

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: NMgr. Ergoterapie pro dospělé



Bc. Marie Miovská

Úloha ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice

The role of occupational therapy in the care system for people with dementia
in the Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Jelínková

Praha, 2024

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Janě Jelínkové za vedení, odborné rady, konzultace a podporu při zpracování práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří věnovali svůj čas k vyplnění dotazníku. Také děkuji paní 1. viceprezidentce České asociace ergoterapeutů Bc. et Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc. za pomoc při rozeslání dotazníku na e-mailové adresy ČAE a panu doc. Mgr. Vladimíru Rogalewiczovi, CSc. za konzultace a cenné rady při zpracování praktické části práce. Na závěr bych ráda vyjádřila vděk své rodině, která mě doprovázela a podporovala nejen během mého studia, ale po celý můj život. Bez jejich podpory bych nedosáhla toho, čeho jsem dosáhla, a za to jsem jim velice vděčná.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 02. 05. 2024

Bc. Marie Miovská

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

MIOVSKÁ, Marie. *Úloha ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice. [The role of occupational therapy in the care system for people with dementia in the Czech Republic].* Praha, 2024. 110 s., 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jana Jelínková.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Bc. Marie Miovská

Vedoucí práce: Mgr. Jana Jelínková

Název diplomové práce: Úloha ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice

Abstrakt diplomové práce:

Tématem diplomové práce je úloha ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice. Cílem práce je zjistit a zmapovat roli ergoterapeutů v systému péče o osoby s demencí v České republice. Dalším cílem je vytvořit podrobné a komplexní zobrazení a zhodnocení role, kterou ergoterapeuti mají v péči o osoby s demencí, se zaměřením na jejich význam v rámci multidisciplinárního týmu. A posledním cílem je zjistit, jak přizpůsobit systém péče o osoby s demencí v České republice vzhledem k tomu, že počet osob s demencí stále roste. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část popisuje stárnutí, včetně demografie stárnutí v České republice, Evropě a ve světě. Dále práce představuje demenci, diagnostiku demence, příznaky, typy, stadia onemocnění, léčbu a dopad onemocnění na běžné denní činnosti a participaci. Třetí podkapitola se věnuje ergoterapii u osob s demencí. Ve čtvrté části je představen multidisciplinární tým a důležitost role ergoterapeuta v něm. A v poslední podkapitole teoretické části je rozebrán systém péče o osoby s demencí v České republice včetně rodinného systému, služeb pro osoby s demencí, role neformálních pečujících a strategií a koncepcí péče o osoby s demencí ratifikované Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Praktická část je zaměřena na úlohu ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice a je provedena formou dotazníkového šetření. Výzkum probíhal od 6. října 2023 do 10. února 2024. V rámci tohoto výzkumu bylo analyzováno celkem 352 dotazníků. Autorka předpokládá, že více než 50 % dotázaných uvede, že ergoterapie je důležitou součástí péče o osoby s demencí. Dále předpokládá, že ergoterapie může výrazně přispět ke zlepšení péče o osoby s demencí, pokud je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu. A posledním předpokladem je, že dotazovaní jako nejčastější důvod absence ergoterapeuta budou uvádět legislativní důvody. Shromážděná data v této diplomové práci naznačují platnost všech hypotéz.

Klíčová slova:

ergoterapie, demence, stárnutí, omezení, systém péče, multidisciplinární tým

ABSTRACT OF THE DIPLOMA THESIS

Name: Bc. Marie Miovská

Thesis supervisor: Mgr. Jana Jelínková

Title: The role of occupational therapy in the care system for people with dementia in the Czech Republic

Abstract of the diploma thesis:

The topic of the thesis is the role of occupational therapy in the care system for people with dementia in the Czech Republic. The aim of the thesis is to identify and map the role of occupational therapists in the care system for people with dementia in the Czech Republic. Another aim is to create a detailed and comprehensive depiction and evaluation of the role that occupational therapists play in the care of people with dementia, focusing on their significance within multidisciplinary teams. The final aim is to determine how to adapt the care system for people with dementia in the Czech Republic, given that the number of people with dementia continues to rise.

The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes ageing, including the demographics of ageing in the Czech Republic, Europe, and worldwide. Furthermore, the thesis introduces dementia, its diagnosis, symptoms, types, stages of the disease, treatment, and the impact of the disease on daily activities and participation. The third subsection focuses on occupational therapy for people with dementia. In the fourth part, the multidisciplinary team and the importance of the role of the occupational therapist within it are introduced. The last subchapter of the theoretical part analyses the care system for people with dementia in the Czech Republic, including the family system, services for people with dementia, the role of informal caregivers, and strategies and concepts of dementia care ratified by the Ministry of Health of the Czech Republic.

The practical part focuses on the role of occupational therapy in the care system for people with dementia in the Czech Republic and is conducted in the form of a questionnaire survey. The research took place from October 6th 2023 to February 10th 2024. A total of 352 questionnaires were analysed as part of this research. The author assumes that more than 50 % of respondents will indicate that occupational therapy is an important part of caring for people

with dementia. Furthermore, it is assumed that occupational therapy can significantly contribute to improving care for people with dementia when an occupational therapist is part of a multidisciplinary team. The final assumption is that respondents will cite legislative reasons as the most common reason for the absence of an occupational therapist. The gathered data in this thesis suggest the validity of all hypotheses.

Key words:

occupational therapy, dementia, ageing, limitations, care system, multidisciplinary team

PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE O NÁHLEDNUTÍ

Obsah

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Úvod..... | 1 |
| 2 | Teoretická část..... | 3 |
| 2.1 | Stárnutí | 3 |
| 2.1.1 | Demografie stárnutí v České republice | 3 |
| 2.1.2 | Demografie stárnutí v Evropě | 5 |
| 2.1.3 | Demografie stárnutí ve světě..... | 7 |
| 2.2 | Syndrom demence | 10 |
| 2.2.1 | Diagnostika demence | 11 |
| 2.2.2 | Příznaky demence | 12 |
| 2.2.3 | Typy demence | 13 |
| 2.2.4 | Stádia demence..... | 15 |
| 2.2.5 | Léčba demence | 16 |
| 2.2.6 | Dopad onemocnění na ADL činnosti a participaci | 16 |
| 2.3 | Ergoterapie u osob s demencí..... | 18 |
| 2.3.1 | Ergoterapie u osob s demencí v primární péči | 19 |
| 2.3.2 | Ergoterapie u osob s demencí a behaviorální a psychologické symptomy demence 20 | |
| 2.3.3 | Ergoterapie u osob s demencí v komunitní rehabilitaci | 21 |
| 2.3.4 | Ergoterapie u osob s demencí v domácím prostředí a snížení zátěže pečovateli 22 | |
| 2.3.5 | Ergoterapie u osob s demencí v kognitivní rehabilitaci a soběstačnost v ADL činnostech..... | 23 |
| 2.4 | Multidisciplinární tým v péči o osoby s demencí | 24 |
| 2.4.1 | Mezioborová spolupráce v geriatрии..... | 25 |
| 2.4.2 | Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu..... | 27 |
| 2.5 | Systém péče o osoby s demencí v České republice | 29 |
| 2.5.1 | Rodinný systém..... | 29 |
| 2.5.2 | Služby pro osoby s demencí..... | 31 |
| 2.5.3 | Role neformálních pečujících..... | 33 |
| 2.5.4 | Strategie a koncepce péče o osoby s demencí ratifikované MZČR | 34 |
| 3 | Praktická část..... | 38 |
| 3.1 | Cíle a hypotézy práce | 38 |
| 3.2 | Metodologie diplomové práce..... | 38 |
| 3.3 | Sběr dat – dotazník | 40 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.3.1 | Představení dotazníku | 40 |
| 3.3.2 | Struktura dotazníku | 41 |
| 3.3.3 | Časová organizace dotazníku | 42 |
| 3.3.4 | Výzkumný soubor | 42 |
| 3.3.5 | Kritéria pro výběr vzorku | 42 |
| 3.3.6 | Kritéria pro vyřazení z výzkumu..... | 43 |
| 3.3.7 | Etická hlediska výzkumu | 43 |
| 3.3.8 | Výběr vzorku..... | 43 |
| 3.4 | Metody analýzy dat | 43 |
| 3.5 | Výsledky analýzy dat | 45 |
| 3.5.1 | Charakteristika a popis výzkumného souboru – obecné informace o respondentech a zařízení, ve kterém pracují nebo poskytují péči klientům s demencí. | 45 |
| 3.5.2 | Role a práce ergoterapeuta v péči o klienty s demencí v České republice..... | 49 |
| 3.5.3 | Subjektivní názor na práci ergoterapeuta u klientů s demencí..... | 59 |
| 3.5.4 | Význam ergoterapie v rámci multidisciplinárního týmu (v daném zařízení v České republice)..... | 66 |
| 3.5.5 | Význam péče a návrhy změn systému péče o osoby s demencí v České republice | 72 |
| 3.6 | Výsledky ve vztahu k hypotézám..... | 78 |
| 4 | Diskuze..... | 81 |
| 4.1 | Diskuze k metodologii diplomové práce..... | 81 |
| 4.2 | Diskuze k výsledkům práce..... | 83 |
| 4.3 | Návrh využití výstupů práce pro praxi | 89 |
| 5 | Závěr..... | 92 |
| | Seznam použité literatury | 94 |
| | Seznam zkratk | 105 |
| | Seznam tabulek | 107 |
| | Seznam grafů..... | 108 |
| | Seznam obrázků | 109 |
| | Seznam příloh..... | 110 |
| | Přílohy | 111 |

1 ÚVOD

Dle Fertaľové je demence „*syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku. Jde o progresivní onemocnění s narušením korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí narušeno není.*“ (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 13).

Slovo demence pochází z latinského spojení dvou slov. Jedná se o slovo *de*, což znamená bez a *mens* – mysl. Demence má velice plíživý a nenápadný začátek. Při tomto syndromu je většinou nejdříve zasažena paměť, dále soudnost, logické uvažování, výkonové funkce, orientace a ke konci člověka postihne intelektová deteriorace. Během demence jsou také poškozené i nekognitivní funkce jako jsou například poruchy emocí (patická nálada, afektivní labilita a další) (Fertaľová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017).

Roku 2018 demencí trpělo na celém světě cca 40 milionů lidí nad 65 let. Celkem 70 % z nich měli diagnostikovanou Alzheimerovou chorobu (dále AD), která je nejčastějším typem demence. K roku 2022 Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že počet jedinců s demencí na celém světě je přibližně 55 milionů, přičemž se očekává, že toto číslo dosáhne přibližně 78 milionů do roku 2030 a 139 milionů do roku 2050 (Shin, 2022). Dle Zprávy o stavu demence, která byla vydána v prosinci 2016 Českou alzheimerovskou společností, se odhadovalo podle zahraničních prevalenčních studií pro rok 2015 155,9 tisíc osob s demencí v ČR (Mátlová, et al., 2016). Lidé, kteří trpí demencí nejčastěji žijí doma a péči má na starost rodina, což má své plusy i mínusy. Pozitivním faktorem je, že lidé s demencí žijící doma, ve známém prostředí, udržují sociální kontakt a mají lepší kvalitu života. Ovšem vnímají deficity v kognitivní oblasti a celkově si uvědomují funkční pokles. Tyto faktory je negativně ovlivňují ve výkonu běžných denních činností (dále ADL), a také v komunikaci (Pimouguet et al., 2019; Shin, 2022; Zucchella et al., 2018).

Demence je komplexní stav, který se může projevovat v mnoha různých podobách a představuje velkou výzvu jak pro pacienty, tak pro jejich rodinné příslušníky a okolí. Nicméně existuje celá řada oborů v oblasti zdravotnické péče a sociální práce, jako například ergoterapie, které mohou osobám s demencí pomoci zapojit se do činností, které jsou speciálně navrženy tak, aby vyhovovaly jejich individuálním potřebám. Tento přístup může mít pozitivní dopad na jejich celkové chování a kvalitu života. Ergoterapeuti mohou poskytovat nefarmakologickou léčbu pacientům s demencí ve formě kognitivní stimulace, nácviku soběstačnosti a přátelského přístupu, jehož cílem je snížit míru stresu a úzkosti. Díky těmto a dalším navrženým intervencím mohou ergoterapeuti pomoci pacientům

s demencí udržet si nezávislost a užívat si vyšší kvalitu života (Pimouguet et al., 2019; Zucchella et al., 2018).

Slovo ergoterapie vzniklo spojením řeckých slov „*ergon*“, což znamená práce, a „*therapia*“, s významem léčení či terapie. Dle Krivošíkové (2011) je tento obor zaměřen na pomoc lidem při vykonávání běžných denních činností, i přes jejich disabilitu nebo poruchu. Cílem ergoterapeuta je zapojit tyto osoby do činností a zájmů, které mají pro ně smysl, nebo které považují za důležité.

Roku 2017 Světová zdravotnická organizace (WHO) spustila globální akční plán (GAP) o demenci pro období 2017–2025. V květnu 2017 tento plán přijaly členské státy WHO, včetně České republiky, která je členem od roku 1993. Záměrem plánu je zlepšit životy osob s demencí, jejich rodin a pečovatелů, kteří se o ně starají, dále snížit dopad demence na státy a komunity. Plán si klade za cíl vytvořit prostředí, kde bude větší prevence demence a osoby s demencí a jejich pečovatелé dostanou potřebnou péči a podporu, kterou potřebují, aby žili kvalitní život (WHO, 2017).

V České republice se demencí zabývá již od roku 1962 také Česká gerontologická a geriatrická společnost, která realizuje několik projektů týkající se staří (Zvěřová et al., 2022). Jeden z takových projektů byl spuštěn roku 2022. Jedná se o projekt s názvem „*Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci a jiných kognitivních poruch*“. Projekt získal podporu z Fondů EHP/Norska 2014–2021 a navazuje bezprostředně na strategický plán s názvem NAPAN (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro rok 2020–2030), který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále MZČR) v dubnu 2021 (Česká gerontologická a geriatrická společnost, 2023).

Cílem tohoto projektu je sestavit mezioborový konsenzus v oblasti diagnostiky a léčby Alzheimerovy nemoci a dalších kognitivních poruch. To má vést ke zkvalitnění efektivity systému péče a koordinace jednotlivých služeb pro tuto specifickou skupinu osob. „*Projekt je realizován Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, konkrétně týmem zástupců čtyř zainteresovaných odborných společností (v abecedním pořadí Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP, Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost ČLS JEP a Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP) a odborníky z dalších oborů. Projekt je jedinečný právě spoluprací mnoha odborností. Tento mezioborový konsensus je příslibem zkvalitnění péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí.*“ (Česká gerontologická a geriatrická společnost, 2023).

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stárnutí

Stárnutí a stáří jsou přirozenými fyziologickými procesy, kterými každá osoba dříve či později projde. Je normální toužit prožít stáří co nejdéle ve zdraví a pohodě. Zdravý životní styl, správná výživa, pravidelná fyzická činnost a péče o duševní zdraví jsou důležitými faktory, které mohou pomoci při zachování zdraví a vitality ve stáří. Kromě toho jsou důležité pravidelné návštěvy lékaře, kontrola zdravotního stavu a prevence různých onemocnění.

Trojan (2003, s. 731) uvádí: „*Fyziologické stárnutí je specifický, dlouhodobě nakódovaný biologický proces funkčních změn, k nimž dochází u dospělého člověka v závislosti na postupujícím věku. Nejedná se tedy o chorobný stav, ale o pokles funkcí.*“ Některé osoby ve stáří bohužel doprovází syndrom demence. Většinou demence zasáhne starší ročníky, ale může postihnout i mnohem mladší skupiny lidí. Nejedná se o běžnou známku stáří, ale jde tak o projev nemoci (WHO, 2019).

Proces stárnutí je u každé osoby jiný. Různé faktory, jako je původní stav tělesného a duševního zdraví, životní styl, sociální a ekonomický status a další, ovlivňují jak tempo, tak i způsob, jakým se involuční změny projeví. Fyziologické stárnutí s sebou přináší spousta individuálních a nekonstantních psychických změn. Většinou se jedná o horší schopnost adaptace, lidé jsou více unavitelní, neobratní a psychické funkce mohou být zpomalené. Někdy dochází k emočním změnám, labilitě emocí a hypersuggestibilitě (Zvěřová et al., 2022).

Obor geriatric je samostatným lékařským oborem, který se zaměřuje na prevenci, integraci a vytváří ucelený systém zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Cílem tohoto oboru je optimalizovat zdravotní a funkční stav seniora. Převážně snížit chronickou disabilitu, kompresi onemocnění v pokročilém stáří, zlepšit prognózu akutní dekompenzací zdravotního stavu, odvrátit ztrátu soběstačnosti atd. Tomuto se věnuje již od roku 1963 Česká gerontologická a geriatrická společnost (Česká gerontologická a geriatrická společnost, 2023).

