitace se provádí v akutním, subakutním a chronickém stádiu. Akutní stádium trvá několik dnů až týdnů. Pacient je slabý, svalový tonus je nízký a z důvodu ochablosti svalů nad nimi nemá velkou kontrolu. V tomto stádiu je důležité polohování, aby se zabránilo vzniku dekubitů. Poloha se mění co 2 až 3 hodiny za využití polohovacích polštářů (Kolář, Máček, 2021). Polohování probíhá na paretické a zdravé straně, ale také na zádech a břiše. Při poloze na hemiparetické straně by hlava neměla být v úklonu. Trup je lehce rotován dozadu, paretická paže flektovaná v rameni do 90°. Lopatka je v protrakci, předloktí v supinaci a zápěstí v mírné dorzální flexi. Polohování na zdravé straně přispívá k zabránění vzniku dekubitů na postižené straně. Tato poloha usnadňuje dýchání na hemiplegické straně a zabraňuje vzniku spasticity, proto se v terapii používá. Obezřetnost klademe při poloze na zádech, protože v této poloze vznikají dekubity, ale za dodržení určitých pravidel se dá použít. Naopak při poloze na břiše je nízké riziko vzniku dekubitů, na druhou stranu je leh na břiše náročný pro starší osoby a opět se musí dodržovat pravidla pro správné polohování. Platí, že se snažíme omezit pozice vleže na co nejkratší dobu a až to stav pacienta dovolí, začít s jeho posazováním do mechanického vozíku (Pfeiffer, 2007).

U pacientů po CMP se hodnotí soběstačnost nejčastěji pomocí Barthel indexu. Hodnocení zahrnuje 10 personálních aktivit, a to příjem jídla a tekutin, přesuny, osobní hygienu, použití WC, koupání, chůzi po rovině, chůzi do/ze schodů, oblékání, kontrolu močení a kontrolu stolice. Na základě hodnocení se poté stanoví plán terapie. Barthel index je výhodný pro svou jednoduchost, rychlé provedení do pár minut a jeho použití je širokospektrální (Krivošíková, 2011).

Následkem CMP jsou často změny v oblasti paretického ramene, periferní parézy, poruchy řeči a polykání, kognitivní poruchy (neglect syndrom). Ergoterapeut se při terapii věnuje všem narušeným oblastem. Terapie je především cílena na nácvik denních činností, výběr a indikaci pomůcek, cílenou terapii ruky s aplikací termoplastických dlah, kognitivní

rehabilitaci či předpracovní přípravu. V terapii jsou nejprve voleny činnosti prováděné oběma rukama, které jsou vzájemně propletené. Později se provádí aktivity paretickou rukou, které jsou čím dál více zaměřeny na jemnější činnosti i se zapojením extenzorů (Votava, 2001).

V subakutním stádiu se ergoterapeut soustředí na nácvik vertikalizace. Poté se přechází na nácvik chůze. Terapie se zaměřuje na zlepšení úchopové funkce HK (Kolář, Máček, 2021).

V chronickém stádiu onemocnění je pacientovi doporučena rehabilitace v rehabilitačním zařízení či pobyt v lázních (Kolář, Máček, 2021). Protože se pacient po CMP často vrací zpět do svého bytu, je nutné provést úpravy prostředí. Hrozí zde riziko pádů, protože pacient chodí po bytě s oporou a může upadnout. Úpravy domácího prostředí zahrnují např. instalaci madel do koupelny a na záchod. Současně ergoterapeut doporučí kompenzační pomůcky, které pacientovi usnadní fungování v domácím prostředí. Jedná se o podavač předmětů, kartáč na prodloužené rukojeti a mnoho dalších (Votava, 2001).

3.1.3 Ergoterapie v revmatologii

Nejčastějším revmatickým onemocněním je revmatoidní artritida. Toto onemocnění se projevuje otokem a proteplením oblasti na rukou, bolestí, zatuhlostí kloubů a omezením hybnosti prstů. Převažuje postižení metakarpofalangeálních a proximálních interfalangeálních kloubů, může se přidat postižení palce. Terapie je založena na mezioborové spolupráci odborníků z řad revmatologie, ortopedie, rehabilitace a ergoterapie (terapie ruky) (Krejčí, Vyskotová a Kašpárek, 2021). Terapie spočívá v procvičování kloubů do maximálního možného rozsahu alespoň jednou denně. Provádí se izometrická kontrakce v postiženém kloubu. Celkově je důležitá dlouhodobá pohybová léčba (Kolář, Máček, 2021). Aby se zabránilo vzniku kontraktur a rozvoji kloubních deformit, provádí se techniky měkkých tkání a mobilizační techniky. Je na místě zvážit užití dlah. Dlahy mohou redukovat bolest, korigovat ulnární deviaci a usnadnit manipulaci s předměty. Ergoterapeut trénuje také jemnou motoriku a grafomotoriku (Krejčí, Vyskotová a Kašpárek, 2021).

Důležité je edukovat pacienta. Doporučit snížení síly k provedení určitých činností, případně změnit způsob jejich provedení. K zabránění rozvoje deformací by se měl pacient vyhýbat nevhodným pozicím a střídat lehčí a těžší úkoly. Neměl by setrvávat v jedné poloze po delší dobu. V oblasti edukace doporučuje terapeut kompenzační pomůcky se silnější rukojetí pro usnadnění úchopu (příbory, zubní kartáčky, hřebeny) (de Almeida, 2015).

3.1.4 Ergodiagnostika

Specifickou oblastí, ve které ergoterapeut ve zdravotnictví působí, je ergodiagnostika (ED). Jejím cílem je stanovit tzv. funkční psychosenzomotorický potenciál osoby se zdravotním postižením (OZP). Děje se tak pro účely služeb zaměstnanosti (Sládková, 2023).