2.1.1 Demografie stárnutí v České republice

Statistika z prvních šesti měsíců roku 2023 tvrdí, že počet obyvatel České republiky vzrostl o 46 tisíc na 10,87 milionu, a to ke dni 30. června. Tento nárůst zahrnuje i ty, kteří získali dočasnou ochranu v souvislosti s konfliktem na Ukrajině. Během prvních šesti měsíců tohoto roku se přistěhovalo do Česka ze zahraničí 79,8 tisíc osob, zatímco 22,3 tisíce lidí odešlo z České republiky. Meziročně klesla jak porodnost, ale i úmrtnost, i počet sňatků

a rozvodů. V České společnosti dochází stále ke změnám, jak už je výše uvedeno, kvůli poklesu porodnosti a prodlužování délky života. Dochází díky tomu k nárůstu podílu starších jedinců ve společnosti, podobně jako v řadě rozvinutých zemí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021; Český statistický úřad, 2023).

Počet lidí produktivního věku (což je 15–64 let) za posledních dvanáct let klesá. V roce 2020 se tento počet snížil o 28,4 tisíc na 6,82 milionu lidí, což představovalo 63,8 % všech osob. Od roku 2016 je v České populaci nejpočetnější skupina lidí ve věku 40–44 let. Po částech se však k tomuto počtu přidává společnost lidí 45–49 let (což činí silné ročníky ze 70. let 20. století). Průměrný věk lidí v České republice je 42,6 let (Český statistický úřad, 2023).

Seniorů nad 65 let věku je v České republice zhruba 2,132 milionů (tudíž cca pětina), přičemž je 898 tisíc mužů a 1,234 milionu žen. Předpokládá se, že v roce 2025 to bude asi 2,34 milionu obyvatel, což by bylo 22,3 % všech obyvatel. Roku 2030 to bude 2,4 milionu lidí, to bude čtvrtina a v roce 2050 to budou dokonce tři miliony, tedy až 30 % z celého obyvatelstva žijícího v ČR (střední varianta demografické prognózy ČSÚ z roku 2018). Paralelně do roku 2050 dojde k ztrojnásobení počtu osob 85letých a starších na téměř 0,5 milionu, tedy na skoro 2,5násobek současného stavu, což bude představovat cca 5 % celé populace. Roku 2025 bude 22,3 % obyvatel starší 65 let a do roku 2050 se tento počet přiblíží k 30 % české společnosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021).

V důsledku stárnutí populace a demografických změn jsou ovlivněny všechny sféry lidské existence. V roce 2018 bylo ve věkové skupině 65+ 19,2 % lidí, roku 2025 se předpokládá, že to bude přibližně 22,3 % a v roce 2050 dokonce 29 % (což je skoro každý třetí). Český statistický úřad v aktuálním vývoji v kostce (2023) uvádí, že *„K nárůstu počtu i podílu osob ve věku 65+ v populaci Česka v poslední dekádě přispíval jak přesun silných ročníků (generace narozených ve 2. polovině 40. let 20. století) z produktivní složky nad hranici 65 let, tak dlouhodobě se prodlužující střední délka života.“* Z důvodu stárnutí populace se stát připravuje na tuto situaci ve smyslu, jak zajistit důstojný život současných seniorů a adaptovat nynější společnost na demografické změny, ovlivňující život a stabilitu společnosti v příštím desetiletí. Kvůli tomu Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 navrhl desatero přípravy na stárnutí, které je více popsáno v podkapitole 2.4.4 (Český statistický úřad, 2023; Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021).

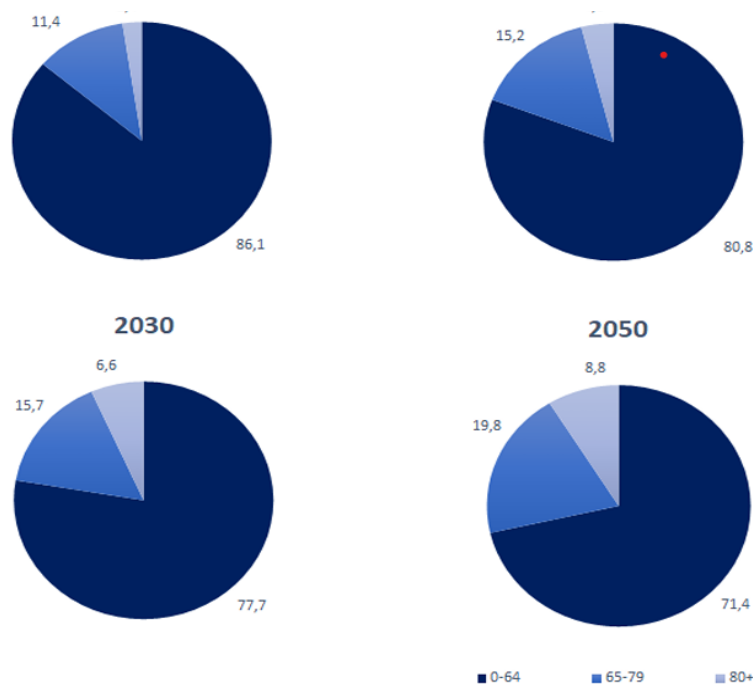
Z dlouhodobého hlediska se očekává, že roku 2101 bude v ČR přibližně 10,527 milionu obyvatel a zhruba 30 % z toho budou tvořit lidé ve věku 65 let a více. Průměrný věk tak bude

zvýšen z nynějších 42,2 na 47,4 let. Úmrtnost bude převyšována počtem živě narozených dětí a poměrem lidí ekonomického aktivního věku a počet skupin lidí v rozpětí věku 0–19 a 65 a více let bude téměř vyrovnaný (Český statistický úřad, 2023).

Terezie Štyglerová, vedoucí oddělení demografické statistiky ČSÚ se shoduje s výše zmíněnými informacemi a upozorňuje na to, že „*Demografický vývoj následujících desetiletí bude ve znamení stárnutí populace. Počet obyvatel ve věku 65 a více let, který na počátku roku 2018 poprvé přesáhl hranici dvou milionů, by se měl nadále každoročně zvyšovat a kulminovat až na konci padesátých let na úrovni 3,2 milionu. Zastoupení seniorů v populaci by mělo vzrůst ze současných 19 % až k 30 %*“ (Český statistický úřad, 2023).

Níže pro lepší přehlednost a představivost můžete vidět grafy, představující výše detailně zmíněný vývoj populace České republiky v několika věkových kategoriích od roku 2000 do roku 2050.

Obrázek 2.1 – projekce vývoje obyvatelstva ČR ve věkových kategoriích 0-64, 65-79, 80+ v % (2000-2050)



Zdroj: ČSÚ – Český statistický úřad

2.1.2 Demografie stárnutí v Evropě

Populace Evropské unie postupem času stárne, což dokládají různé statistické údaje, jako je například vývoj zastoupení osob v důchodovém věku, index závislosti těchto lidí a průměrný věk obyvatelstva (Český statistický úřad, 2021). Také po úbytku v průběhu

pandemie Covid-19 se i střední délka života znovu pomalu zvyšuje. Roku 2021 byla délka života 82,8 let u žen a 77,2 let u mužů v Evropské unii (Evropská komise, 2023).

Evropská populace se dožívá vyššího věku a lidé jsou delší dobu aktivní právě díky lepšímu zdravotnímu stavu. A v dalších desíti letech bude starších osob v EU stále více přibývat. To ovlivňuje nejen každodenní život osob, ale i naši populaci celkově. Nyní je podíl osob starších 65 let cca 20 % a do roku 2050 to bude až 30 %. Tento trend je velkou výzvou nejen pro zdravotnictví a zdravotnické systémy (Evropská komise, 2023). Projekce demografického vývoje naznačují, že do roku 2030 se Německo stane „nejstarší“ zemí v Evropě, kdy 28 % populace bude starších 65 let. USA na tom bude mnohem lépe, protože podíl seniorů bude pouze 20 %. Dnešní seniori jsou nyní ve srovnání s předešlými generacemi lépe fyzicky i duševně disponovaní. Muži v Evropě jsou v důchodu i víc než 20 let, přičemž Japonští muži cca 15 let a ve Spojených státech 17 let. U žen je toto číslo dokonce ještě vyšší než u mužů. Evropské ženy jsou v důchodu i 26 roků (např. ve Francii), v Japonsku 22 let a v USA 21 (Demografický vývoj v Evropě, 2008).

Český statistický úřad ve svých vizualizovaných statistikách (2021) poukazuje na to, že v roce 2020 téměř 21 % obyvatel EU tvořily osoby starší 65 let. Roku 2001 to bylo 16 %, což bylo o 5 % méně než v roce 2020. Když shlédneme skupinu lidí 80 a více let, podíl těchto osob dosáhl v roce 2020 cca 6 %, kdežto roku 2001 to bylo pouze 3,4 %. Tento podíl se tak během těchto let skoro zdvojnásobil. Jestliže se mluví o podílu osob starších 65 let na celkové populaci EU, nejvyšší zastoupení těchto lidí měla Itálie (23 %), Řecko, Finsko, Portugalsko, Německo a Bulharsko (ve všech možnostech to bylo 22 %), přičemž Irsko (14 %) a Lucembursko (15 %) mělo podíl těchto lidí nejnižší. A podíl seniorů ve věku 80 a více let se v období 2001 a 2020 zvýšil ve všech členských státech, kromě Švédska, kde zastoupení těchto osob zůstalo stejné (5 %). U některých členských států se podíl skoro zdvojnásobil. Například v Litvě a Chorvatsku to byla 2 % v roce 2001 a v roce 2020 téměř 6 %, Rumunsko, Bulharsko a Slovinsko mělo zastoupení seniorů v roce 2001 2 % a v roce 2020 5 % (Český statistický úřad, 2021).

Dalším způsobem, na čem lze vidět postupné stárnutí populace EU, je věkový medián obyvatel. Tato hodnota se během těchto let také zvýšila, a to téměř o šest let. V roce 2001 to bylo 38 let a v roce 2020 44 roků. Z členských států EU byl nejvyšší medián věku v Itálii (47 let), Německu, Portugalsku (v obou případech to bylo 46 let), Bulharsku a Řecku (v obou zemích 45 let), přičemž nejnižší věkový medián byl na Kypru, v Irsku (38 let), Lucembursku

a na Maltě (40 let). V období 2001 až 2020 se věkový medián zvýšil o více než sedm let v Rumunsku, Litvě, Portugalsku, Itálii, Slovensku, Španělsku a Řecku. (Český statistický úřad, 2021).

Pravomoci, které se týkají řešení následků stárnutí populace jsou hlavně v kompetenci členských států. Nicméně Evropská unie hraje roli při identifikaci klíčových problémů a trendů a může poskytnout podporu pro opatření přijímaná na vnitrostátní, regionální a místní úrovni. A právě tím může členským státům a regionům pomoci vytvořit vlastní individuální plán, který umožní řešit výzvy spojené se stárnutím populace (Evropská komise, 2023).

Předpokládá se, že na konci století bude více jak 30 % obyvatel regionu ve věku 65 let a více. Autor níže přiložené tabulky Gilbert Fontana využil údaje z Eurostatu, aby zobrazil, jak se podle projekcí změní společnost EU do roku 2100.

Obrázek 2.2 – stárnutí populace EU rok 2021 a 2100

| Age | EU Population (2021) | EU Population (2100) | % Change |
|---------|----------------------|----------------------|----------|
| <1-10 | 48,495,075 | 42,216,181 | -12.9% |
| 11-20 | 46,931,543 | 40,137,280 | -14.5% |
| 21-30 | 50,884,150 | 43,247,514 | -15.0% |
| 31-40 | 58,431,638 | 45,628,731 | -21.9% |
| 41-50 | 62,846,623 | 47,136,614 | -25.0% |
| 51-60 | 63,798,230 | 48,320,559 | -24.3% |
| 61-70 | 54,466,484 | 47,430,312 | -12.9% |
| 71-80 | 38,414,111 | 45,671,192 | 18.9% |
| 81-90 | 20,326,431 | 39,411,662 | 93.9% |
| 91-100+ | 3,658,154 | 16,874,396 | 361.3% |

Zdroj: Gilbert Fontana – Eurostat

2.1.3 Demografie stárnutí ve světě

Zatímco v posledních dvou stoletích došlo v Evropě k některým izolovaným obdobím poklesu porodnosti, takzvaný třetí fenomén demografické transformace se stal široce uznávaným především během posledních tří desetiletí. Spočívá v klesající plodnosti žen, lepším přežití v raném dětství, prodloužení dlouhověkosti a v konečném důsledku rychlém růstu podílu populace starších dospělých ve společnosti (United Nations, 2017). Mezi hlavní příčiny patří rostoucí životní úroveň, zlepšení zdravotnických služeb, veřejné zdraví, veřejné vzdělávání, sexuální revoluce a následná absorpce neplacené ženské práce na trhu práce. Rodiny přitom procházejí významnými změnami ve své sociální roli, velké

nebo vícegenerační rodiny se rozpadají do nukleárních rodin, přičemž si zachovávají funkce reprodukce, spotřeby, vzdělávání a produkce zdraví, ale ztrácejí většinu funkcí pro výrobu a mezigenerační přenos zdrojů (Vuković et al., 2012).

Tento vzestup stárnoucí populace přináší všem institucím v jakékoli ekonomice vážné finanční problémy. Dokonce i nejrozvinutější země, které předpokládaly, že tyto problémy nastanou po dvě desetiletí, se stále snaží najít peníze na zaplacení vysokých důchodů a nákladů na zdravotní péči pro rostoucí společnost starších dospělých (Jakovljevic et al., 2023). Dalším nevyřešeným problémem zdravotní politiky pro země s vysokými příjmy je dlouhodobá péče o starší dospělé. Ještě před dvěma nebo třemi desetiletími by se o ně staraly jejich děti nebo jejich rodiny, ale s oslabením rodinných vazeb je nyní vláda požádána, aby jim zajistila potřebné sociální služby (Jakovljevic et al., 2019).

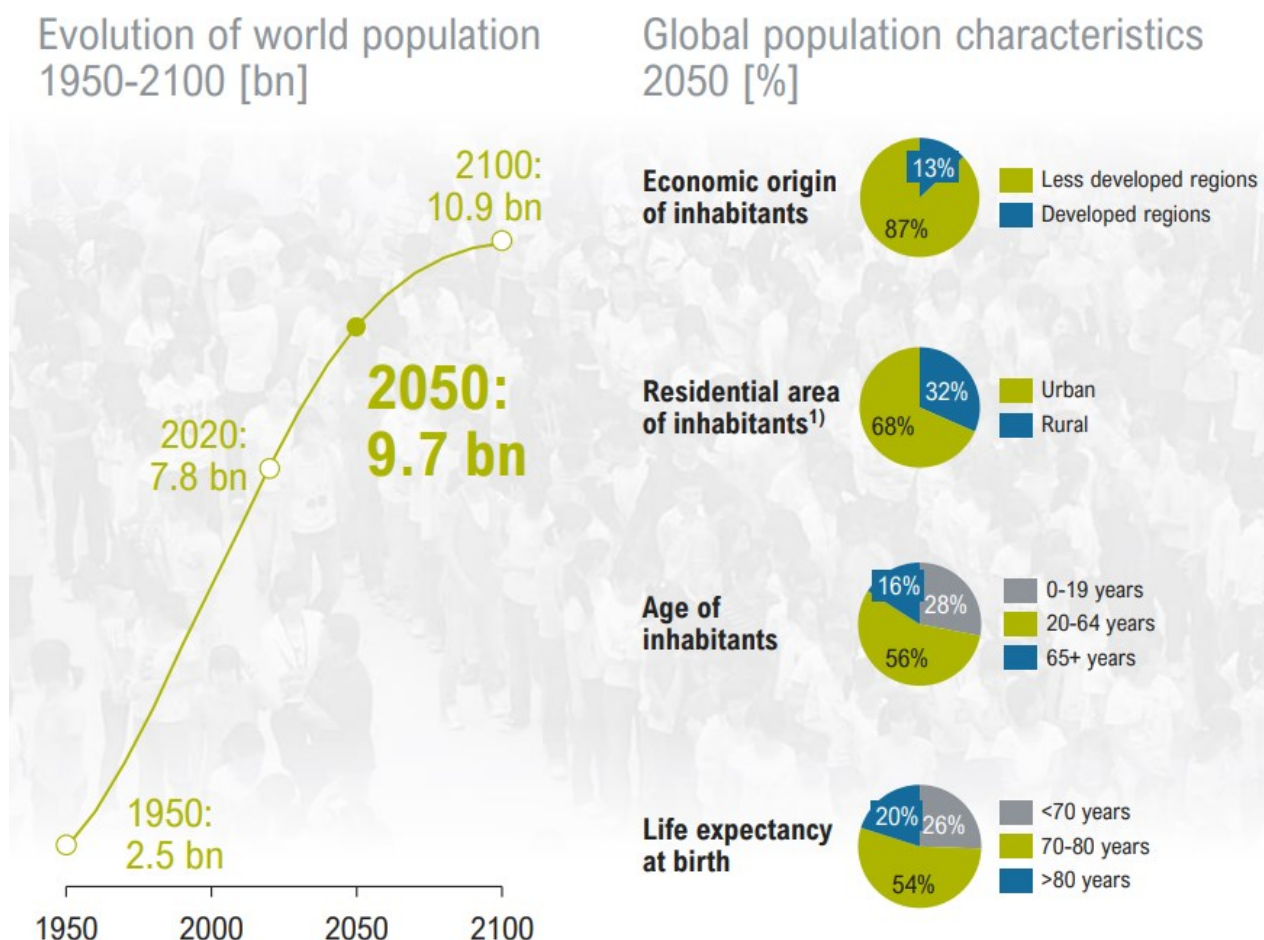
Tyto problémy nejsou pro většinu zemí se středními příjmy o nic méně závažné. V porovnání s historickými zkušenostmi vyspělých zemí probíhá jejich demografický přechod mnohem rychleji. I když se v tuto chvíli mohou těšit z obrovských „demografických dividend“, musí čelit mnohem větším účtům za důchodové příjmy, náklady na zdravotní péči a náklady na dlouhodobou péči pro jejich neúměrně velkou společnost starších dospělých (Sahoo et al., 2023). V literatuře existují značné mezery, zejména pro méně uznávané regiony se středními příjmy, velikost souvisejících demografických šoků, velikost očekávaných nákladů na stárnutí a rozdělení těchto nákladů mezi generace (Sugahara et al., 2020).

Dnes máme důkazy o tom, že i v některých nejchudších zemích dochází ke stárnutí, což přináší dvojitou zátěž pro jejich národní zdravotní systém. Tyto komunity, které se stále vyrovnávají s odpovědností za infekční nemoci, úrazy a vysokou novorozeneckou úmrtnost, čelí vysokému počtu chronických nepřenositelných nemocí obvykle spojených se stářím ve vyspělejších zemích (Jakovljevic et al., 2016).

Nejobsáhlejší soubor studií o základním zdravotním pojištění, soukromém zdravotním pojištění, zdravotnictví, hodnocení finanční udržitelnosti základního důchodu, hodnocení užívání léků, stárnutí, plodnosti a dalších tématech poskytují autoři z celého světa (Kumagai, 2021).

Na níže zobrazeném obrázku lze vidět vývoj a jednotlivé charakteristiky světové populace od roku 1950 do roku 2100. Na prvním grafu je ukázán v procentech ekonomický původ obyvatel (méně rozvinuté regiony nebo rozvinuté), na druhém grafu obytná oblast obyvatel (město nebo venkov), třetí graf zobrazuje věk obyvatel a poslední délku života.

Obrázek 2.3 – vývoj a jednotlivé charakteristiky světové populace od roku 1950 do roku 2100



Zdroj: UN – United Nations

Jednou ze zemí, která se potýká s výrazným nárůstem starší populace je Korea. Zažívá rychlé stárnutí populace. Počet lidí ve věku 65 let a starších dosáhl v roce 2021 8,53 milionu a očekává se, že do roku 2030 překročí 12,98 milionu a do roku 2050 19 milionů (což představuje 39,8 % starší dospělé populace). Tyto předpokládané údaje o populaci naznačují, že demence se bude stávat stále významnějším a výraznějším problémem. Demence má hluboký dopad jak na individuální, tak na společenské úrovni, takže odhadované zdravotní a ekonomické náklady na jednu osobu v případě demence v Koreji byly v roce 2019 přibližně 6 957 USD (Americký dolar) (Shin, 2022).

2.2 Syndrom demence

„Demence patří mezi nejčastější a nejobávanější nemoci vyššího věku. Člověk ztrácí schopnost vykonávat smysluplné činnosti, chápat okolní dění, ztrácí soběstačnost a stává se závislý na péči okolí.“ (Franková, 2017, s. 30).

Historie demence sahá do roku 1906, kdy toto onemocnění poprvé popsal německý neurolog a psychiatr Alois Alzheimer (Zvěřová, 2017). Demenci lze dle Mezinárodní klasifikace nemocí (2018), charakterizovat jako syndrom vznikající následkem mozkovým onemocněním. Většinou má chronickou a progresivní povahu. Během tohoto onemocnění se vyskytuje porucha vyšších korových funkcí jako je myšlení, orientace, paměť, řeč, úsudek a učení, i když vědomí porušené není. Dále často onemocnění doprovází zhoršená kontrola emocí, motivace nebo sociální chování (Pidrman, 2007). Pokles těchto kognitivních funkcí výrazně zasahuje do nezávislého každodenního fungování (Gale et al., 2018). Demence tak bývá diagnostikována podle klinického obrazu (Pidrman, 2007). Syndrom demence postihuje jakékoliv skupiny lidí celého světa a nemá souvislost s pohlavím, společenskou třídou, etnikem ani geografickou polohou (WHO, 2019).

Vzhledem k tomu, že populace stárne, do budoucna se očekává, že počet lidí s demencí v příštích desetiletích poroste s důsledky na společenské i individuální úrovni. Nyní se odhaduje, že více než 50 milionů lidí na celém světě trpí demencí. Domnívá se, že do roku 2050 se počet ztrojnásobí z 50 milionů na neuvěřitelných 152 milionů. Očekává se, že největší nárůst se bude týkat rozvojových zemí. Nejvíce roste počet lidí s demencí v Číně, Tichomoří a Indii (Alzheimer's Disease International, 2019).

Demence a kognitivní poruchy se řadí mezi zásadní faktory vedoucí k tomu, že je člověk odkázán na péči rodiny nebo určité instituce, jelikož se o sebe nezvládne postarat (Zvěřová, 2017).

V roce 2017 Světová zdravotnická organizace (WHO) spustila globální akční plán (GAP) o demenci s cílem zlepšit životy osob s demencí, jejich rodin a lidí, kteří se o ně starají, současně snížit dopad demence na společnost a země. Tento plán pro období 2017–2025 přijaly členské státy WHO v květnu 2017. Plán je zaměřen na zvýšení povědomí o demenci, snížení rizika vzniku demence, zlepšení diagnostiky, léčby a péče, podporu pečovatелů, podporu informačních systémů, výzkum a inovaci. WHO vyzvala všechny státy, aby do roku 2025 plnily konkrétní cíle, jako je například poskytování školení a podpory pro rodiny a pečovatele lidí s demencí a povědomí veřejnosti o demenci (WHO, 2017).

Organizace Alzheimer's Disease International (2023) na svých webových stránkách zmiňuje, že je GAP velice významný z toho důvodu, že poskytuje důležité rady a plány v oblasti demence pro všechny státy, které jsou členy WHO, z nichž mnohé nemají detailní plány na řešení této situace zvyšujícího počtu osob s demencí. U zemí a území, které nejsou členskými zeměmi, WHO stále podporuje vypracování národních plánů demence (NDP).

2.2.1 Diagnostika demence

V první řadě je důležité správně a včas diagnostikovat demenci a následně určit etiologii, která je potřebná k nastavení následné péče. Z průzkumu, který se konal roku 2011 vyplývá, že až 50 % lidí je diagnostikováno pozdě, a to ve středně těžké až těžké fázi demence (Vyhnálek et al., 2011).

Zásadní a důležité kroky ke správné diagnostice demence, které ve své publikaci uvádí Pidrman (2007) jsou:

- rozpoznat demenci (odlišit demenci od imitujícího stavu demence, určit stadium demence),
- určit etiologii demence (zda se jedná o primární, sekundární, smíšenou demenci, respektive reverzibilní nebo ireverzibilní).

Dále Pidrman ve své další publikaci (2007) uvádí krok po kroku, jak by se mělo správně v diagnostice demence postupovat. Prvním krokem je vyhledat a popsat základní symptomy (např. porucha paměti, obtížné hledání slov atd.), následně by se měly hodnotit syndromy (jako je například delirium či demence). A na konec by se měla stanovit vlastní diagnóza (zda se jedná o Alzheimerovou nemoc, vaskulární nebo jiné typy demencí). Tento hierarchický postup je dobré zachovat kvůli snížení rizika přehlédnutí zásadních faktů a tím i nesprávné diagnózy.

Vyhnálek et al. (2011) zdůrazňují diagnostiku, která by se měla vždy provést u osob s podezřením na demenci dle českých a evropských doporučení:

- odebrání anamnézy, vyšetření aktivit denního života a poruch nálad a chování;
- komplexní nebo screeningové neuropsychologické vyšetření;
- neurologické vyšetření;
- zobrazovací metoda CT (výpočetní tomografie) / MR (magnetická rezonance) mozku k vyloučení léčitelné příčiny demence;
- základní laboratorní vyšetření krve, včetně TSH (Tyreotropní hormon – hormon produkovaný adenohypofýzou, který stimuluje sekreci hormonů štítné žlázy).

Ve specifických případech se provádí:

- EEG (elektroencefalografie) – atypické případy, hlavně při podezření na epilepsii či prionová onemocnění;
- podrobnější laboratorní a sérologická vyšetření: hladina vitamínu B12 a kyseliny listové, sérologie lues, boreliózy, HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti);
- vyšetření mozkomíšního moku – při podezření na zánětlivé či prionové onemocnění CNS (centrální nervové soustavy) (Vyhnálek et al., 2011).

2.2.2 Příznaky demence

Symptomy demence jsou individuální a u každého jedince jsou odlišné. Deficity poznávacích funkcí se projevují jako ztráta paměti, jazykové deficity, agnózie, či apraxie, porucha výkonných funkcí, porušený může být také i úsudek či plánování. Nejvíce obávaným symptomem je jednoznačně agrese, kterou je dle literatury většinou verbální agrese. Nonverbální agrese se vyskytuje výjimečně, a bývá důsledkem strachu nebo nepochopení dané situace (Šáteková et al., 2021).

Zároveň s kognitivními deficity má 90 % osob s demencí psychologické a behaviorální příznaky, jako je například psychóza, obávaná agrese, agitovanost a deprese. Psychóza zahrnující bludy a halucinace, která souvisí s demencí, přispívá k institucionalizaci, kognitivnímu poklesu a zátěži pečovatele. Nicméně, zatímco se u všech typů demence mohou objevit rozmanité příznaky, zrakové halucinace jsou převážně obvyklé u demencí s Lewyho tělísky (demence s Lewyho tělísky a demence s Parkinsonovou chorobou) (Aarsland, 2020).

Česká alzheimerská společnost (2015), upozorňuje na deset symptomů, které by měly varovat osoby včas. Jedná se o tyto příznaky:

1. porucha paměti, která negativně ovlivňuje každodenní a pracovní činnosti (jedinci trpící demencí zapomínají plnit úkoly a zpětně si na ně ani nevzpomenou);
2. potíže s plněním běžných denních činností (osoby s demencí zapomínají jednoduché věci, např. že před chvílí uvařili jídlo);
3. porucha řeči a problém s vyjadřováním (zapomínání jednoduchých slov nebo nahrazování nesprávnými slovy);
4. časová a prostorová dezorientace (osoby s demencí se můžou ztratit i ve vlastní a známé ulici);
5. zhoršující se nebo špatný racionální úsudek (lidé s demencí se mohou nevhodně obléknout nebo zapomenou, že mají nějaké dítě);

6. obtíže s abstraktním myšlením;
7. ukládání věcí na špatné místo (člověk s demencí dává věci na špatná a nesmyslná místa, např. žehličku do ledničky atd.);
8. výkyvy nálad nebo chování (člověk s Alzheimerovou nemocí má prudké změny nálad);
9. změny osobnosti (člověk může být podezřívavý, zmatený nebo ustrašený);
10. ztráta iniciativy (osoba s Alzheimerovou nemocí může být úplně pasivní a potřebuje pořád nějaké podněty, aby se do něčeho vůbec zapojil).

2.2.3 Typy demence

U forem demence neexistuje jednotné rozdělení a každý autor má rozlišené členění. Ovšem nejčastěji se demence dělí dle etiologie na:

- *primárně degenerativní demence (až 60 % všech demencí);*
 - Alzheimerova nemoc,
 - demence s Lewyho tělísky,
 - frontotemporální demence,
- *sekundární a smíšené demence (přibližně 20 % všech demencí);*
 - vaskulární demence,
 - metabolické demence,
 - toxické demence,
 - demence při Parkinsonově chorobě,
 - demence při Huntingtonově chorobě,
 - traumatické demence,
 - demence při normotenzním hydrocefalu,
 - demence při nádorech CNS,
 - demence při infekcích,
- *smíšené demence (cca 10–15 % všech demencí);*
 - smíšená Alzheimerova/vaskulární,
 - smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
 - ostatní smíšené. (Pidrman, 2007)

Jedním z dalších dělení může být rozdělení dle lokalizace:

- *kortikální;*
- *subkortikální;*
- *kortikosubkortikální. (Zvěřová, 2017)*

Nebo podle kurability na:

- *reverzibilní (léčitelné);*
- *ireverzibilní (neléčitelné).* (Zvěřová, 2017)

Mátlová et al., (2016) ve zprávě o stavu demence z roku 2016 zmiňuje, že u demence existuje spousta příčin. Každopádně nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Tato nemoc je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s typickými neuropatologickými a neurochemickými charakteristikami. Pidrman (2007) také uvádí, že největší podíl demencí má atroficko-degenerativní, kterých je přinejmenším až 60 %. Také říká, že nejčastější z nich je demence způsobena Alzheimerovou nemocí (AN). Demence vaskulární zastupují přibližně 20 %, z nich nejčastější je multiinfarktová. Sekundární demence představují asi 10 %. A smíšené typy demence zastupují dle různých zdrojů 10–15 %.

Autorka diplomové práce pro lepší přehlednost vytvořila tabulku zařazení demence dle MKN-10. Demence se řadí do F00–F09 mezi organické duševní poruchy, včetně symptomatických. Toto zařazení je uvedeno v Tabulkách 1 a 2 níže.

Tabulka 2.1 – Rozdělení podle MKN-10 – základní rozdělení

| MKN-10 kód | Název |
|--|--|
| F00–F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických | |
| F00 | demence u Alzheimerovy choroby |
| F01 | vaskulární demence |
| F02 | demence u chorob klasifikovaných jinde |
| F03 | nespecifikovaná demence |
| F04 | organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými psychoaktivními látkami |
| F05 | delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami |
| F06 | jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění |
| F07 | poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku |
| F09 | neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha |

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2.2 – Rozdělení demencí podle MKN-10 – podrobné dělení do čtyřmístných položek

| MKN-10 kód | Název |
|--|---|
| F00–F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických | |
| F00 | demence u Alzheimerovy choroby |
| | 0 s časným začátkem |
| | 1 s pozdním začátkem |
| | 2 atypický nebo smíšený typ |
| F01 | vaskulární demence |
| | 0 vaskulární demence s akutním začátkem |
| | 1 multiinfarktová demence |
| | 2 subkortikální vaskulární demence |
| | 3 smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence |
| | 8 jiné vaskulární demence |
| F02 | demence u chorob klasifikovaných jinde |
| | 0 demence u Pickovy choroby |
| | 1 demence u Creutzfeldtovy-Jacobovy choroby |
| | 2 demence u Huntingtonovy choroby |
| | 3 demence u Parkinsonovy choroby |
| | 4 demence u HIV (u onemocnění virem lidské imunodeficiency) |
| | 8 demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde |
| F03 | nespecifikovaná demence |

Zdroj: Vlastní

2.2.4 Stádia demence

Demence může být klasifikována na různé stupně závažnosti. Avšak jedno z běžných rozdělení zahrnuje tři stadia:

- *lehká demence* (mírná demence): v tomto stadiu mohou být pozorovány první náznaky demence, ovšem pacient si stále zachovává schopnost vykonávání běžných denních aktivit s občasnými obtížemi.
- *Středně těžká demence*: toto stadium je charakteristické zhoršujícími se příznaky demence, které zahrnuje problémy s pamětí, orientací a komunikací. Osoba s demencí potřebuje stále více péče a také podporu při zvládnání běžných úkolů.
- *Těžká demence*: jedná se o nejvíce pokročilé stadium demence, kdy jsou pacienti velmi omezeni. Můžou mít vážné problémy s pamětí, rozpoznáváním blízkých osob a sebeobsluhou. Klienti v tomto stadiu vyžadují vysokou míru péče a podpory (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

2.2.5 Léčba demence

Léčba demence závisí na její formě, stadiu, charakteru příznaků a individuálních potřebách osoby s demencí. U určitých typů demence, jako Alzheimerova nemoc, zatím neexistuje kauzální léčba, která by vyléčila příčiny demence ani zastavila degeneraci buněk mozku. Nicméně jsou způsoby, jak zlepšit kvalitu života osob s demencí a zpomalit progresi onemocnění. Tyto způsoby mohou zmírnit příznaky, dočasně stabilizovat některé psychické funkce, a dokonce určité léky mohou zpomalit progresi v počátku nemoci (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Franková tvrdí, že „*Prvním předpokladem optimální léčby Alzheimerovy choroby je správná diagnóza a rozpoznání všech příznaků. Léčit je třeba začít co nejdříve, nejlépe již v iniciálním stadiu onemocnění.*“ (Franková, 2016, s. 87). Přístup by měl být komplexní, orientovaný na určitou osobu, zahrnující nejen člověka s demencí, ale i jeho pečující nebo rodinu. U léčby demence je nutné věnovat pozornost celkovému tělesnému a psychickému stavu, racionální léčbě ostatních nemocí a adekvátní aktivizaci (Fertaľová, Ondriová, 2020).