ED má velký přínos u klientů vstupujících na pracovní trh, nejčastěji u mladých lidí se zdravotním znevýhodněním s ukončeným vzděláním. Poté se ve velké míře využívá u klientů, kteří z důvodu nemoci nebo úrazu mají změněný zdravotní stav a tím pádem i pracovní schopnosti (Maršálek, 2023).

ED vyšetření sestává ze základní, doporučené a speciální metodiky. Základními metodikami jsou vybavena všechna ED centra a indikuje je lékař. Jedná se o:

- podrobnou anamnézu
- vstupní vyšetření lékařem
- základní vyšetření ergodiagnostikem (ergoterapeutem a fyzioterapeutem)
- vyšetření soběstačnosti
- orientační vyšetření smyslů, kognitivních funkcí, fatických funkcí, psychosociálních funkcí
- vyšetření mobility, vertikalizace a lokomoce
- vyšetření funkce horních končetin
- strukturu dne, dotazník zájmů, sebehodnocení bolesti, vyšetření čítí a další (Vondrová, Svěčená, 2023).

V současné době funguje v Česku 13 ED center, která jsou pro lepší znázornění uvedena v následující tabulce (Vondrová, Svěčená, Sládková, 2023).

Tabulka 4 Ergodiagnostická centra (Vondrová, Svěčená, Sládková, 2023)

Všeobecná fakultní nemocnice Praha	pro Prahu a Středočeský kraj
KZ a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem	pro Ústecký a Karlovarský kraj
KZ a.s., nemocnice Chomutov	pro Ústecký a Karlovarský kraj
Fakultní nemocnice Plzeň	pro Plzeňský a Karlovarský kraj
Nemocnice Tábor a.s.	pro Jihočeský kraj
Nemocnice Třebíč	pro kraj Vysočina
Pardubická krajská nemocnice a.s.	pro Pardubický kraj
Fakultní nemocnice Hradec Králové	pro Královéhradecký kraj
Krajská nemocnice Liberec a.s.	pro Liberecký kraj
Fakultní nemocnice Brno	pro Jihomoravský kraj
Středomoravská nemocniční a.s., nemocnice AGEL Prostějov	pro Olomoucký kraj
Fakultní nemocnice Ostrava	pro Moravskoslezský kraj
Krajská nemocnice T. Bati a.s. Zlín	pro Zlínský kraj

ED je založena na multioborové spolupráci rehabilitačního lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, klinického psychologa, klinického logopeda, speciálního pedagoga/sociálního pracovníka. Výstupem ED vyšetření je zpráva každého z odborníků. V případě ergoterapeuta se v závěrečné zprávě uvádí doporučení pro typy pracovních pozic, typy pracovních činností, optimální pracovní polohy, možnosti označení pracoviště v případě sensorického deficitu. Doporučuje také kompenzační pomůcky, které klientovi usnadní vykonávání pracovní činnosti, navrhuje úpravy pracovního prostředí a ergonomická opatření (Vondrová, Svěčená, 2023).

3.2 Zastoupení ergoterapie v nemocnicích a poliklinikách

Pro účely bakalářské práce je znázorněn počet zařízení, ve kterých probíhá ergoterapie, dle informací z ČAE. V následujících tabulkách jsou popsány zařízení Jihomoravského, Moravskoslezského, Olomouckého a Zlínského kraje.

Tabulka 5 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Jihomoravského kraje (ČAE, 2024)

Nemocnice a polikliniky v Jihomoravském kraji	
Název	Celkový počet
FN Brno	2
FN u sv. Anny v Brně	
Nemocnice Blansko	1
Nemocnice Ivančice, p.o.	1
Nemocnice Kyjov, p.o.	1
Nemocnice Boskovice s.r.o.	1
Nemocnice Vyškov, p.o.	1

Komentář: Z tabulky vyplývá, že ergoterapie probíhá v 7 nemocnicích v Jihomoravském kraji, z toho se 2 nachází v Brně.

Tabulka 6 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje (ČAE, 2024)

Nemocnice a polikliniky v Moravskoslezském kraji	
Název	Celkový počet
AGEL Vítkovická nemocnice Ostrava	4
FN Ostrava	
Hornická poliklinika s.r.o.	
Městská nemocnice Ostrava	
Bílovecká nemocnice a.s.	1
Nemocnice Frýdek-Místek	1
Nemocnice Třinec, p.o.	1
SZZ Krnov, p.o.	1
Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	1

Komentář: Tabulka uvádí celkem devět nemocnic a poliklinik, kde probíhá ergoterapie. Počet obyvatel Moravskoslezského kraje byl k 31.12.2022 1 189 674, v Jihomoravském kraji pak 1 217 200 obyvatel (ČSÚ, 2022). V přepočtu obyvatel na zařízení si tedy Moravskoslezský kraj vedl lépe.

Tabulka 7 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Olomouckého kraje (ČAE, 2024)

Nemocnice a polikliniky v Olomouckém kraji	
Název	Celkový počet
Fakultní nemocnice Olomouc	1
Nemocnice AGEL Prostějov	1

Komentář: Dle ČSÚ (2022) měl Olomoucký kraj měl k 31.12.2022 631 802 obyvatel. Na tento počet obyvatel připadala pouze dvě ergoterapeutická pracoviště.

Tabulka 8 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje (ČAE, 2024)

Nemocnice a polikliniky ve Zlínském kraji	
Název	Celkový počet
Vsetínská nemocnice a.s.	1
Kroměřížská nemocnice a.s.	1
Krajská nemocnice T. Bati, a.s.	1

Komentář: Celkový počet obyvatel Zlínského kraje je 580 531 (ČSÚ, 2022). Fungují zde tři ergoterapeutická pracoviště. Ve srovnání s krajem Olomouckým má zde ergoterapie v přepočtu na obyvatele větší zastoupení. V celkovém srovnání krajů je ergoterapie v nemocnicích nejvíce rozšířena v přepočtu na obyvatele v Moravskoslezském kraji.

3.3 Další zdravotnická zařízení

Po proběhlé akutní fázi onemocnění má pacient možnost zažádat si o rehabilitaci v lázních nebo v rehabilitačních ústavech. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče navazuje na lůžkovou péči a jejím cílem je doléčení pacienta, zabránění vzniku invalidity, příp. omezit možnost jejího rozvoje. Tato péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou (OZP, 2024). Druhou variantou je pobyt v rehabilitačním ústavu, kde je rehabilitace postavena na týmovém přístupu k pacientovi. Pacient se účastní individuálních terapií, jako je ergoterapie, fyzioterapie, vodoléčba, elektroléčba a další. Mimo to zde probíhají skupinová cvičení dle jednotlivých diagnóz (RÚ Hrabyně, 2024). Ergoterapie se uskutečňuje na lůžku pacienta, v tělocvičně, nácvikových místnostech, dílnách nebo v i exteriéru. Snahou je neustále zlepšovat provádění jak personálních, tak instrumentálních aktivit. Pomalu se začíná řešit otázka jeho následného pracovního uplatnění, návratu do domácího prostředí (s nutností provedení úprav), vybavení kompenzačními pomůckami a nácvik jejich použití. Pro klienta mohou být přínosné informace

ohledně organizací a sdružení osob se stejným zdravotním postižením, které by měl ergoterapeut znát (Jelínková, 2009).

Ergoterapeutická intervence v rehabilitačních zařízeních cílí na (RÚ Hrabyně, 2024):

- nácvik sebeobsluhy
- testování kompenzačních pomůcek
- získání a zlepšení funkčních schopností a mobility
- kognitivní trénink
- instruktáž a zácvik rodiny
- hodnocení psychomotoriky
- adaptaci na pracovní zatížení

3.3.1 Nácvik sebeobsluhy

Jak uvádí Krivošíková (2011), nácvik ADL lze provádět několika metodami. Vždy záleží na fyzických a kognitivních schopnostech pacienta. Pokud je to možné, terapie by měla probíhat ve stejný čas a se stejným terapeutem. Postupuje se od jednodušších činností ke složitějším za současného snížení asistence a zvýšení náročnosti úkolů a podmínek prostředí.

Oblékání

Proces oblékání zahrnuje přípravu oblečení, následné obléknutí oblečení ve správném pořadí a zvládnutí různých druhů zapínání. Ze začátku je vhodné používat volnější oděvy, které jsou snadnější na obléknutí. Vhodnou pomůckou pro zapínání knoflíků je provlékač knoflíků. Navlékání ponožek výrazně usnadní navlékač ponožek, který je určen pro pacienty s porušenou koordinací rukou. K obutí se doporučuje použití zouváku na boty, protože se pacient nemusí předklánět a udrží rovnováhu. Všestranně využitelná pomůcka je podavač předmětů, s pomocí kterého pacient dosáhne na předměty mimo jeho dosah (Žďárská, 2014). Nácvik oblékání u osob používajících pouze jednu ruku spočívá ve strategii oblékání nejprve postižené končetiny, poté nepostižené. Při vysvlékání je tomu naopak, začíná se nepostiženou končetinou. Způsoby oblékání a obouvání terapeut s pacientem trénuje a usiluje o jeho co největší nezávislost (Krivošíková, 2011).

Jedení

Jedním z úkolů ergoterapeuta je zjistit, zda si pacient dokáže připravit jídlo. Pokud ne, terapie může být založena na nácviku této činnosti. Při nácviku sebesycení je důležité nastavit

správnou výšku stolu v poměru k židli nebo invalidnímu vozíku. Pacienti s omezeným rozsahem pohybu či s problémy úchopových a manipulačních funkcí mohou při nácviku sebesycení využít speciálně upravené přístroje s rozšířenou rukojetí, u osob s omezenou hybností zápěstí se doporučují zatočené přístroje. Upravené talíře mají vyvýšené okraje, což usnadňuje nabírání sousta na lžici a zároveň brání vylití tekutiny ven z talíře. Pomůcek pro sebesycení existuje velké množství, mimo jiné i speciální hrnky, sklenice či nástavce se dvěma uchy na hrnek (Kokořová, 2017).

Osobní hygiena a koupání

Při omezení pohybu a svalové síly se k nácviku hygieny a koupání používají mycí houby nebo kartáče na prodloužené rukojeti a kartáče na chodidla s přísavkami. K česání se používají hřebeny na prodloužené rukojeti. Čištění zubů je lépe proveditelné s elektrickým zubním kartáčkem. Pokud má klient potíže s koordinací, pomůckou pro něj přínosnou je připevněný fén na zdi a také zátěžové manžety na předloktích zajišťující větší stabilitu HK. Při nácviku osobní hygieny u pacienta s hemiplegií pomáhá ergoterapeut s navlékáním rukavice na nepostiženou ruku pacienta, nebo může poskytovat zevní oporu pro postiženou ruku, které napomáhá při pohybu (Krivošíková, 2011).