Jednotlivé terapeutické postupy mohou způsobit změny v kvalitě života jedinců s demencí, ale jestliže se použijí v kombinaci tyto postupy, intervence mohou mít výraznější a efektivnější vliv na změnu v kvalitě života u těchto osob. Existuje spousta terapeutických nástrojů ke zmírnění kognitivních a behaviorálních důsledků demence (Tisher, Salardini, 2019).

Několik studií například dokázalo, že úprava životního stylu, jako je pohyb a strava, může zlepšit zdraví mozku a snížit demenci bez lékařského zásahu a je považována za intervenci první volby u všech pacientů s Alzheimerovou demencí (Breijyeh et al., 2020).

Mezi další účinné terapeutické přístupy patří již zmíněná farmakoterapie (např. antidementiva, kognitiva, antidepresiva, antipsychotika, sedativa), arteterapie, canisterapie, ergoterapie, kognitivní terapie a intervence psychologa a klíčovým prvkem je také podpora pro rodinu a pečující (Bajtošová et al., 2021).

2.2.6 Dopad onemocnění na ADL činnosti a participaci

Aktivity denního života (ADL) je termín používaný pro souhrnný popis základních dovedností potřebných k samostatné péči o sebe, jako je sebesycení, koupání a mobilita. Termín aktivity každodenního života poprvé zavedl Sidney Katz v roce 1950. ADL se používá jako indikátor funkčního stavu člověka. Neschopnost provádět ADL

má za následek závislost na jiných osobách anebo mechanických zařízeních. Neschopnost vykonávat základní činnosti každodenního života může vést k nízké kvalitě života. Hodnocení ADL činností jednotlivce je důležité, protože to jsou prediktory přijetí do pečovatelských domů, k zmírnění bariér a uzpůsobení bydlení, hospitalizace a využívání domácí péče (Edemekong et al., 2023). V českých literaturách lze všední denní činnosti chápat jako soubor aktivit, které osoba vykonává každý den, opakovaně, nebo jsou pro člověka důležité a umožňují člověku být soběstačným. Tyto aktivity denního života se dělí na personální (pADL) a instrumentální (iADL). Mezi personální či základní se řadí například hygiena, sebesycení, mobilita, přesuny a další. K instrumentálním činnostem patří péče o domácnost, nakupování, použití a manipulace s penězi, řízení auta nebo funkční komunikace atd. (Jelínková et al., 2009; Krivošíková, 2011). Jedná se o důležitou doménu ergoterapeutů, a právě ADL aktivity a participace patří mezi činnosti, které omezují a limitují osoby s demencí, což dokazuje několik studií viz dále. Ergoterapeut může lidem s těmito problémy poskytnout potřebnou pomoc.

Alzheimerova choroba (AD) má za následek ztrátu nezávislosti v ADL činnostech, což následně ovlivňuje kvalitu života lidí s demencí a zatěžuje pečovatele. Autoři Rao et al. (2014) ve svém výzkumu zkoumali vliv fyzického tréninku (aerobního, balančního a silového) na výkonnost ADL u lidí s AD. A dokázali, že právě ergoterapeutická intervence, která zahrnovala aerobní a posilovací cvičení, může pomoci zlepšit nezávislost u ADL a zlepšit fyzickou výkonnost u lidí s AD. Henskens se spolupracovníky (2018) došli ve svém výzkumu ke stejnému závěru a poukazují na to, že obyvatelé pečovatelských domů s demencí pociťují sníženou kvalitu života, a to částečně kvůli závislosti při vykonávání činností každodenního života (ADL). Stimulace pohybu je spojena se zlepšením výkonu ADL. Proto se intervence stimulující pohyb, jako je trénink a cvičení ADL, zaměřují na optimalizaci výkonu ADL za účelem zlepšení kvality života.

Kumar (2014) také dokládá, že ergoterapeutická intervence může zlepšit oblast fyzického výkonu a psychické pohody v oblasti kvality života u starších dospělých s demencí. Zlepšení fyzického výkonu je dosaženo převážně fyzickým cvičením a tréninkem a vytváří tak pocit nezávislosti, zvýšenou motivaci, pozitivní náhled a snižuje behaviorální a psychologické symptomy (Kumar et al., 2014).

Marshall (2011) ve své studii tvrdí, že zhoršení v instrumentálních činnostech denního života (iADL) vede k časně ztrátě produktivity a opět představuje významnou zátěž

pro pečovatele. Dysfunkce v iADL činnostech vede ke ztrátě soběstačnosti a participaci, přičemž mnoho každodenních povinností pak vykonávají za osoby s demencí pečovatelé a zvyšuje to tak jejich zátěž. Autoři výzkumu zjistili, že porucha iADL u pacientů s Alzheimerovou demencí byla spojena s globálními patologickými změnami a bylo prokázáno, že exekutivní dysfunkce a porucha iADL vedou k progresi od amnestické mírné kognitivní poruchy ke klinické AD.

Také Slachevsky a kolektiv (2019) potvrdili, že je pro Alzheimerovu chorobu typická porucha v aktivitách každodenního života. Tito autoři rozdělili ADL na tři části – pokročilé, instrumentální a personální. Soběstačnost v ADL postupně u AD klesá, což má dopad jak na pokročilé (a-ADL, komplexní interpersonální nebo sociální fungování), instrumentální (iADL, udržování života v komunitě) a nakonec základní/personální funkce (pADL, aktivity související s fyziologickými potřebami a potřebami sebezpečí). Výsledky studie ukázaly, že tři doménová podskóre ADL (a-ADL, iADL, pADL) korelují s několika mozgovými strukturami. PADL skóre korelovalo většinou s frontální atrofií, iADL s rozšířenější frontální, temporální a okcipitální atrofií a a-ADL s okcipitální a temporální atrofií.

Další studie také dokázala, že je demence spojena s poruchami u všech typů ADL. V této studii lze vidět stejné rozdělení ADL jako u autorů Slachevsky et al. (2019). Mimo jiné pokročilé ADL byly také sníženy u osob s depresí. Zjištění zdůrazňují důležitost rozvoje intervencí a kompenzačních strategií k prevenci ztráty ADL u osob s demencí a také naznačují, že včasná intervence u starších dospělých s depresí by se měla zaměřit na pokročilé ADL, aby došlo k zabránění sociální izolace (Mograbi et al., 2017).

2.3 Ergoterapie u osob s demencí

Ergoterapie je zdravotnická profese, která je zaměřena na klienta. Zabývá se podporou zdraví a pohody prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se aktivit každodenního života. Ergoterapeuti dosahují tohoto výsledku tím, že pracují s lidmi a komunitami na zvýšení jejich schopnosti zapojit se do zaměstnání, které chtějí, potřebují nebo mají vykonávat, nebo úpravou zaměstnání či prostředí tak, aby lépe podporovalo jejich pracovní zapojení (WFOT, 2012). Česká asociace ergoterapeutů (2008) na svých webových stránkách upřesňuje, že „*pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“.*

Americká asociace ergoterapeutů (2023) tvrdí, že ergoterapeut má široké pole působnosti. Pomáhá lidem zapojit se do každodenních činností. Může přizpůsobit prostředí, aby bylo pro daného člověka podporující a nikoliv limitující (např. doporučení kompenzačních pomůcek – židle do sprchy nebo různé vybavení usnadňující každodenní úkony). Dále může poskytnout školení pro pečovatele a rodinu. Snaží se o to, aby se klient mohl navrátit do práce, školy a volnočasových aktivit. Provádí nácvik kognitivních funkcí a využívá techniky na podporu paměti, soustředění a výkonných funkcí (např. plánování a určování priorit, funkční poznávání). A v neposlední řadě se věnuje prevenci pádů a bezpečnosti a přístupnosti domova.

Dle znění vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, ergoterapeut vykonává činnosti podle §3 odst. 1 v oboru ergoterapie a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména může provádět ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (Zákony pro lidi, 2023).

Dále dle třetího odstavce §6 vyhlášky č. 55/2011 Sb., ergoterapeut může v rozsahu své odborné způsobilosti provádět na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře výcvik komunikačních a rozumových funkcí (Zákony pro lidi, 2023).

2.3.1 Ergoterapie u osob s demencí v primární péči

Z průzkumu, který byl zrealizován v Irsku, vyplývá, že ergoterapeuti mají důležitou roli v primární péči o pacienty s demencí a v prevenci této nemoci. Ergoterapeuti mohou pomoci pacientům udržet si aktivní životní styl a zlepšit jejich kognitivní funkce, což může snížit riziko vzniku demence. Ergoterapeuti také mohou pomoci s plánováním a organizací každodenních aktivit pacientů, aby mohli samostatně fungovat co nejdéle (McGrath, O'Callaghan, 2014).

Přehled, který zpracovali autoři Kringos et al. (2015), také zdůrazňuje, že ergoterapeuti pracující v primární péči poskytují služby zaměřené na podporu participace pacientů do každodenních činností tím, že se zabývají osobou, domácím a komunitním prostředím. V literatuře převažuje primární péče zaměřená na dospělou a starší populaci, a to především kvůli důrazu na zvládnutí chronických onemocnění u dospělých a podporu

starších dospělých, aby mohli žít samostatně ve svých domovech. Ergoterapeuti hodnotili a léčili fyzické, kognitivní a psychické složky pacientů přicházejících do zařízení primární péče. Světová zdravotnická organizace upozorňuje na potřebu posílit přístup k rehabilitaci napříč zdravotnickým systémem, a je zřejmé, že po celém světě je třeba pokračovat v úsilí o zajištění upevnění a další integraci ergoterapie v kontextu primární péče.

Rostoucí pozornost na ergoterapii v primární péči dokládá rozšíření této role v Kanadě, Spojených státech, Evropě a Austrálii. Ergoterapie v primární péči je oblastí s obrovskými možnostmi pro výzkum i praxi (Kringos et al., 2015). S rozšiřováním multidisciplinárních týmů primární péče se zvyšují možnosti pacientů využívat ergoterapii v primární péči (Somé et al., 2020). Asociace ergoterapeutů, včetně těch v Kanadě, Spojených státech, Austrálii a Evropě, si uvědomují důležitost vyjádření role profese v primární péči, aby podpořily interprofesionální osvědčené postupy v primární péči (Bolt et al., 2019). Jednou z největších výzev pro integraci ergoterapie do primární péče je však nepochopení její role ostatními členy týmu primární péče (Brown et al., 2021; Donnelly et al., 2023).

Další studie hodnotící práci ergoterapeutů v primární péči, kteří poskytovali služby lidem s časným stadiem nebo mírnou demencí, přinesla nejen pozitivní poznatky. Ergoterapeuti se zaměřovaly především na kognitivní screening a funkční výkonnost. Dále se intervence obvykle zaměřovaly na úpravu prostředí, kompenzační pomůcky a strategie. Studie ale upozorňuje na to, že v současné době ergoterapeuti sice znají výzkumné poznatky, ale při jejich uplatňování v praxi narážejí na značné překážky. Zdá se, že schopnost terapeutů aplikovat teoretické poznatky do praxe je silně omezena požadavky práce a organizace (McGrath, O'Callaghan, 2014).

Také česká studie se shoduje s podporou rozšíření ergoterapie do primární péče. Multidisciplinární práce v týmu v primární péči může být přínosná. A je asi jedním z možných řešení situace, kdy populace rapidně stárne a pracovníků ve zdravotnictví naopak ubývá. V článku se uvádí, že lékař může spolupracovat s ergoterapeutem, a tím se může zefektivnit práce, zkvalitnit poskytovaná péče, usnadní se dostupnost a zrychlí se komunikace s klientem/pacientem spolu s ergoterapeutem. Tato spolupráce s lékaři by mohla pozitivně přispět k růstu ergoterapie a zdravotní pojišťovny by mohly uznávat úhrady ergoterapeutických výkonů (Hoidekrová et al., 2022).

2.3.2 Ergoterapie u osob s demencí a behaviorální a psychologické symptomy demence

Zdá se, že ergoterapie je také účinná při snižování behaviorálních a psychologických („neuropsychiatrických“) symptomů demence (dále BPSD), zvyšuje participaci pacientů,

zlepšuje fyzické výkonnosti, kvalitu života a snižuje potíže v komunikaci. Tyto pozitivní výsledky byly potvrzeny v přehledu, který ukázal, že intervence OT založené na sensorické stimulaci, úpravě prostředí a funkčně orientovaných úkolech jsou účinné při zlepšování BPSD a deprese u demence. Přehled založený na důkazech naznačil, že volnočasové aktivity zaměřené na pacienta, které zahrnují sociální interakci, mohou zvýšit spokojenost pečovatelů s návštěvami pacientů v rezidenčních zařízeních, zatímco intervence zaměřené na ADL a iADL mohou zlepšit pohodu pacientů a kvalitu života. Ukázalo se, že intervence zaměřené na sociální participaci, které se týkají především osob v raném nebo středním stadiu onemocnění, kdy jsou verbální kompetence ještě poměrně zachovány, mají alespoň krátkodobý pozitivní vliv na pohodu pacienta (Zucchella et al., 2018).

Také v této otevřené randomizované kontrolní studii autorů Kumar et al. z roku 2014, bylo u osob s mírnou až středně těžkou demencí zaznamenáno významné zlepšení ve fyzických a psychologických doménách po intervenci pomocí nového ergoterapeutického programu. Intervence, která zahrnovala celkem deset terapeutických sezení po 70 minutách, byla prováděna po dobu pět týdnů. Každé sezení obsahovalo následující intervence:

1. relaxaci po dobu 10 minut,
2. fyzické cvičení po dobu 10 minut,
3. osobní aktivity po dobu 15 minut, které zahrnovaly pADL a iADL,
4. kognitivní cvičení po dobu 20 minut,
5. rekreační činnost po dobu 10 minut, která zahrnovala různé specifické zájmy (povídání o cestování a jiných tématech, sledování televize, hraní her v místnosti, stolní hry, kvízy atd.).

Experimentální skupina osob s demencí podstoupila tento speciální ergoterapeutický program spolu se standardní léčbou a kontrolní skupina dostávala standardní léčbu po dobu pěti týdnů podobnou ve všech ohledech jako studijní skupina s výjimkou terapeutického programu pod vedením vyškoleného ergoterapeuta. Tento nový ergoterapeutický program zlepšil krátkodobou fyzickou výkonnost a psychickou pohodu v oblasti kvality života u starších dospělých s demencí. Zlepšení fyzické výkonnosti bylo dosaženo fyzickým cvičením a program přispěl ke zvýšení pocitu nezávislosti, vyšší motivaci, a snížení behaviorálních a psychologických symptomů (Kumar et al., 2014).

2.3.3 Ergoterapie u osob s demencí v komunitní rehabilitaci

Ukázalo se, že ergoterapeutická intervence v komunitě má pozitivní účinek na náladu, kvalitu života a zdravotní stav pacientů s demencí. V Nizozemsku je nyní pacientům

s demencí a jejich neformálním pečovatelům hrazena ergoterapie v domácím prostředí (Graff et al., 2007). Kladou důraz na zařazení těchto intervencí do programů péče o pacienty s demencí. Ergoterapie má také vliv na adekvátní a včasnou diagnózu demence. V této studii měli pacienti s demencí a jejich neformální pečovatelé, kteří absolvovali ergoterapii, po šesti týdnech výrazně lepší kvalitu života a zdravotní stav než ti, kteří ji neabsolvovali. Při následném sledování po 12 týdnech tyto příznivé účinky přetrvávaly. Komunitní ergoterapie by měla být podporována jak u pacientů s demencí, tak u jejich pečovatelů, protože zlepšuje jejich náladu, kvalitu života, zdravotní stav a pocit kontroly nad životem u pečovatelů. Účinky byly přítomny i při následném sledování (Graff et al., 2007).

Další nizozemská studie prokázala, že ergoterapie poskytovaná osobám s demencí a jejich pečovatelům může zlepšit kvalitu života rodinných pečovatelů, oddálit přijetí osoby s demencí do domova se zvláštním režimem a snížit riziko umístění do institucionální péče až o jednu třetinu. V Nizozemsku byla vyvinuta intervence komunitní ergoterapie při demenci pro osoby s mírnou až středně těžkou demencí a jejich rodinné pečovatele, která zahrnovala deset hodinových sezení poskytovaných během pěti týdnů v domácnosti osoby s demencí. Tato randomizovaná kontrolovaná studie prokázala zlepšení u aktivit denního života u osob s demencí a zlepšení pocitu kompetence u rodinných pečovatelů. Prokázalo se také zlepšení kvality života a nálada osob s demencí a jejich rodinných pečovatelů. Tato komunitní ergoterapie byla navíc i nákladově efektivní. Naproti tomu randomizovaná kontrolovaná studie komunitní ergoterapie, která byla následně provedena v Německu, nezjistila žádný rozdíl ve výkonu ADL mezi poskytováním komunitní ergoterapie nebo jednorázovou konzultační návštěvou ergoterapeuta (Wenborn et al., 2021).

A studie autorů Hunter a Kearney (2018) zkoumala účinnost ergoterapeutické intervence, která zlepšuje provádění instrumentálních činností denního života (iADL) u starších osob žijících v komunitě. Odhalili hned čtyři tematické oblasti: kognitivní, sebeřízení, prevence a domácí multidisciplinární rehabilitační intervence. Trénink těchto oblastí podporuje starší dospělé, aby si v průběhu času udrželi iADL, kognitivní funkce, exekutivní funkce, celkový funkční stav a řešení každodenních problémů. Kromě toho studie přinesla silné důkazy, které naznačují, že na míru šitá preventivní sezení proti demenci v domácím prostředí byla také prospěšná.

2.3.4 Ergoterapie u osob s demencí v domácím prostředí a snížení zátěže pečovatelů

Gitlin a jeho spolupracovníci (2018) navrhli čtyřměsíční strukturovanou domácí ergoterapeutickou intervenci, program Tailored Activity Program (dále TAP),

který poskytoval osobám s demencí aktivity přizpůsobené jejich schopnostem, zatímco pečovatelé byli školeni, jak tyto aktivity efektivně využívat v každodenním životě a jak je zobecnit v různých prostředích. Kromě toho, že program TAP byl účinný při snižování zátěže pečovatelů v tom smyslu, že pečovatelé měli výrazně více volného času, ukázalo se, že je vysoce nákladově efektivní.

2.3.5 Ergoterapie u osob s demencí v kognitivní rehabilitaci a soběstačnost v ADL činnostech

Clare et al. (2019) provedli velkou randomizovanou kontrolovanou studii, která zkoumala, zda je kognitivní rehabilitace klinicky účinná a nákladově efektivní intervence pro osoby s mírnou až středně těžkou Alzheimerovou chorobou nebo vaskulární či smíšenou demencí a jejich pečovatele. Kognitivní rehabilitace se skládala z deseti ergoterapeutických sezení po dobu tří měsíců, po nichž následovala čtyři udržovací sezení po dobu šesti měsíců, která se konala v domácnostech účastníků. Po třech měsících byly zjištěny statisticky významné pozitivní účinky na dosažení cílů hodnocených účastníky, což potvrdilo také hodnocení pečovatelů. Tyto účinky se udržely po devíti měsících jak u hodnocení účastníků, tak u hodnocení pečovatelů. Kognitivní trénink byl také i nákladově efektivní jak z hlediska zdravotní a sociální péče, tak z hlediska společnosti. Studie došla k závěru, že je kognitivní rehabilitace klinicky účinná v tom, že umožňuje lidem s demencí v raném stadiu zlepšit jejich každodenní fungování v souvislosti s individuálními cíli, na které se zaměřují dané intervence (Clare et al., 2019).

Americkou asociací ergoterapeutů (dále AOTA) bylo vydáno několik obecných úvah o ergoterapii (dále OT):

- a) programy by měly být přizpůsobeny tak, aby podporovaly nejvyšší úroveň zachovaných dovedností a zájmu pacienta;
- b) úkoly u osob s demencí by měly být krátké a měly by poskytovat jasný návod;
- c) kompenzační strategie v podobě úprav prostředí a jednoduchého adaptačního vybavení by měly být specificky přizpůsobeny konkrétním potřebám jednotlivých pacientů;
- d) při realizaci individuálních programů je nezbytné školení a zapojení pečovatelů (Padilla, 2011; Zucchella et al., 2018).

Když už se u pacientů objeví syndrom demence, ergoterapeuti mohou pomoci s doporučením kompenzačních strategií, které mohou pomoci zlepšit soběstačnost pacienta.

Ergoterapeuti také mohou pomoci s adaptací domácnosti a organizací prostředí, aby pacienti byli schopni provádět běžné denní úkoly a činnosti, jako je například oblékání, vaření a sprchování (Bennett et al., 2019).

Z citovaných výzkumů plyne, že je tedy důležité, aby ergoterapeuti byli součástí týmu poskytující péči o pacienty s demencí a aby byli plně zapojeni do procesu prevence a léčby této nemoci.

Dle dostupných informací se ergoterapeut v péči o osoby s demencí nejčastěji zabývá soběstačností a kognitivními funkcemi. Pacienti jsou nesoběstační v běžném denním životě většinou kvůli kombinaci fyziologického stárnutí a změn způsobených onemocněním demencí. Ergoterapeut se tedy nejčastěji setkává s těmito pacienty na geriatrickém pracovišti, kdy už se jedná o institucionální péči. V rámci terapie nejčastěji uplatňuje nácvik sebeobsluhy, edukaci u využívání kompenzačních pomůcek v každodenním životě (Suchá, 2013).

V České republice na základě dohledaných podkladů chybí prevence onemocnění a dostatečná péče pro pacienty s demencí v domácnosti. Velká část péče je na rodině a okolí pacienta. V ČR tedy chybí podpora rodiny, dostupnost sociálních služeb, včetně zahájení podpůrné léčby, která by zpomalila progresi onemocnění apod. Suchá (2013) uvádí, že ergoterapeut v ČR pracuje s pacienty s demencí převážně v institucionální péči, ale zahraniční studie tvrdí, že ergoterapeut je užitečný i v primární péči, zejména při prevenci, včasné detekci a odhalení demence v brzkém stadiu. Ergoterapeut by tedy mohl provádět kognitivní vyšetření a terapii, což by mohlo pomoci managementu onemocnění v domácím prostředí a oddálení institucionální péče. V praktické části diplomové práce se autorka pokusí zjistit, jak vnímají možnost zapojení ergoterapie do systému péče o osoby s demencí právě poskytovatelé těchto služeb a ergoterapeuti, kteří pracují s osobami trpícími demencí.

2.4 Multidisciplinární tým v péči o osoby s demencí

Multidisciplinární péče je spolupráce mezi odborníky z různých oborů, kteří poskytují komplexní péči pacientovi a snaží se vyhovět potřebám dané osoby. Péči může poskytovat řada odborníků fungujících jako tým jedné organizace nebo odborníci z různých organizací, včetně soukromé praxe. Jak se stav pacienta v průběhu času mění, může se složení týmu měnit tak, aby vyhovovalo měnícím se klinickým a psychosociálním potřebám pacienta (Multidisciplinary Team Care, 2014).

Koordinovaná rehabilitace je založena na kvalitní interprofesní spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu. V rehabilitaci do multidisciplinárního týmu včetně pacienta většinou patří lékaři, zdravotní sestry, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi, psychologové, nutriční terapeuti, ale i sociální pracovníci a další (Jankovský, 2006).

Multidisciplinární tým umožňuje, aby každý obor nezávisle přispěl svými odbornými znalostmi k péči o konkrétního pacienta. Jak už bylo zmíněno výše, členové týmu mohou být ze stejného oboru/profese (např. tým chirurgů a internistů podílejících se na péči o pacienta s komplexními zdravotními problémy) nebo z různých oborů/profesí (např. ortoped, fyzioterapeut a ergoterapeut pracující s pacientem, který se zotavuje) (Hall a Weaver, 2001).

Nyní se ve vyspělejších zemích setkáváme s narůstajícím počtem seniorů, kteří se dožívají vyššího věku. Péči o tyto osoby zajišťují většinou zařízení, kde pracují sociálně zdravotní týmy. Během poskytování péče je důležité, aby byl člověk vnímán z holistického pohledu, a to jako celek bio-psycho-spirituální-sociální bytost. Sociálně zdravotní tým je tedy propojen všemi profesemi, kde by mělo fungovat předávání informací, sdílení postojů a znalostí v rámci celého týmu. Neméně důležitou součástí týmu odborníků, kteří se starají o seniora je rovněž rodina klienta. Všichni odborníci v týmu mají rovnocenné postavení a v centru týmu je vždy senior (Krátká, 2008).

Jakákoliv péče a pomoc seniorovi by měla být vzájemně propojena a měla by na sebe navazovat. Pak se jedná o multidisciplinární tým. Multidisciplinární týmová práce je základ pro poskytování účinné zdravotní a sociální péče. Vzájemná důvěra v celé hierarchii, jak sociální, tak i zdravotní péče, je velmi důležitá pro efektivní péči (Dvořáčková, Hrozenková, 2013). Členy tohoto týmu jsou všichni ti, kteří v pobytovém zařízení poskytují potřebnou pomoc a péči danému seniorovi. Většinou to bývá lékař, vedoucí pracovník, zdravotní sestra, sociální pracovník, rodina, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, pečovatel, aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotně sociální pracovník a další (Kolajová, 2006).

2.4.1 Mezioborová spolupráce v geriatrii

Geriatric je obor, který se už v minulosti opíral o týmovou spolupráci, aby co nejlépe sloužil pacientům. Povaha křehkosti u starších osob znamená, že se u nich objevují četné komorbidity, jejichž zvládnutí vyžaduje týmový přístup, který vedle medicíny zahrnuje i příbuzné zdravotnické obory, sociální práci a ošetrovatelství. „Strojovnou“ této specializace se tak již před několika lety staly schůzky multidisciplinárního týmu. Něco, co jiné specializované obory objevily teprve nedávno. Co je však paradoxem,

že ve srovnání s jinými obory (např. traumatologie, chirurgie, onkologie) se tato specializace jen pomalu začala formálněji zamýšlet nad tím, jak lze týmovou práci v geriatrických týmech zlepšit, vyškolit a podpořit (Ellis a Sevdalis, 2019).

Bylo identifikováno deset charakteristik, které jsou základem efektivní interdisciplinární týmové práce. Mezi ně patří pozitivní vlastnosti vedení a managementu, komunikační strategie a struktury, osobní odměny, školení a rozvoj, vhodné zdroje a postupy, vhodná kombinace dovedností, podpůrné týmové klima, individuální vlastnosti, které podporují interdisciplinární týmovou práci, jasná vize, kvalita a výsledky péče a respektování a porozumění rolí (Nancarrow, et al., 2013).

Autoři Holmerová, et al. (2007, s. 13) se ve své knize k multidisciplinární spolupráci v geriatrii vyjadřují následovně *„Geriatric aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatrických týmů s odborníky (především vysokoškolsky vzdělanými) v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech. Úzce spolupracuje i s ostatními lékařskými obory (především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím) a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku. Ve svém interdisciplinárním pojetí však geriatric v péči o starého člověka nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své staré nemocné (tzv. oborová geriatric), o něž pečuje svými specifickými prostředky.“*

Autorky Dvořáčková a Hrozenská (2013) také potvrzují a souhlasí s tím, že poskytování úplné, komplexní péče seniorům vyžaduje spolupráci celého multidisciplinárního týmu. Zásadním prvkem je propojenost a vzájemná podpora mezi jednotlivými členy interprofesního týmu.

Ke kvalitnímu koordinovanému a integrovanému léčebnému plánu u seniorů bylo založeno Komplexní geriatrické hodnocení (dále CGA – Coprehensive geriatric assesment). Jedná se o multidisciplinární diagnostický a léčebný proces, který identifikuje zdravotní, psychosociální a funkční omezení křehkého seniora s cílem vypracovat koordinovaný plán pro maximalizaci celkového zdraví s přibývajícím věkem. Péče o zdraví starší osoby přesahuje tradiční lékařskou léčbu nemoci. Vyžaduje vyhodnocení mnoha otázek, včetně fyzických, kognitivních, afektivních, sociálních, finančních, environmentálních a duchovních složek, které ovlivňují zdraví staršího dospělého. CGA vychází z předpokladu, že systematické hodnocení křehkých starších osob týmem zdravotnických pracovníků může

odhalit řadu léčitelných zdravotních problémů a vést k lepším zdravotním výsledkům (Ward a Reuben, 2023).

Jak už bylo několikrát výše zmíněno, ergoterapie patří do multidisciplinárního týmu i v geriatrii. Hlavním posláním ergoterapeuta v této oblasti je funkčně zhodnotit pacienty, odstraňovat bariéry v jejich domácím prostředí, které následně zvyšují participaci seniora. A nejen, že ergoterapeuti plní tyto důležité úkoly v rámci vyšetření, ale je dokázáno, že i po funkčním zhodnocení pacienta a nastavení vhodné intervence, ergoterapie zlepšuje fungování u fyzicky křehkých starších lidí žijících v komunitě. To může značit, že je ergoterapeut klíčovou součástí multidisciplinárního týmu (Coninck, et al., 2017; Pozzi et al., 2021).

2.4.2 Role ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu

Suchá (2013, s. 149) rovněž tvrdí, že *„V péči o osoby s demencí by měl být členem multidisciplinárního týmu bezesporu také ergoterapeut.“* Ergoterapeut u této cílové skupiny seniorů plní především dvě hlavní funkce – podporuje soběstačnost a snaží se klienta kognitivně aktivizovat.

Vzhledem k tomu, že se soběstačnost u klientů s demencí stále zhoršuje, cílem ergoterapeuta je podpořit seniora v tom, co ještě samostatně zvládne v oblasti ADL. V tomto směru by měl ergoterapeut metodicky vést i ostatní členy týmu, včetně rodiny. I když určitá činnost klientovi zabere daleko více času než zdravému jedinci, nemělo by se na seniora spěchat a pomáhat mu, jestliže to není nutné. Protože dovednost, kterou člověk s demencí jednou ztratí, znovu se jí již nenaučí (Suchá, 2013).

V rámci kognitivní aktivizace lze pracovat buď individuálně, nebo ve skupině. Obě formy mají své výhody i nevýhody. Výhodou individuálního cvičení je cílenější trénink a více se zapojí introvertní senioři. Přičemž skupinové cvičení může být více zábavné, stimulační, a také má pozitivní vliv na komunikaci. Každopádně by se mělo jednat o podporu toho, co jedinec ještě zvládá než zdůrazňovat to, co již klientovi nejde a už se znovu ani nenaučí. Trénink paměti je tedy vhodný pouze do střední fáze demence, později je lepší volit jiné přístupy (např. individuální reminiscenci) (Suchá, 2013).

Mgr. Natálie Lupienská v informačním bulletinu ČAE představila roli ergoterapeuta v domově Sue Ryder v Praze následovně. V rámci náplně práce ergoterapeuta v domově seniorů je koordinace a vedení aktivizačních aktivit (trénink paměti, smyslová stimulace, výtvarné techniky, keramika, pečení, reminiscenční terapie, canisterapie atd.). Ergoterapeut tedy navíc plní funkci koordinátora, který poskytuje podporu a konzultaci aktivizačním

pracovníkům. Koordinátor zodpovídá za kvalitu daných aktivit, za jejich přínos a rovněž zavádí nové programy. Ergoterapeut tyto programy a vhodnost aktivit konzultuje se seniorem a jeho rodinou. V rámci toho provádí případné změny, doporučuje kompenzační pomůcky, úpravy prostředí, ve kterém žije a další. Včetně koordinace týmu ergoterapeut vykonává různé aktivity také samostatně (např. skupinové aktivity – smyslové stimulace, které probíhají především u klientů s pokročilou demencí a zahrnují nefarmakologické přístupy) (Lupienská, 2012).

V rámci spolupráce v multidisciplinárním týmu se ergoterapeut pravidelně každý týden účastní porad, kde se vždy vybere určitý klient a členové týmu konzultují jeho aktuální stav, individuální plán a společně nastavují specifickou péči. Ergoterapeut v týmu navrhuje různé tipy na aktivizaci klienta a podporu soběstačnosti seniora pro osoby, kteří o daného člověka pečují. Včetně ergoterapeuta je součástí těchto schůzek také manažer zdravotní a sociální služby, zdravotní sestry, pečovatelé, fyzioterapeut, sociální pracovník a občas nutriční terapeut. Ergoterapeut je rovněž součástí vizit, které probíhají na jednotlivých odděleních dvakrát měsíčně a také se účastní schůzek týmu středního managementu zdravotních a sociálních služeb jedenkrát týdně. Ergoterapeut dále zaučuje nové zaměstnance a vede kurzy na téma podpora soběstačnosti a trénink poznávacích funkcí. Z článku vyplývá, že má ergoterapeut velmi důležitou roli v multidisciplinárním týmu, kdy má na starost dokonce několik významných funkcí (Lupienská, 2012).