Přesuny

Přesuny nacvičujeme tehdy, když je pacient stabilní vsedě na lůžku. Správně provedený přesun vyžaduje splnění několika základních podmínek, a to, aby pacient dosáhl oběma ploškami na zem a opřel se o ně. Dále musí být vozík přistaven kolmo k lůžku. Následuje samotný přesun provedený buď pasivně, s dopomocí nebo samostatně (Žďárská, 2014). Pokud se pacient nezávládne postaví, k přesunu se použije skluzná deska. Při nácviku přesunů ergoterapeut vždy dodržuje princip STABLE, což znamená, že si hlídá neutrální postavení páteře, vyhýbá se rotacím v trupu, ruce a paže jsou co nejbližší tělu, udržuje širokou opěrnou bázi, využívá sílu celých dolních končetin k přesunu a zhodnocuje bezpečnost, prostor a stav pacienta před a po přesunu (Krivošíková, 2011).

3.3.2 Adaptace fyzického prostředí

Při návrhu úprav domácího prostředí ergoterapeut zohledňuje aktuální zdravotní stav klienta, ale současně přemýšlí o vývoji jeho stavu do budoucna a pamatuje na jeho potřeby. Úpravy se mohou týkat jednoduchého odstranění bariér typu kobereců, reorganizace nábytku, odstranění dveří. Současně je vhodné doporučit kompenzační pomůcky, velmi často se jedná o sedačku do vany. Modifikace prostředí mohou být jednoduché (instalace madel do koupelny)

nebo technicky a finančně náročnější. Zde se jedná o kompletní rekonstrukci koupelny, instalaci výtahu nebo nájezdové rampy, přístavba domu a podobné úpravy. Při úpravách domácího prostředí ergoterapeut pamatuje i na potřeby dalších členů rodiny, kteří budou prostor také využívat. Architektonické úpravy navrhuje ergoterapeut ve spolupráci s rodinou, architektem a dalšími odborníky, realizace je na straně technika (Jelínková, 2009).

Jak uvádí Jelínková (2009), nejčastější úpravy v koupelně se týkají instalace madel k vaně/sprchovému koutu, výměna vany za sprchový kout, umístění sedačky do vany/sprchového koutu, položení protiskluzové dlažby, instalace umyvadla s možností podjetí na vozíku.

3.3.3 Instruktaž a zácvik rodiny

Spolupráce s rodinou je velmi důležitá. Protože se klient vrací do svého domova, je nezbytné s rodinou z pozice ergoterapeuta komunikovat a sdělit jim, jak mohou běžné fungování jejich člena rodiny s postižením usnadnit. Nejenom, že se v průběhu terapií naučí sám pacient používat kompenzační pomůcky, ale i rodina se v jejich používání zacvičuje. Toto by mělo ideálně proběhnout přímo v domácím prostředí, pokud to nelze, pak alespoň ve zdravotnickém zařízení (Krivošíková, 2011). Někdy zdravotní stav klienta vyžaduje asistenci jiné osoby (pečovatele) při provádění ADL. Ergoterapeut by měl pečovatele instruovat a nacvičovat s ním správné provedení činností. Může jít např. o nácvik přesunů nebo polohování na lůžku. Pokud se tyto aktivity neprovedou ergonomicky, může si sám pečovatel přivodit vertebrogenní a jiné potíže. Cílem instruktaže je snaha usnadnit péči o klienta (Jelínková, 2009).

3.4 Zastoupení ergoterapie v rehabilitačních zařízeních a lázních

Tabulky č. 9 a 10 zobrazují počet rehabilitačních zařízení a lázní na území jednotlivých krajů, kde se realizuje ergoterapie.

Tabulka 9 Ergoterapie v rehabilitačních zařízeních (ČAE, 2024)

Kraj	Celkový počet
Jihomoravský	0
Moravskoslezský	3
Olomoucký	1
Zlínský	0

Komentář: Tabulka znázorňuje, že v Jihomoravském a Zlínském kraji není žádné rehabilitační zařízení s ergoterapií. Naopak v Moravskoslezském kraji jsou hned 3 taková zařízení.

Tabulka 10 Ergoterapie v lázních (ČAE, 2024)

Kraj	Celkový počet
Jihomoravský	1
Moravskoslezský	2
Olomoucký	3
Zlínský	0

Komentář: Z tabulky č. 10 můžeme vyčíst, že ergoterapie v lázních je nejvíce zastoupena v Olomouckém kraji.

3.5 Psychiatrické nemocnice

Ergoterapie se poskytuje v běžných nemocnicích, ale také v psychiatrických. Klienty jsou zde děti a dospělí s psychotickými, neurotickými, psychomotorickými poruchami a se závislostmi. Cílem je znovuzačlenění do společnosti. Ergoterapie se v této oblasti zaměřuje na podporu vnímání, zlepšení schopnosti komunikace, navazování nových kontaktů, získání nových žádoucích pracovních návyků. Ergoterapie probíhá většinou ve skupinách, a to se zaměřením na praktické činnosti (Kubínková, Křížová, 1997). Součástí ergoterapie je zahradní terapie. Činnost na zahradě pro daného klienta je volena na základě jeho zdravotního stavu. Klienti se zde věnují klasickým zahradnickým činnostem, jako je výsev, výsadba, péče o květiny a zeleninu. Sklizené bobuloviny se následně zpracují v terapeutické kuchyňce např. na bylinné šťávy. Přínosem těchto aktivit je stimulace smyslových, motorických, poznávacích a komunikačních schopností. Samotný průběh i dokončená činnost působí na klienta příznivě (Křížová, 2024).

3.6 Zastoupení ergoterapie v psychiatrických nemocnicích

Následující tabulka znázorňuje počet psychiatrických nemocnic, ve kterých probíhá ergoterapie.

Tabulka 11 Ergoterapie v psychiatrických nemocnicích (ČAE, 2024)

Kraj	Celkový počet
Jihomoravský	2
Moravskoslezský	1
Olomoucký	0
Zlínský	1

Komentář: Z tabulky vyplývá, že ergoterapeuti v psychiatrických nemocnicích působí nejvíce v Jihomoravském kraji. Opačná situace je v kraji Olomouckém, kde není ani jedno ergoterapeutické pracoviště v psychiatrické nemocnici.

3.7 Ergoterapie v domovech pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením

Hlavním cílem rehabilitace v geriatrii je dosažení maximálního zlepšení postižené funkce a celkové funkční zdatnosti. Úkolem je zachovat co nejdéle nezávislost, pohodu a kvalitu života. Protože s sebou stáří přináší změny na zdravotním stavu (v oblasti pohybového aparátu, nervového systému, kardiovaskulárního systému, smyslových orgánů, psychiky a dalších soustav), je terapie žádoucí (Kubínková, Křížová, 1997).

Aktivizační programy udržují seniory v dobré kondici, pozitivně ovlivňují jejich psychický stav, rozvíjí zachovalé schopnosti a dovednosti a zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím. V oblasti psychických změn dochází u seniorů ke zhoršení krátkodobé paměti, zhoršení schopnosti koncentrace, zpomalení psychomotorického tempa či ke snížení adaptability. Aktivizační programy dokážou výše zmíněné změny ovlivnit, příp. je zpomalit nebo zlepšit. Aktivizační programy cílí na zachování autonomie klienta, jemnou a hrubou motoriku, kognitivní funkce, psychiku a komunikaci. Existuje vícero druhů aktivizačních technik, nejčastěji se setkáme s kognitivním tréninkem, pohybovou terapií, kreativními technikami, reminiscenční terapií, senzorickou stimulací, animoterapií či muzikoterapií (Dučaiová et al., 2018).

Pro účely BP bylo vybráno několik oblastí, na které se ergoterapie v rámci daných zařízení zaměřuje.

3.7.1 Kognitivní rehabilitace

Dle Válkové (2015) jsou kognitivní funkce „*všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí.*“

Mezi kognitivní funkce řadíme paměť, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, pojmenování, orientaci, řeč a exekutivní schopnosti (Válková, 2015).

Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace nejsou totéž. O tréninku mluvíme v rámci prevence a je zde kladen důraz na rychlé a správné řešení. Termín rehabilitace se v kontextu kognitivních funkcí užívá pro těžší formy poruch paměti a dalších funkcí (Dučaiová et al., 2018). Kognitivní deficit vzniká nejčastěji z důvodu traumatického poškození mozku, CMP, subarachnoideálního krvácení, toxického poškození mozku, neurodegenerativního onemocnění (Alzheimerova, Huntingtonova a Parkinsonova nemoc) a u psychiatrického onemocnění. Syndrom, který se vyznačuje poruchami kognitivních funkcí, se nazývá demence. Onemocnění způsobující demenci je mimo jiné Alzheimerova nemoc (Válková, 2015).

K včasnému záchytu kognitivních poruch se z hlediska ergoterapie používají kognitivní testy. Nejčastěji používaným testem v Česku je Krátká škála mentálního stavu (MMSE). Skládá se z otázek zaměřených na paměť, pozornost, orientaci, schopnost pojmenování a schopnost provést verbální a psané příkazy. Testovaný může získat maximálně 30 bodů a rozpětí bodové škály závisí na věku a dosaženém vzdělání testovaného. U seniorů nad 80 let se základním vzděláním je hraniční skóre stanoveno na 22 bodů. Podobným testem pro hodnocení kognitivních funkcí je Montrealský kognitivní test (MoCA). Tento test je považován za náročnější, shoduje se však s maximálním bodovým skóre. Hodnotí celkem 13 položek a za normu je považován zisk 26-30 bodů. Mimo uvedené testy se ještě občas používá Addenbrookský kognitivní test obsahující MMSE a zároveň test hodin. Hodnotí se zde celkem 18 položek a maximální možný zisk je 130 bodů. Tento test je komplexní a dokáže odhalit demenci a její typ (Krivošíková, 2011).

Dalším testem je test POBAV, jenž se skládá ze dvou částí. V první části má dotazovaný za úkol písemně pojmenovat jedním slovem všech 20 obrázků a zároveň si pojmenování obrázků zapamatovat. Po nějaké chvíli je dotazovaný požádán, aby si vybavil z paměti co nejvíce názvů obrázků, a to vše během jedné minuty. Výhodou testu je jeho rychlé provedení během pár minut. Tento test zohledňuje psané pojmenování, dlouhodobou a krátkodobou paměť (Bartoš, 2018).

Na základě výsledků z testování přejde ergoterapeut k cílené kognitivní rehabilitaci. Vychází ze znalosti narušené oblasti a tímto směrem terapii cílí. Je vhodné v terapii zařadit cvičení, které bude klient znát, protože jej pozitivně naladí na další úkoly (Válková, 2015).

Při rehabilitaci kognitivních funkcí se využívají následující typy cvičení, jak uvádí brožura Verlag Dashöfer (2018):

- doplňování přísloví, přesmyčky
- antonyma, homonyma, synonyma
- senzorická stimulace
- reminiscenční terapie
- muzikoterapie
- společenské hry

3.7.2 Pohybové aktivity

Každodenní cvičení přispívá ke zlepšení či udržení stávající kondice. Díky cvičení podporujeme kognitivní funkce a žilní systém, posilujeme imunitní systém a celé tělo. Pohybové aktivity volíme dle věku, zdravotního stavu a preference klienta. Cvičení lze provádět vsedě nebo vleže (Klevetová, Dlabalová, 2008). V rámci ergoterapie se soustředíme na cvičení rukou. Tyto cviky jsou jednoduché na provedení. Příkladem je opozice palce s dalšími prsty, které se střídají. Ke cvičení se dají využít i pomůcky. Vsedě má klient za úkol stlačit mezi dlaněmi overball a u toho držet zvednuté lokty. Do pohybových aktivit se řadí dechová cvičení. Protože jsou nenáročná na provedení, doporučují se pro téměř všechny seniory. Jejich hlavním přínosem je zvýšení dechové kapacity plic. Příkladem dechového cvičení je dýchání pod klíční kosti. Provedení spočívá v položení rukou pod klíční kosti a snaha o co největší nádech právě pod přiložené ruce. Následuje výdech a několikanásobné opakování (Dučaiová et al., 2018).