Lupienská (2012, s. 19) doplňuje, „že je vhodnější celou péči o klienta seniorského věku pojímat opravdu holisticky a komplexně, a tudíž zasahovat i do jiných oblastí péče, protože díky tomu může naše ergoterapeutické působení přinést mnohem větší efekt“.

Autoři Richards, et al. (2024) provedli v Austrálii studii, která zkoumala roli ergoterapeutů v zařízení pro osoby s demencí s využitím modelu péče zaměřeného na člověka, a to z pohledu ergoterapeutů, rodinných příslušníků a multidisciplinárních pracovníků. Jde o první studii v této problematice. Autoři došli k závěru, že se vnímání a zkušenosti účastníků lišily a rozsah role ergoterapie v této oblasti je aktuálně nedostatečně definován. Ergoterapeuti v tomto prostředí běžně usnadňují pozitivní sociální interakci a snaží se zapojit klienty do běžného života a jsou také uznáváni jako budovatelé pracovních kapacit v multidisciplinárním týmu. Tato studie zjistila, že zúčastnění respondenti v zařízení pro osoby s demencí měli protichůdné názory na roli ergoterapie, avšak uznávali, že ergoterapie usnadňuje pozitivní sociální intervenci a zapojení klientů do každodenních

aktivit. Dále studie tvrdí, že by se měla zvýšit příležitost využívání ergoterapeutických služeb ke zlepšení zdraví a pohody klientů.

2.5 Systém péče o osoby s demencí v České republice

V České republice hraje důležitou roli v nastavení kvality péče o osoby s demencí nezisková organizace Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. (dále ČALS), která byla založena v roce 1997. Cílem ČALS je poskytovat informace a pomoc lidem postižených demencí a jejich rodinným příslušníkům, poskytovat sociální služby, vydávat odborné články, publikace, doporučení a brožury pro osoby s demencí i jejich rodiny, pečovatele atd. Jednou ze zmíněných publikací je Komplexní péče o lidi s demencí. *„Text Komplexní péče o lidi s demencí vychází z kritérií kvality Vážka®.“* (Hájková et al., 2016). Vážka® je *„certifikační systém, který je určen pro služby pro lidi s demencí. ČALS zařízením, která poskytují své služby v souladu s Kritérii pro udělení certifikátu Vážka, uděluje certifikát Vážka® na dobu 24 měsíců. Všechna kontaktní místa ČALS musí projít certifikací služby, kterou poskytují lidem s demencí. Proces certifikace kontaktních míst byl zahájen koncem roku 2009, aktuálně mají certifikaci za sebou všechna zařízení poskytující pobytové služby a také denní stacionáře. Certifikace provádějí dlouholetí školení spolupracovníci ČALS.“* (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

2.5.1 Rodinný systém

Velká část péče o osoby s demencí je v České republice na rodině a blízkých. Jedná se o velmi náročnou a vyčerpávající činnost. Existují však metody a způsoby, jakými si situaci ulehčit a vyrovnat se s ní. Tyto způsoby a doporučení vycházející ze zkušeností rodinných příslušníků byly v roce 2022 přeloženy a sepsány v užitečné příručce *„Na pomoc pečujícím rodinám“* a vydány Českou Alzheimerovou společností. Příručka pro pečující rodinu podrobně popisuje ve svých kapitolách základní informace o Alzheimerově nemoci a o demenci, život s člověkem s demencí a péči o něj, praktická doporučení, jak se vyrovnat s problémy, jak pečovat o sebe, kde hledat pomoc, možné příspěvky atd. (Holmerová, et al., 2022).

Rodina, která pečuje o své příbuzné s demencí má možnost požádat o příspěvek na péči. Nárok na tento příspěvek mají osoby, které kvůli dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebují péči a pomoc druhé osoby ke zvládnutí základních životních potřeb, kterých je deset (např. mobilita, komunikace, orientace) (Úřad práce ČR, 2023). Z příspěvku může být uhrazena péče, kterou poskytuje rodina nebo nějaké registrované sociální služby

(např. terénní služby v domácnosti – odlehčovací služby, pečovatelské, osobní asistence anebo denní stacionáře). Jestliže je osoba v pobytovém zařízení, příspěvek na péči spadá pod zařízení (Holmerová, et al., 2022).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je aktuálně ke dni 4.12.2023 výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) (Úřad práce ČR, 2023).

Další významnou pomocí rodině při péči o osobu s demencí je také možnost půjčení kompenzačních, ošetrovatelských a jiných pomůcek (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

V České republice existuje několik alzheimerovských podpůrných skupin, které slouží jako emocionální podpora pečovateli. Česká alzheimerovská společnost poskytuje dokonce i individuální konzultace pro pečující rodinu a blízké. Tyto konzultace a skupiny rovněž slouží jako emocionální podpora a pomoc, a také se snaží o zlepšení kvality života jak klientů trpících demencí, tak těch, kteří se o osoby starají (Jarolímová, Mátlová, 2019; Česká alzheimerovská společnost, 2015).

Jednou z takových svépomocných neboli podpůrných skupin je „Čaj o páté“, která slouží pro rodinné pečující. Tyto schůzky probíhají pravidelně ve čtvrtek, co 14 dní v odpoledních hodinách v sále Gerontocentra v sídle České alzheimerovské společnosti. Na tomto setkání rodina může získat důležité informace. Na setkání totiž dochází i různí odborníci, kteří odpovídají na všelijaké dotazy týkající se péče o osoby s demencí, ale i o sebe samotné a rovněž slouží jako otevřený a bezpečný prostor pro sdílení různých nelehkých zkušeností z péče o tyto osoby (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

Další podpůrnou skupinou České alzheimerovské společnosti je skupina „Toulky paměti a duší“, která byla založena pro jedince s počínající fází demence. Skupina pomáhá lidem vyrovnat se s prvními příznaky, důsledky choroby a také poskytuje emocionální podporu. Setkání probíhá jednou za tři týdny většinou odpoledne ve středu (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

V ČR existuje několik příruček jak českých, tak přeložených ze zahraničních. Jednou z těch zahraničních je příručka přeložena do češtiny s názvem „Život s demencí – Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby“, která byla napsána díky společné práci rodinných příslušníků a profesionálních pečujících. Byla vydána roku 1994 ve spolupráci Světové

zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodního spolku pro Alzheimerovu chorobu (ADI). Příručka je sepsána pro pečující rodinu a jsou v ni popsány důležité informace ohledně péče o osoby s demencí. Například se zde rodina může dozvědět, jaké má možnosti podpory (např. finanční a sociální), různá doporučení v péči o svého blízkého v každodenních činnostech a mnoho dalších zásadních informací, které mají pečujícím ulehčit náročnou situaci (Ritter-rauch, 2014).

Další příručkou pro rodinné příslušníky, která vznikla v rámci projektu pro rodinné pečující o seniory je od českých autorů Provazníkové a Kalvacha (2016). Cílem příručky je ukázat, jak žít s demencí, jak rozumět psychickým změnám, které nastanou v průběhu atd. V příručce jsou různé situace a doporučení doložené na zkušenostech ze života. Naopak v příručce nejsou popsány informace, které již byly sepsány v publikacích, které vydala Česká alzheimerovská společnost.

Světová zdravotnická organizace (2019) tvrdí, že by celosvětově měli mít pečovatelé o osoby s demencí přístup k informacím a podpoře, aby mohli efektivně reagovat na fyzické, psychické a sociální nároky spojené s péčí o osobu žijící s demencí a zvládat tuto péči. Vytvořili tak příručku „iSupport for dementia – Training and support manual for carers of people with dementia“, s cílem poskytnout veškeré informace a doporučení založené na důkazech a zkušenostech pro pečovatele. Cílem je tak zlepšit znalosti a dovednosti pečovatelů (např. schopnost zvládat příznaky demence nebo péče o sebe samotné). Tato příručka je také bezplatně dostupná online v anglickém jazyce, nikoliv v českém, na adrese www.isupportfordementia.org/en.

2.5.2 Služby pro osoby s demencí

Česká republika nabízí několik možností služeb pro seniory, jak v oblasti zdravotní, tak v oblasti sociální péče. Poskytování sociálních služeb je v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb. Hlavním cílem zákona o sociálních službách je podpořit proces sociální participace a sociální soudržnosti společnosti (Zákony pro lidi, 2023).

Zákon dělí sociální služby na tři části – sociální prevenci, sociální poradenství a sociální péči. Dále tyto služby dle formy poskytování lze rozdělit na terénní, pobytové a ambulantní. Souhrn těchto sociálních služeb lze najít na webu Ministerstva práce a sociálních věcí v registru poskytovatelů sociálních služeb. Lidé trpící demencí mají nárok i na některé sociální příspěvky (např. příspěvek na péči, na mobilitu, na automobil a na další zvláštní pomůcky) (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Další dělení služeb pro seniory může být dle Jarošové (2006) následující:

- terénní služby (respitní péče, pečovatelské služby nebo stacionáře),
- ústavní péče (domovy pro seniory atd.),
- komunitní péče (domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství atd.),
- přechodné pobyty, osobní asistence, kluby pro seniory atd.

Hlavními cíli těchto služeb dle Tomeše (2011) jsou podpora seniorů v ekonomických aktivitách, podpora samostatného bydlení, podpora společenské komunikace a nabídka volnočasových aktivit. Dalšími cíli jsou zachování lidské důstojnosti, vycházení z individuálních potřeb osoby, rozvíjení jejich schopností, zlepšení nebo zachování soběstačnosti a poskytování služeb v zájmu osob (Zákony pro lidi, 2023).

V České republice existují takzvané standardy kvality péče v sociálních službách, které popisuje Tomešová (2003) ve své publikaci. Tyto standardy slouží jak pro uživatele těchto služeb a jejich rodiny, tak i pro poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb. Uživatelé a rodiny mohou zjistit, co dané služby nabízí, poskytovatelé mohou nabídnout své služby a zřizovatelé mohou dostat zpětnou vazbu o úrovni sociální služby a o potřebách jejího rozvoje a zkvalitnění.

Jak poskytovat zdravotní péči v momentu, kdy lidé s demencí nejsou v pobytovém zařízení, je definováno v rámci zákona č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Zdravotní péče, která je poskytovaná ve vlastním přirozeném prostředí osobě s demencí může být buď návštěvní služba, nebo domácí péče (což je ošetrovatelská péče, paliativní péče nebo léčebná rehabilitační péče). Návštěvní služba je zajišťována díky praktickému lékaři. Avšak v ČR praktičtí lékaři nemají povinnost zajišťovat tyto služby (Zákony pro lidi, 2023).

Primární, sekundární nebo terciální prevenci by měl zajišťovat také praktický lékař, který by měl současně spolupracovat s multidisciplinárním týmem. Do tohoto týmu lze zařadit osobu s demencí, pečující rodinu, pečovatelskou službu, domácí ošetrovatelskou péči atd. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Jarošová (2006) dělí zdravotní služby pro seniory na:

- geriatrické oddělení,
- geriatrickou ambulanci,
- následnou péči (odlehčovací a rehabilitační služby),
- ošetrovatelské oddělení,

- geriatrické denní centrum,
- hospice nebo domácí péči.

Zdravotní péče poskytovaná v domácnosti může být hrazena z veřejného zdravotního pojištění pouze na základě doporučení lékaře formou poukazu. Detaily upravuje zákon č. 371/2021 Sb., kterým se mění znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Od 1.1.2022 mohou domácí péči po určitou dobu (14 dní, v případě paliativní péče až 3 měsíce) indikovat i lékaři s jinými odbornostmi (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022; Zákony pro lidi, 2023).

2.5.3 Role neformálních pečujících

Mutlová (2019, s. 1) definuje neformální péči následovně *„Dlouhodobá péče, kdy o osobu blízkou pečují buď rodinní příslušníci nebo přátelé, kteří nejsou profesionálními pečovateli, se nazývá neformální péče. Tito lidé většinou nemají odborné specifické vzdělání a nejsou za tuto službu a pomoc placeni.“* Výzkumy dokazují, že většinou veškerá péče o seniory spadá pod rodinu a blízké, přičemž tato péče není placená. Často tuto péči vykonávají dospělé děti či životní partneři seniorů (Centrum pro rodinu a sociální péči, 2023).

Dragomirecká et al. (2020) upozorňuje na to, že v české legislativě prozatím není přesná definice neformálních pečujících. Tento pojem do nedávna nebyl k nalezení ani ve strategických dokumentech ČR. V současné době problematika pečujících osob a neformální péče byla zmíněna v Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2016–2025. (MPSV, 2017) Geissler, et al., (2015) tvrdí, že neformálním pečujícím není věnována dostatečná pozornost, kterou by si zasloužili, a to by se mělo do budoucna změnit vzhledem ke stárnoucí populaci.

Podle MPSV (2017) je v České republice neformálních pečujících až 300 tisíc. Téměř 150 tisíc pečujících tvoří blízké osoby. Až dvě třetiny dlouhodobou péči poskytují ženy ve středním nebo raném důchodovém věku (mezi 35–64 roky). Dle odhadů až 70–90 % je veškerá zdravotní a sociální dlouhodobá péče poskytnuta rodinnými příslušníky či jinými pečujícími.

Nevýhody poskytování neformální péče jsou, že pečovatelé nebývají školení k zajištění vhodné péče, nepodepisují pracovní smlouvu a nemají časově ohraničenou „pracovní“ dobu (Triantafillou et al., 2010). Dalšími riziky pro pečující jsou zdravotní problémy, které plynou z péče o nemohoucí seniory. Nejčastěji se pečovatelé potýkají s bolestmi zad z fyzické námahy a manipulací se seniorem. Dále se mohou vyskytovat psychické problémy způsobené dlouhodobým stresem a psychickým vypětím. A v neposlední řadě to je únava, osamělost,

vyčerpání organismu a také izolace od společnosti (Centrum pro rodinu a sociální péči, 2023).

Autoři Mansell et al. (2007) na druhou stranu berou pozitivně ekonomický význam péče, která je zajišťována v domácnosti seniora, kdy oproti institucionální péči je více úsporná na provoz a pro společnost je ekonomicky výhodnější. Na tento fakt naopak reaguje Centrum pro rodinu a sociální péči (2023) a upozorňují na finanční vyčerpání rodinných pečujících. Rodina kvůli péči o druhého většinou opouští své zaměstnání, tím ztratí aktuální zdroj příjmu a následně to negativně ovlivní i jejich starobní důchod.

Avšak v roce 2022 Ministerstvo práce a sociálních věcí alespoň podpořilo z evropských dotací služby pro rodiny a neformální pečující. Celkem 650 milionů korun se rozdělilo mezi neziskové organizace, obce a poskytovatele sociálních služeb (MPSV, 2022).

2.5.4 Strategie a koncepce péče o osoby s demencí ratifikované MZČR

V této podkapitole autorka zmíní tři hlavní aktuální strategické dokumenty týkající se problematiky osob s demencí, které jsou ratifikované Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Prvním z nich je „Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030“ (Zdraví 2030). Strategický rámec Zdraví 2030 je koncepčním dokumentem, který stanovuje směr pro rozvoj péče o zdraví občanů České republiky v následujícím desetiletí. V tomto dokumentu je zmíněný hlavní faktor determinující potřeby zdravotní péče v budoucnu. A tím je výrazné stárnutí populace ČR a nárůst počtu neurodegenerativních onemocnění (např. demence). Tyto osoby tak budou potřebovat dlouhodobou a skoro celodenní zdravotně-sociální péči.

Strategický rámec Zdraví 2030 určil tři hlavní strategické cíle:

1. ochranu a zlepšení zdravotního stavu obyvatel,
2. optimalizaci zdravotnického systému,
3. podporu vědy a výzkumu.

Výše zmíněné cíle se pak dělí na sedm konkrétních cílů. Celý rámec je rozdělen do celkem čtyř hlavních částí. První část je věnována úvodu dokumentu, vizím a cílům. Následně je analýza, která si klade za cíl popsat klíčové faktory, které ovlivňují aktuální stav a budoucí vývoj nemocnosti české společnosti. Dále představuje silné a slabé stránky zdravotnického systému a hlavní závěry na základě významných mezinárodních doporučení. Primární vizí Strategického rámce Zdraví 2030 je zabezpečit dostupnost zdravotní péče

každému občanovi České republiky bez ohledu na geografické nebo sociální prostředí. Paralelně rámec usiluje o to, aby občané více pečovali o své vlastní zdraví (Zdraví 2030, 2020).