3.7.3 Animoterapie

Pro animoterapii (zooterapii) je typické využití zvířete jako terapeutického prostředku. Nejčastěji se jedná o psa (canisterapie), kočku (felinoterapie) nebo koně (hipoterapie). Hipoterapie je součástí hiporehabilitace, protože při jízdě na koni dochází ke zlepšení pohybových funkcí. V domovech pro seniory se můžeme setkat především s canisterapií. Z hlediska zdravotního působí pes příznivě na klientův stav a vede k jeho prohloubenému dýchání, uvolnění spasmů, zahřátí a zvýšení pohyblivosti. Při terapii se využívá polohování se psem, které trvá přibližně 15-20 minut (Müller, 2014). Vždy by se však aktivity se psem měly

volit tak, aby naplnily předem daný cíl. Po relaxační části spojené s polohováním přichází na řadu část aktivní. Činnosti v aktivní části směřují k rozvoji motoriky, procvičení svalových skupin či rozvoji orientace (Vostrý, Veteška, 2021).

3.7.4 Reminiscence

Reminiscence je založena na vybavování si dávných vzpomínek. Vzpomínání umožňuje vrátit klienta do doby, kdy byl mladý, zdravý a aktivní (Mlýnková, 2011). Uplatňuje se u zdravých seniorů, ale i v péči u pacientů s demencí, po CMP, po traumatickém poškození mozku nebo při aktivaci osob dlouhodobě imobilních. Hlavním cílem reminiscenční terapie je podpořit komunikaci a sociální interakci klienta. K navození vzpomínek se používá široké spektrum materiálů. Z osobních předmětů klienta jde velmi často o rodinné fotografie, pohlednice či jeho oblíbené předměty. Obecně se dají využít fotky známých osobností, promítání starého filmu, knihy, hudba, tanec, vůně. Prakticky lze využít vše, co vyvolá u klienta vzpomínky (Klucká, Volfová, 2016). Pro podporu vzpomínání je žádoucí upravit samotné prostředí, ve kterém reminiscence probíhá, na realistický obraz doby, ve které klient celý život žil (Mlýnková, 2011).

3.8 Zastoupení ergoterapie v domovech pro seniory

„Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů“ (MPSV, 2020).

Tabulka 12 Ergoterapie v domovech pro seniory (ČAE, 2024)

Kraj	Celkový počet
Jihomoravský	1
Moravskoslezský	3
Olomoucký	1
Zlínský	3

Komentář: Z dat uvedených v tabulce můžeme vyčíst, že ergoterapie probíhá shodně po 3 domovech v kraji Moravskoslezském a Zlínském.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo čtenáře seznámit s problematikou zastoupení ergoterapeutů ve zdravotnických a sociálních zařízeních na území Jihomoravského, Moravskoslezského, Olomouckého a Zlínského kraje. Dále přiblížit obor ergoterapie, možnosti jeho studia a dalšího vzdělávání, následné pracovní uplatnění i v méně známých oblastech pro laickou veřejnost.

Díky ergoterapeutům mohou lidé s různými zdravotními problémy dosáhnout lepší kvality života a větší samostatnosti, což je neocenitelný přínos pro každého jedince.

Ergoterapeutické techniky a prostředky podporují návrat klienta do běžného života a snahou je učinit jej v co největší míře soběstačným v běžných denních aktivitách. Ergoterapeut přispívá k udržení dobré fyzické a psychické kondice a cílí terapii na zlepšení funkcí postižené oblasti. Mimo jiné poskytuje poradenství rodinám a pečujícím, v jeho náplni práce je také ergodiagnostika, neboli určení obecné schopnosti jedince k práci. Z toho vyplývá, že rozsah působení ergoterapeuta je velmi široký, a proto nalezne uplatnění v různorodých zařízeních.

V práci bylo popsáno zastoupení ergoterapie ve zdravotnických zařízeních. Ta byla rozdělena na nemocnice s poliklinikami, rehabilitační zařízení, lázně a psychiatrické nemocnice. Ze srovnání nemocnic s poliklinikami vyplynulo, že v přepočtu na obyvatele je největší zastoupení ergoterapie v Moravskoslezském kraji. Stejných výsledků bylo dosaženo i v rehabilitačních zařízeních daného kraje. Naopak v kraji Jihomoravském a Zlínském ergoterapie v tomto typu zařízení neprobíhá. V případě lázní je ergoterapie nejvíce zastoupena v Olomouckém kraji, kde ale neprobíhá v psychiatrických nemocnicích. Zde drží prvenství kraj Jihomoravský, ovšem jen s počtem dvou zařízení.

V sociálních zařízeních, jako jsou domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením, ergoterapeuti podporují nezávislost a kvalitu života prostřednictvím individuálních a skupinových intervencí. Uskutečňují se formou aktivizačních programů, které pozitivně ovlivňují klienty po psychické stránce a přispívají k rozvoji nebo udržení stávajících schopností a dovedností. Z výsledků práce vyplynulo, že je zastoupení ergoterapie v uvedených zařízeních nedostatečné a je potřeba se této problematice věnovat. Zvyšuje se průměrný věk dožití a geriatrických klientů přibývá. Aby byla jejich kvalita života v domovech pro seniory zachována, je důležité rozšiřovat počet ergoterapeutů do těchto zařízení.