Druhou aktuální strategií je „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030“ (dále NAPDZ). Jedná se o implementační dokument sestavený ze tří strategických dokumentů. Akční plán určil dané postupy pro naplnění částí Strategie reformy psychiatrické péče pro období 2013–2023. Poté je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce ČR 2030 a rovněž rozpracovává specifickou oblast současně vznikajícího Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 včetně implementačního plánu (Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče) (NAPDZ 2020–2030, 2020).

Cíle akčního plánu lze rozdělit na pět strategických priorit:

1. zlepšit řízení a poskytování péče v problematice duševního zdraví vedené validními informacemi a vědomostmi,
2. zajistit, aby měl každý jedinec srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, a to hlavně nejvíce zranitelné osoby,
3. zajistit, aby lidská práva osob s problémy v duševní oblasti byla podporována, chráněna a plně respektována,
4. zajistit plnou dostupnost služeb v oblasti duševního zdraví v místě, čase, kapacitě i financích, zajistit jejich dostupnost v komunitě dle potřeb,
5. budovat systém péče o duševní zdraví pracující v kvalitně koordinované partnerské spolupráci s ostatními oblastmi, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví (NAPDZ 2020–2030, 2020).

Z výše určených cílů vyplývají konkrétnější úkoly:

1. přesunout dlouhodobě hospitalizované osoby, u který převládají sociální potřeby, tím snížit lůžka následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oblasti psychiatrie o 1200 lůžek do konce roku 2022;
2. vytvořit zdravotně-sociální terénní týmy, kteří osobám s duševními potížemi zabezpečí péči a rehabilitaci – do roku 2022 se jedná o třicet Center duševního zdraví;

3. zabezpečit bydlení pro neinstitucionalizované klienty s duševním onemocněním v komunitě (Domov se zvláštním režimem (DZR), chráněné bydlení atd.), to znamená, že by Ministerstvo zdravotnictví mělo ve spolupráci s Ministerstvem pro místní rozvoj a Ministerstvem práce a sociálních věcí sestavit plán rozvoje těchto služeb a ten by měl být zveřejněn do konce roku 2018;
4. nakonec by mělo být představeno, jakým způsobem bude zajištěno rozdělení kompetencí pro zdravotní a sociální služby, včetně kooperace na úrovni Ministerstev sociálních věcí a zdravotnictví a příspěvku na financování reformy ze zdravotního a sociálního rozpočtu. V závěru je nezbytné, aby správní orgány specificky určily, jak budou regiony, které autonomně poskytují sociální služby, začleněny do tohoto procesu (NAPDZ 2020–2030, 2020).

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (2020) určil tyto vize pro rok 2030 – komunitní služby duševního zdraví budou fungovat ve prospěch zdraví každého občana v jeho regionu bez jakéhokoliv omezení. Bude sloužit tomu, kdo bude registrován jako pacient či klient, ale i tomu, kdo se jako pacient/klient potencionálně může stát. Rovněž bude komunitní služba přístupna tomu, kdo potřebuje péči, ale neřekne si o ni, či je pro něho těžké, jakkoliv se vyjádřit.

Posledním zmíněným strategickým plánem je „Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění 2020–2030“. Jelikož během let 2016–2019 nebyly naplněny cíle, které byly stanoveny prostřednictvím NAPAN 2016–2019, došlo ke zpracování tohoto dokumentu, který navázal a aktualizoval již dříve zmíněné aktivity s ohledem na stoupající prevalenci a společenské dopady této nemoci. V tomto akčním plánu je stanoveno celkem pět strategických cílů, které jsou rozpracovány do 12 tematických konkrétních cílů, které by měly být uskutečněny pomocí 49 opatření. Jednotlivé strategické cíle jsou rozsáhle a detailně zpracovány v celém dokumentu, tudíž v diplomové práci nebudou podrobně sepsány. NAPAN je přehledně rozdělen na tři části: vize, situační analýza a návrhová část (NAPAN, 2021).

Vizi dle NAPAN (2021) pro rok 2030 je včasná diagnostika a léčba demence dle daných doporučených postupů. Dále v ČR bude zařazena postdiagnostická péče a podpora. Osoby s demencí a jejich rodiny budou plně informovány o dostupných zdravotních a sociálních službách. Bude kompletně vytvořena síť služeb, přičemž jejich rozvoj bude založen na faktech a kvalitních epidemiologických informacích. Multidisciplinární týmy a další

opatření budou efektivně fungovat a budou podporovat nemocné v setrvání, co nejdéle v jejich domácím prostředí. Neformálním pečujícím bude dostupné dostatečné množství odlehčovacích služeb. Zaměstnanci ambulancí a pobytových služeb budou kvalitně vzděláváni v oblasti péče o osobu s demencí. Společnost bude dostatečně informována o problematice demence, a to povede k jejich preventivnímu chování. Bude vytvořeno vhodné prostředí, které bude k osobám s demencí vstřícné. A v neposlední řadě práva osob žijících s demencí budou plně respektována (NAPD 2020–2030, 2020).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle a hypotézy práce

Cílem této diplomové práce je zjistit a zmapovat roli ergoterapeutů v systému péče o osoby s demencí v České republice. Dalším hlavním cílem je vytvořit podrobné a komplexní zobrazení a zhodnocení role, kterou ergoterapeuti mají v péči o pacienty s demencí, se zaměřením na jejich význam v rámci multidisciplinárního týmu. Podobný komplexní, celorepublikový výzkum mapující zastoupení ergoterapie ve službách pro osoby s demencí nebyl dosud v České republice realizován, a proto je záměrem diplomové práce především doložit souhrnné a aktuální informace o zastoupení ergoterapie a vnímání její důležitosti v této oblasti praxe právě zřizovateli a poskytovateli péče ve všech krajích. A posledním cílem je zjistit, jak respondenti (tedy osoby podílející se na zajištění péče o osoby s demencí) vnímají potřebu nebo navrhnou přizpůsobit systém péče o osoby s demencí v České republice vzhledem k tomu, že počet osob s demencí stále roste. Celkově by diplomová práce měla přispět k upřesnění specifické role, kterou ergoterapeuti mají v péči o lidi s demencí v České republice.

Na základě cílů autorka stanovila hypotézy neboli předpoklady, které budou zkoumány během výzkumu a které by měly být potvrzeny nebo vyvráceny na základě získaných dat (viz níže).

- **H1:** Předpokládám, že více než 50 % dotázaných uvede, že ergoterapie je důležitou součástí péče o osoby s demencí.
- **H2:** Předpokládám, že ergoterapie může výrazně přispět ke zlepšení péče o osoby s demencí, pokud je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu.
- **H3:** Předpokládám, že dotazovaní jako nejčastější důvod absence ergoterapeuta budou uvádět legislativní důvody.

3.2 Metodologie diplomové práce

Diplomová práce se zaměřuje na zmapování a popis profese ergoterapie v rámci péče o osoby s demencí v České republice. Jedná se o teoreticko-praktickou práci a jde o deskriptivní (popisný) výzkumný typ práce.

Výzkum práce má kvantitativní design neboli je kvantitativně zaměřen. Cílem výzkumu je získat co nejrozsáhlejší data o zkoumaném tématu. Jedná se o výzkum s charakteristikami jako je přehlednost, stručnost a syntetičnost výsledků. Jde

o standardizovaný výzkum, který popisuje jevy díky proměnným. Dle Chráska (2016) je důležité u každého studovaného jevu reportovat jak jeho kvalitu, tak kvantitu. V práci jsou využity kvantitativní i kvalitativní metody výzkumu.

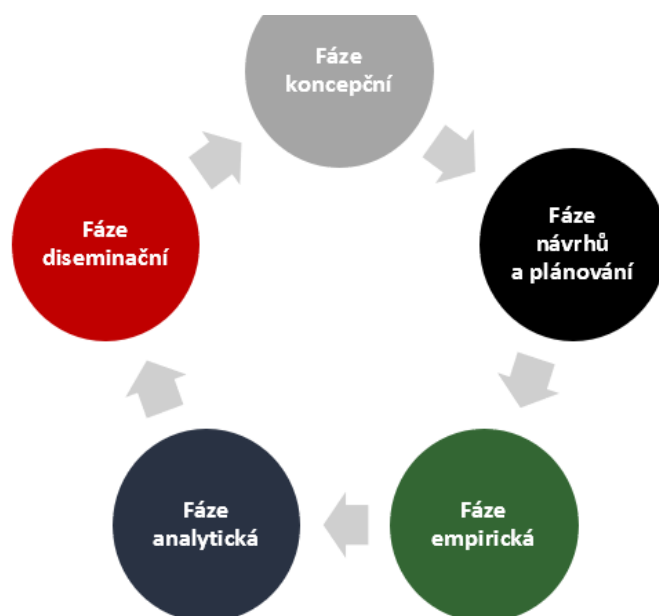
Teoretická část diplomové práce byla zhotovena díky dostupným prostředkům z databází jako je PubMed, EbscoHost, Web of Science, Google Scholar a Medline-Ovid. Praktická část práce je provedena formou dotazníkového šetření, kdy byli osloveni poskytovatelé sociálních služeb (ředitelé, manažeři, vedoucí pracovníci) zaměřených na péči o osoby s demencí a ergoterapeuti zapojení do péče o osoby s demencí.

Výsledky výzkumu by měly poskytnout doporučení, jak lze systém péče o osoby s demencí v České republice přizpůsobit vzhledem k tomu, že se očekává zvýšení počtu lidí trpících demencí. Celkově lze očekávat, že tato diplomová práce přispěje k lepšímu porozumění roli ergoterapie v péči o osoby s demencí a nastíní možnosti zapojení oboru ergoterapie do systému péče o osoby s demencí v České republice.

Zrealizování kvantitativního výzkumu této diplomové práce lze rozdělit do pěti fází:

- 1. fáze koncepční** (stanovení oblasti výzkumu a jeho tématu, formulování a vymezení problému, studování a analyzování dostupných bibliografických zdrojů, stanování cílů a formulování hypotéz);
- 2. fáze návrhu a plánování** (návrh výzkumného plánu, charakteristika zkoumaného objektu, vybírání vhodné formy sběru dat a předvýzkum);
- 3. fáze empirická** (získávání údajů o zkoumaném problému v terénu a příprava získaných údajů pro analýzu);
- 4. fáze analytická** (analýza získaných údajů, interpretace dat a vyvození závěrů);
- 5. fáze diseminační** (zveřejnění výsledků výzkumu) (viz obrázek níže) (Punch, 2015).

Obrázek 3.1 – fáze kvantitativního výzkumu



Zdroj: MUNI – Kvantitativní výzkum (Juřeníková, 2019)

3.3 Sběr dat – dotazník

3.3.1 Představení dotazníku

Dotazníkové šetření se řadí mezi metody kvantitativního výzkumu, které umožňují získat za krátkou časovou dobu velké množství informací od většího počtu respondentů. Tak jako každá metoda má i své nevýhody. Mezi výhody dotazníkového šetření patří rychlá distribuce dotazníku, levná a časově nenáročná distribuce, možnost získání velkého množství informací od většího počtu osob a nabízí dostatečný čas respondentům pro jejich zodpovězení (Chráška, 2016).

Autorka práce vytvořila anonymní dotazník, kdy pomocí vhodných otázek, budou získány podklady pro naplnění stanovených cílů, a také pro posuzování sledovaných hypotéz. Jakmile autorka dotazník vytvořila, byl zkonzultován s vedoucí diplomové práce a také se statistikem panem doc. Mgr. Vladimír Rogalewiczem, CSc. Poté byl převeden do online verze pomocí programu survio.com. Tuto formu dotazníku autorka zvolila pro dobrou administraci a pro dostupnost po celé ČR.

Před samotným kompletním zpracováním a rozesláním dotazníku předcházelo pilotní šetření a předvýzkum, kdy bylo osloveno celkem pět osob. Pilotáže se zúčastnily tři ergoterapeutky (dvě s bakalářským a jedna s magisterským titulem) a dva poskytovatelé sociálních služeb. Pomocí prvků z pilotního šetření byl dotazník několikrát upravován před finální

verzi rozesílaného dotazníku. Těchto pět vyplněných pilotních dotazníků nebylo zahrnuto do celkového výsledku.

Kompletní dotazník byl rozeslán na e-mailové adresy poskytovatelům sociálních služeb (ředitelům, manažerům, vedoucím pracovníkům atd.) zaměřených na péči o osoby s demencí a ergoterapeutům zaměřených na péči o osoby s demencí. Kontakty na poskytovatele sociálních služeb byly dohledávány autorkou diplomové práce ve veřejném Registru poskytovatelů sociálních služeb vedeném na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) (<http://iregistr.mpsv.cz>). Autorka vyhledala cca 2200 e-mailových adres v Registru poskytovatelů sociálních služeb a následně dotazník rozeslala celkem třikrát (v říjnu, listopadu a lednu). K vyhledávání těchto kontaktů využila funkci filtru a zaznačila cílovou skupinu. Autorka postupně aktualizovala seznam e-mailových adres poté, co obdržela e-mail o již vyplněném dotazníku nebo nemožnosti jeho vyplnění. Tato úprava a obnova sloužila k zabránění opakovaného odeslání dotazníků respondentům.

Rozeslání na e-mailové adresy přes Českou asociaci ergoterapeutů (dále ČAE) proběhlo díky paní viceprezidentce Bc. et Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc. Rozeslání dotazníku přes ČAE proběhlo jednou (v říjnu) na celkem 320 e-mailových adres. Nakonec byli ergoterapeuti osloveni také pomocí sociální sítě (Facebook) ve dvou ergoterapeutických skupinách, a to celkem dvakrát (v říjnu a lednu). Nevyplněný dotazník je k nahlédnutí v přílohách této práce (viz Příloha č. 1). I přes to, že v rámci pilotního šetření, kterého se účastnilo pět osob, trvalo respondentům vyplnění dotazníku 5–10 minut, ve finálním dotazníkovém šetření to trvalo respondentům obvykle 10–30 minut.

3.3.2 Struktura dotazníku

V dotazníku jsou použity otázky uzavřené (dichotomické, polynomické – výběrové, výčtové), polouzavřené i otevřené. V dotazníku je celkem 38 otázek (20 uzavřených, 11 polouzavřených a 7 otevřených). V rámci dotazníku je obsažena úvodní strana, která je věnována respondentům. Zde autorka oslovila respondenty, představila se, přiblížila cíle a smysl dotazníku a seznámila respondenty s obsahem dotazníku. A na konci poděkovala za vyplnění. V dotazníku jsou obsaženy tyto oblasti:

- 1. stránka** – obecné informace o respondentech a zařízení, ve kterém pracují nebo poskytují péči klientům s demencí,
- 2. stránka** – role a práce ergoterapeuta v péči o klienty s demencí v České republice,
- 3. stránka** – subjektivní názor na práci ergoterapeuta u osob s demencí,

4. **stránka** – význam ergoterapie v rámci multidisciplinárního týmu (v zařízení/v České republice),
5. **stránka** – význam péče a návrhy změn systému péče o osoby s demencí v České republice.

3.3.3 Časová organizace dotazníku

Prvním krokem k sestavení samotného dotazníku bylo prostudování literatury, které se týkalo této problematiky. Dotazník byl tvořen od června roku 2023 do srpna roku 2023. Pilotáž proběhla v září roku 2023 a konečná verze byla zhotovena na začátku října 2023. Poté byl dotazník zkontrolován s vedoucí diplomové práce a proběhlo první rozesílání. Celkově dotazníkový průzkum trval od 6. října 2023 do 10. února 2024. Dotazník byl psán v českém jazyce a byl distribuován pouze online formou. Dotazník byl autorkou rozeslán na e-mailové adresy poskytovatelům sociálních služeb zaměřených na péči o osoby s demencí a ergoterapeutům zaměřeným na péči o osoby s demencí celkem třikrát (na začátku října, listopadu a ledna). O pomoc při sdílení dotazníku byla požádána také Česká asociace ergoterapeutů (dále ČAE), kdy 11. října 2023 paní 1. viceprezidentka Bc. et Bc. Zuzana Rodová, M.Sc. rozeslala dotazník na e-mailové adresy. A nakonec byli ergoterapeuti osloveni také pomocí sociální sítě Facebook ve dvou ergoterapeutických skupinách v říjnu 2023 a v lednu 2024. Při opakovaném rozeslání byli osloveni potenciální respondenti, kteří dosud dotazník nevyplnili. Kvůli anonymitě zazněla omluva za opětovné zaslání těm, kdo již dotazník vyplnil.

3.3.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá z poskytovatelů sociálních služeb zaměřených na péči o osoby s demencí a ergoterapeutů zaměřených na péči o osoby s demencí.