Podle mého názoru je aktuální zastoupení ergoterapeutů v daných krajích nedostatečné, a to jak ve zdravotnických, tak v sociálních zařízeních.

Snahou této práce bylo zmapovat, kde ergoterapie probíhá a zvýšit povědomí o významu ergoterapie.

Závěrem lze konstatovat, že ergoterapie má zásadní význam pro zlepšení funkčních schopností klienta. Je nezbytné pokračovat v rozvoji této profese, aby ergoterapeuti mohli poskytovat odbornou péči a přispívali tak ke kvalitnímu životu klienta.

Referenční seznam

BARTOŠ, A. 2018. Pamatujte na POBAV – krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému záchytu kognitivních poruch. *Neurologie pro praxi*, s. 6. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/88/02.pdf>.

BÍLKOVÁ, I. 2011-2024. Míčkování (míčková facilitace) dle Zdeny Jebavé. *Fyzioklinika* [online]. ©2011-2024 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/117-mickovani-mickova-facilitace-dle-zdeny-jebave>.

BOBATH KONCEPT PRO DOSPĚLÉ. 2024. Informace pro odbornou veřejnost [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://www.bobathconcept.eu/cs/informace-pro-odbornou-verejnost/>.

CASE SMITH, J., O'BRIEN, J. C. 2010. *Occupational therapy for children*. 6th edition. Mosby. ISBN 978-0-323-05658-8.

COTEC. 2024. About [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2008-2024. Co je ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ©2008-2024 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2007. Koncepce oboru ergoterapie [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2008-2024. Mezinárodní organizace. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ©2008-2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/mezinarodni-organizace/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2008-2024. Seznam zařízení. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ©2008-2024 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/seznam-zarizeni/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2008-2024. Stanovy České asociace ergoterapeutů. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ©2008-2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://ergoterapie.cz/o-nas/stanovy/>.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. 2023. Výroční zpráva ČAE 2023 [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2024/03/Vyrocní_zprava_CAE_2023.pdf.

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbírka zákonů ČR. [online]. ©2004 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

ČSÚ. 2022. Počet obyvatel (k 31.12.2022) [online]. [cit. 2024-05-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/porovnani-kraju>.

DE ALMEIDA, P.H., PONTES, T.B., MATHEUS, J.P., MUNIZ, L.F., DA MOTA, L.M. 2015. Occupational therapy in rheumatoid arthritis: what rheumatologists need to know? *Revista brasileira de reumatologia* [online]. 55(3), 275 [cit. 2024-04-29]. Dostupné z: doi:10.1016/j.rbr.2014.07.008.

DUČAIOVÁ, J., MOTYČKOVÁ, E., NOVOTNÁ, A., NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, R., ONDRIOVÁ, I. 2018. *Aktivizace seniorů: tělesné a duševní aktivizační programy*. Praha: Verlag Dashöfer. ISBN 978-80-87963-75-3.

ENOTHE. 2024. History [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://enothe.eu/home/what-is-enothe/>.

IBITA. 2024. Bobath Concept – Definition [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://ibita.org/bobath-concept-definition/>.

INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. 2024. Co je bazální stimulace® [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.

IPVZ. 2008-2023. Jak získat specializovanou způsobilost [online]. Praha: IPVZ, ©2008-2023 [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>.

JELÍNKOVÁ, J. 2023. *Poradenství v ergoterapii*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5501-7.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. 2016. *Kognitivní trénink v praxi. 2.*, rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5580-9.
- KOKOŘOVÁ, A. *Nácvik sebesycení u dospělých osob se zdravotním znevýhodněním* [online]. Brno, 2017 [cit. 2024-05-11]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/vmtcg/diplomka.pdf>.
- KOLÁŘ, P., MÁČEK, M. 2021. *Základy klinické rehabilitace*. Druhé vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-509-2.
- KRAWCZYK, P. 2011. *Ortopedická protetika*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-096-4.
- KREJČÍ, I., VYSKOTOVÁ, J., KAŠPÁREK, R. 2021. Terapie revmatické ruky. In: VYSKOTOVÁ, J., KREJČÍ, I., MACHÁČKOVÁ, K. *Terapie ruky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5767-3.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KŘÍŽOVÁ, B. ERGOTERAPIE A TERAPEUTICKÁ ZAHRADA FN BRNO [online]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/ergoterapie-a-terapeuticka-zahrada-fn-brno/t5798>. [cit. 2024-05-11].
- KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-698-1.
- LHOTSKÝ, R. 2021. Chirurgie ruky [online]. [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: <https://www.radeklhotsky.cz/chirurgie-ruky/>.
- MARŠÁLEK, P. 2023. Vývoj a historie ergodiagnostiky a pracovní rehabilitace v ČR. In: SLÁDKOVÁ, P. et al. *Ergodiagnostika v rehabilitaci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3269-0.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2020 [cit. 2024-05-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>.
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜLLER, O. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

Národní zdravotnický informační portál. Cévní mozková příhoda: rehabilitace. *Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2024 [cit. 2024-04-17]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/988-cevni-mozkova-prihoda-rehabilitace>.

NCO NZO. 2024. Nabídka vzdělávacích akcí [online]. Brno: NCO NZO, 2024 [cit. 2024-04-04]. ISBN 978-80-7013-623-2. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/file/fa491ef529351982ee7236ebc963620954eea417>.

NCO NZO. 2023. Informace o specializačním vzdělávání [online]. Brno: NCO NZO, 2023 [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/informace-o-specializacnim-vzdelavani>.

Ottobock. Rehabilitace po amputaci horní končetiny. *ottobock* [online]. 2024 [cit. 2024-04-24]. Dostupné z: <https://www.ottobock.com/cs-cz/vas-stav/amputace-a-co-ted/rehabilitace-po-amputaci-horni-koncetiny>.

OZP. Lázeňská léčebně rehabilitační péče. *ozp* [online]. 2024 [cit. 2024-04-24]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/pro-klienty/lazenska-lecebne-rehabilitacni-pece>.

PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.

PRACOVNĚ REHABILITAČNÍ STŘEDISKO. 2021. Ergodiagnostika. *Pracovně rehabilitační středisko* [online]. ©2021 [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://pracovnirehabilitace.cz/sluzby-ergodiagnostika>.

REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ, 2024. *Ergoterapie* [online]. ©2024 [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: <https://www.ruhrabyne.cz/poskytovana-pece/ergoterapie/>.

REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ, 2024. *Rehabilitační péče* [online]. ©2024 [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: <https://www.ruhrabyne.cz/poskytovana-pece/rehabilitacni-pece/>.

ROYAL COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPIST. 2024. What is occupational therapy? *RCOT* [online]. ©2024 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/about-occupational-therapy/what-is-occupational-therapy>.

- SENČÍK, J., NECHVÁTAL, M. 2022. *I v práci správně sedět, správně stát*. Praktická příručka pro bezpečnější pracovní prostředí [online]. [cit. 2024-04-04]. Praha: VÚBP. Dostupné z: <https://vubp.cz/soubory/produkty/publikace-ke-stazeni/i-v-praci-spravne-sedet-spravne-stat.pdf>.
- SKŘEHOT, P., VLKOVÁ, Š., MAREK, J., RUPOVÁ, M., MACLOVÁ, I., MALÝ, S., GILBERTOVÁ S., HAVLENA, P. 2009. *Ergonomie pracovních míst a pracovní podmínky zaměstnanců se zdravotním postižením*. Praha: VÚBP. ISBN 978-80-86973-91-3.
- SLÁDKOVÁ, P. et al. 2023. *Ergodiagnostika v rehabilitaci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3269-0.
- SPOTEUROPE. History of Spoteurope [online]. 2024 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.spoteurope.eu/history-of-spot/>.
- STANFORD MEDICINE CHILDREN'S HEALTH. 2024. School-Based Occupational Therapy. *Stanford Medicine Children's health* [online]. ©2024 [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=school-based-occupational-therapy-160-55>.
- VÁLKOVÁ, L. 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5571-7.
- VODIČKA, P. 2024. Vzduchové dlahy PANat [online]. [cit. 2024-03-30]. Dostupné z: <https://www.vzduchovedlahy.cz/podrobne-informace-o-dlahach/>.
- VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J. 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.
- VOTAVA, J. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. Praha, 2001, č. 4, s. 187-188. ISSN 1803-5280.
- VYSKOTOVÁ, J. 2011. *Ergonomie pro zdravotnické pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-836-3.
- WFOT. 2024. About [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://wfot.org/about>.
- ZSBOZP. 2016-2024. Nemoci z povolání. In: VALA, J. Předcházení muskuloskeletálním poruchám souvisejícím s prací. *Bezpečnost a hygiena práce*. 2020, 70(1), 11-12, 17-22. ISSN 0006-0453.

ŽDÁRSKÁ, J. *Manuál ADL u osob po cévní mozkové příhodě* [online]. Praha, 2014 [cit. 2024-05-11]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/65870/BPTX_2014_1_11110_0_339871_0_136954.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

1. LF UK. *Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN. Ergoterapie a ergoterapie pro dospělé.* [online]. Praha: 1. LF UK, ©2024 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/studium-ergoterapie-a-ergoterapie-pro-dospele-1-lf>.

Seznam zkratek

ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADL	běžné denní činnosti
CMP	cévní mozková příhoda
COTEC	Council of Occupational Therapists for the European Countries
ČAE	Česká asociace ergoterapeutů
ČR	Česká republika
DMO	dětská mozková obrna
ED	ergodiagnostika
ENOTHE	The European Network of Occupational Therapy in Higher Education
HK	horní končetina
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montrealský kognitivní test
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OZP	osoba se zdravotním postižením
SPOT	Student Platform Occupational Therapy
UK	Univerzita Karlova
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Seznam obrázků

Obrázek 1 Logo WFOT (ČAE, 2024).....	13
Obrázek 2 Logo COTEC (COTEC, 2024).....	14
Obrázek 3 Logo ENOTHE (ČAE, 2024)	14
Obrázek 4 Logo SPOT Europe (SPOTEUROPE, 2024)	15

Seznam tabulek

Tabulka 1 Členství v ČAE (ČAE, 2023).....	13
Tabulka 2 Bakalářské studium (ČAE, 2024)	15
Tabulka 3 Magisterské studium (ČAE, 2024).....	16
Tabulka 4 Ergodiagnostická centra (Vondrová, Svěcená, Sládková, 2023)	27
Tabulka 5 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Jihomoravského kraje (ČAE, 2024) ...	28
Tabulka 6 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje (ČAE, 2024)	28
Tabulka 7 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Olomouckého kraje (ČAE, 2024).....	29
Tabulka 8 Ergoterapie ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje (ČAE, 2024).....	29
Tabulka 9 Ergoterapie v rehabilitačních zařízeních (ČAE, 2024).....	32
Tabulka 10 Ergoterapie v lázních (ČAE, 2024).....	33
Tabulka 11 Ergoterapie v psychiatrických nemocnicích (ČAE, 2024).....	34
Tabulka 12 Ergoterapie v domovech pro seniory (ČAE, 2024).....	37