3.3.5 Kritéria pro výběr vzorku

Pro zařazení do dotazníku musela být splněna následující kritéria. Byly dvě skupiny osob, u první musela být splněna první tři kritéria, u druhé skupiny poslední tři:

- poskytovatel/ka sociálních služeb České republiky zaregistrovaný v Registru poskytovatelů sociálních služeb,
- poskytovatel/ka sociálních služeb České republiky, který/á je zaměřen/a na péči o osoby s demencí,
- poskytovatel/ka sociálních služeb České republiky, který/á souhlasil/a s vyplněním dotazníku a byl/a schopný/á dotazník vyplnit,
- ergoterapeut/ka, který/á pracuje s osobami trpícími demencí,

- ergoterapeut/ka, který/á dobrovolně souhlasil/a s vyplněním dotazníku a byl/a schopný/á dotazník celkově vyplnit,
- ergoterapeut/ka, který/á pracuje v České republice.

3.3.6 Kritéria pro vyřazení z výzkumu

Byla stanovena také kritéria pro vyřazení z výzkumu:

- ergoterapeut/poskytovatel sociálních služeb neposkytují péči osobám s demencí,
- na otázky určené pouze pro ergoterapeuty, mohli odpovídat pouze ergoterapeuti, odpovědi od ostatních odborníků jsou vyřazeny.

3.3.7 Etická hlediska výzkumu

Začátek dotazníku byl věnován úvodnímu textu, ve kterém byli respondenti obeznámeni s naprostou anonymitou sesbíraných dat. Všichni respondenti vyplňovali dotazník dobrovolně, na základě vlastního svobodného rozhodnutí. Během vyplňování jednotlivých dotazníků respondenti nebyli autorkou práce kontrolováni. Po celou dobu šetření autorka práce respektuje etické a právní zásady výzkumu. Data od respondentů slouží pouze k účelu tohoto výzkumu a nikdo jiný s daty nemohl nakládat. Data jsou anonymizována. Po dokončení diplomové práce by mohly být výsledky dat zveřejněny v publikaci ČAE.

Autorka práce se snažila v dotazníku respektovat oslovení "klient" nebo "osoba s demencí". Nicméně, v textu práce se může objevit termín "pacient", což je běžně užívaný pojem ve zdravotnictví. Avšak autorka si je plně vědoma, že v oblasti sociálních služeb je běžnější užívání termínu "klient".

3.3.8 Výběr vzorku

Pro realizaci výzkumu autorka zvolila metodu záměrného výběru, což je vhodná forma při plánovaném dotazníkovém šetření. V záměrném výběru jde o to, „že zde o výběru jistého prvku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby.“ (Chráška, 2016, s. 20). V průzkumu byl použitý také anketní výběr, kdy se respondent mohl sám rozhodnout, zda dotazník vyplní po jeho nalezení v e-mailové schránce nebo na sociální síti. A nakonec byla využita také kvótní metoda výběru, kdy autorka předem nastavila určité požadavky na respondenty a na základě takto stanovených kvót byli respondenti osloveni (Chráška, 2016).

3.4 Metody analýzy dat

Kvantitativní výzkum si obecně klade za cíl popis a interpretaci shromážděných dat a verifikaci stanovených hypotéz (Hendl, 2005). Metody kvantitativního výzkumu budou

využity pro stanovení popisných charakteristik, tj. například průměrných hodnot, frekvence, četnosti, a poté tyto charakteristiky budou použity k procesu ověřování stanovených hypotéz této diplomové práce.

V práci tedy budou analyzována data z anonymních dotazníků pomocí deskriptivní statistiky. Výzkumný proces této diplomové práce vychází ze zjednodušeného třífázového modelu. V první fázi byly stanoveny hypotézy, následně byla shromážděna data z anonymních dotazníků, která umožní ověřit, či vyvrátit stanovené hypotézy, a v poslední fázi budou nasbíraná data analyzována, což poskytne odpovědi a závěry k stanoveným hypotézám (Hendl, 2005).

Jakmile byla získána data z 358 vyplněných dotazníků, autorka provedla kontrolu korektnosti dat a zkontrolovala, zda byla dodržena předem stanovená kritéria pro vyplnění. Autorka musela šest dotazníků z výzkumu vyřadit z důvodu nevhodného povolání respondenta pro vyplnění dotazníku (administrativní pracovník, masér, účetní a další). Po vytřídění dotazníků byla následně získána data z online programu survio.com stažena do programu MS Excel a vytvořila datovou matici. Před zpracováním jednotlivých dotazníků autorka provedla kategorizaci odpovědí. Kategorizace uzavřených otázek byla naznačena samotnou strukturou otázek. U polouzavřených a otevřených otázek bylo nutné vytvořit úplnou kategorizaci odpovědí a často bylo nutné vytvořit kategorie „jiná odpověď“. Po kategorizaci autorka přiřadila ke každé položce dotazníku i každé jednotlivé kategorii odpovědí číselné kódy a provedla tzv. kódování. K stanovení kódů a kategorií u otevřených otázek (otázky č. 9, 29, 30, 35, 36, 37 a 38) autorka využila pomoc umělé inteligence (ChatGPT), kdy za asistence umělé inteligence stanovila jednotlivé kódy a následně kategorie. Jednotlivé kódy a kategorie autorka ručně přiřadila v MS Excel a následně vytvořila tabulky a grafy.

Dále bylo provedeno třídění prvního stupně, kdy jednotlivé hodnoty byly zaznamenány do grafů a tabulek, a byly vyjádřeny prostřednictvím absolutních, relativních a validních četností. Grafy jsou znázorněny jako sloupcové nebo koláčové. Po provedení třídění prvního stupně autorka provedla třídění druhého stupně, což dle Chráska (2016) je hledání vztahu mezi určitými proměnnými. Třídění druhého stupně se používá k testování hypotéz. Během analýzy dat autorka dávala pozor na to, aby všechna data byla reliabilní, validní a reprezentativní.

V úvodním textu pro respondenty bylo uvedeno, že dotazník je určen pro poskytovatele sociálních služeb a ergoterapeuty, kteří pracují s klienty trpícími demencí.

Nicméně první otázka v první kategorii dotazníku se zaměřuje na povolání respondentů. I přesto, že v této otázce bylo zdůrazněno, že pokud osoba není poskytovatelem nebo ergoterapeutem, neměla by pokračovat dále v dotazníku, mnoho respondentů dotazník vyplnilo. Autorka se po konzultaci s vedoucí práce rozhodla zachovat odpovědi od respondentů, kteří mají v zařízení ergoterapeuta a jsou obeznámeni s jeho prací, protože mohou přinést užitečné poznatky. Při vyhodnocení dotazníku byly ignorovány odpovědi na otázky určené výslovně pouze pro ergoterapeuty, pokud respondent v první otázce uvedl jinou kvalifikaci/funkční zařazení.

3.5 Výsledky analýzy dat

Tato část diplomové práce se věnuje popisu a znázornění výsledků z dotazníkového šetření. Jednotlivé výsledky jsou znázorněny pomocí grafů a tabulek a zároveň jsou doplněné popisem. Pro lepší přehlednost jsou výsledky rozčleněny do pěti podkapitol, které vychází ze struktury dotazníku (viz níže).

3.5.1 Charakteristika a popis výzkumného souboru – obecné informace

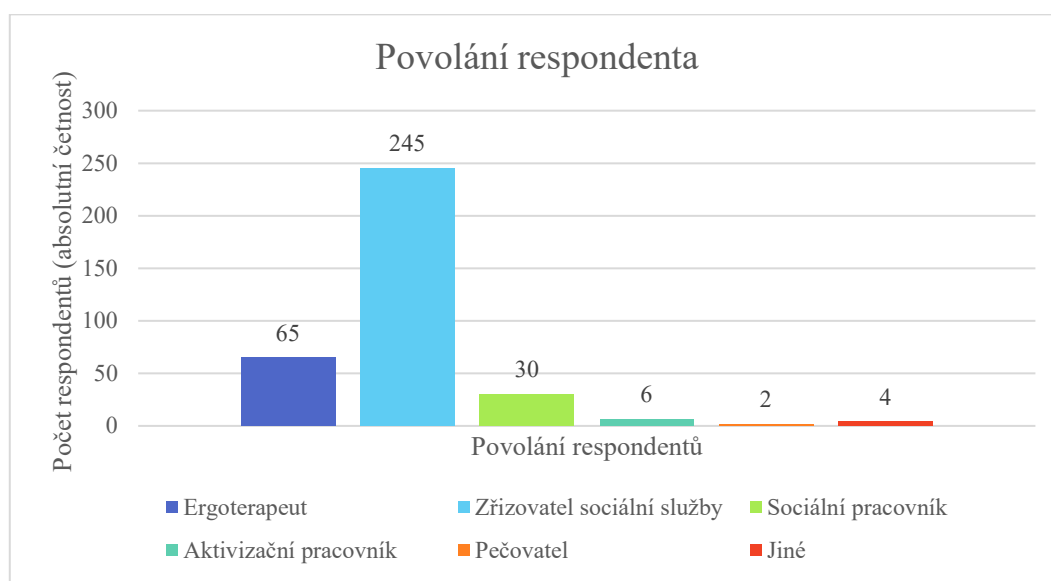
o respondentech a zařízení, ve kterém pracují nebo poskytují péči klientům s demencí

Online dotazník získával data od respondentů pracujících s osobami trpícími demencí v České republice. Celkem bylo zaznamenáno 352 odevzdaných validních dotazníků. Data, která byla sbírána v rámci první části dotazníku, zjišťovala povolání, pohlaví, věk, kraj a místo působení respondenta, typ zařízení, stadium a typ demence převažující u osob, se kterými respondenti pracují. Jestliže v textu ke konkrétní otázce není uveden počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku, odpovídalo všech 352 osob. V otázkách, kde odpovídalo všech 352 respondentů, počty uvedené v procentech odpovídají relativní četnosti. Jestliže neodpovídalo všech 352 osob, uvedená procenta odpovídají validní četnosti.

Povolání respondentů

Většina respondentů byli poskytovatelé sociálních služeb 69,6 % (245). Dále odpovídali ergoterapeuti 18,5 % (65), také sociální pracovníci 8,5 % (30), aktivizační pracovníci 1,7 % (6), pečovatelé 0,6 % (2) a jiné profese 1,1 % (4). V jiných profesích jsou zahrnuty dvě zdravotní sestry, jeden fyzioterapeut a jeden vedoucí pracovník volnočasových aktivit. Povolání respondentů lze vidět také na grafu 3.1.

Graf 3.1 – Povolání respondentů



Zdroj: Vlastní

Pohlaví respondentů

Bylo získáno 91,8 % (323) odpovědí od žen, 8,0 % (28) odpovědí od mužů a 0,3 % (1) odpověď od jiného pohlaví. V naprosté většině tedy odpovídaly ženy. Pohlaví respondentů je znázorněno v tabulce 3.1.

Tabulka 3.1 – Pohlaví respondentů

| Pohlaví respondenta | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Žena | 323 | 91,8 % |
| Muž | 28 | 8,0 % |
| Jiné | 1 | 0,3 % |

Zdroj: Vlastní

Věk respondentů

Z pohledu věku respondentů bylo největší zastoupení osob ve věku 46–55 let, 34,9 % (123), a ve věku 36–45 let, 31,3 % (110). Věk všech respondentů je znázorněn v tabulce 3.2.

Tabulka 3.2 – Věk respondentů

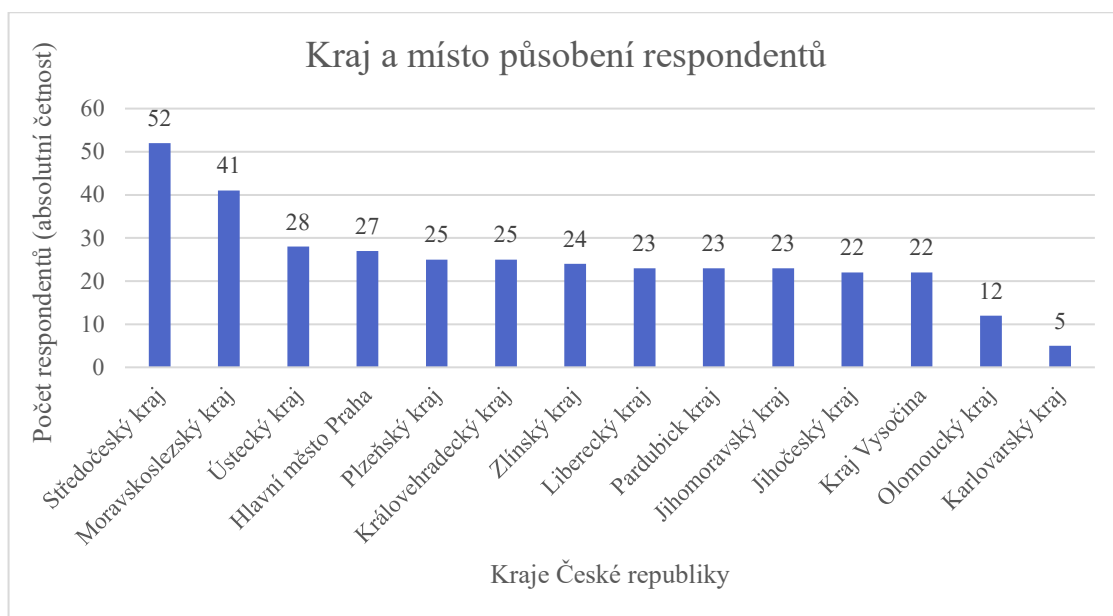
| Věk respondenta | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Do 25 let | 19 | 5,4 % |
| 26–35 let | 46 | 13,1 % |
| 36–45 let | 110 | 31,3 % |
| 46–55 let | 123 | 34,9 % |
| Více než 56 let | 54 | 15,3 % |

Zdroj: Vlastní

Kraj a místo působení respondentů

Největší zastoupení a návratnost byla od respondentů pracujících ve Středočeském kraji 14,8 % (52), druhé největší zastoupení měl Moravskoslezský kraj 11,6 % (41). Nejméně bylo odpovědí z Olomouckého kraje 3,4 % (12) a Karlovarského kraje 1,4 % (5). Podrobné výsledky kraje a místa působení respondentů ukazuje graf 3.2.

Graf 3.2 – Kraj a místo působení respondentů

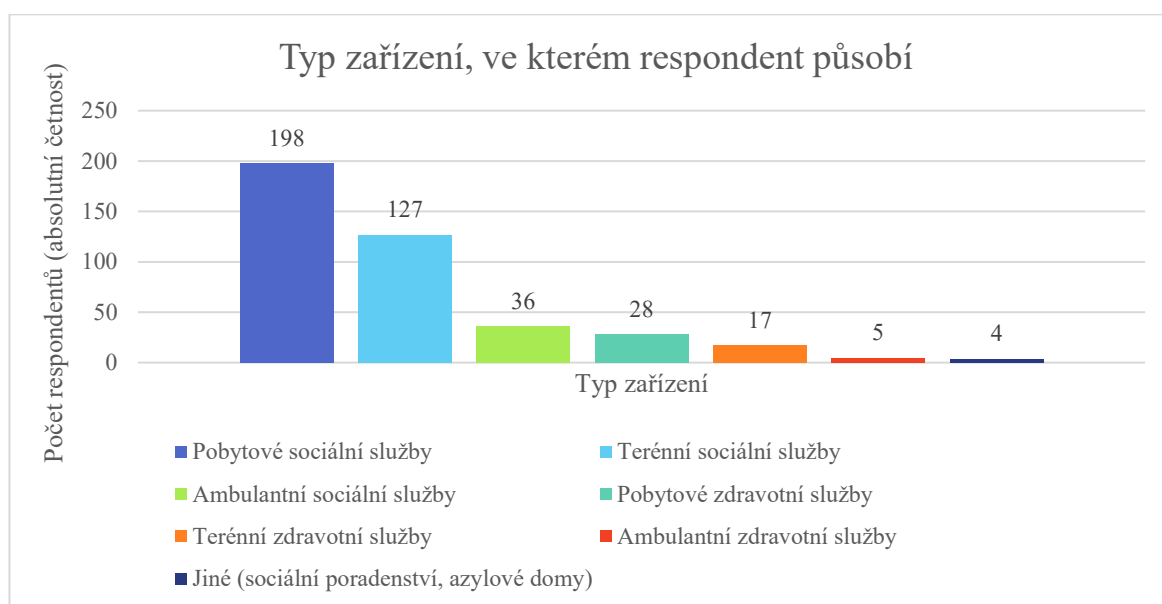


Zdroj: Vlastní

Typ zařízení působení respondentů

Zde mohli respondenti označit více možností, jestliže pracují na více pracovištích. Odpovědělo všech 352 respondentů. Respondenti nejvíce poskytují péči v pobytových sociálních službách 56,3 % (198). Dále působí v terénních sociálních službách 36,1 % (127) a ambulantních sociálních službách 10,2 % (36). Zbylí respondenti uváděli, že poskytují péči osobám s demencí i ve zdravotních službách. Podrobné výsledky znázorňuje graf 3.3.

Graf 3.3 – Typ zařízení, ve kterém respondent působí

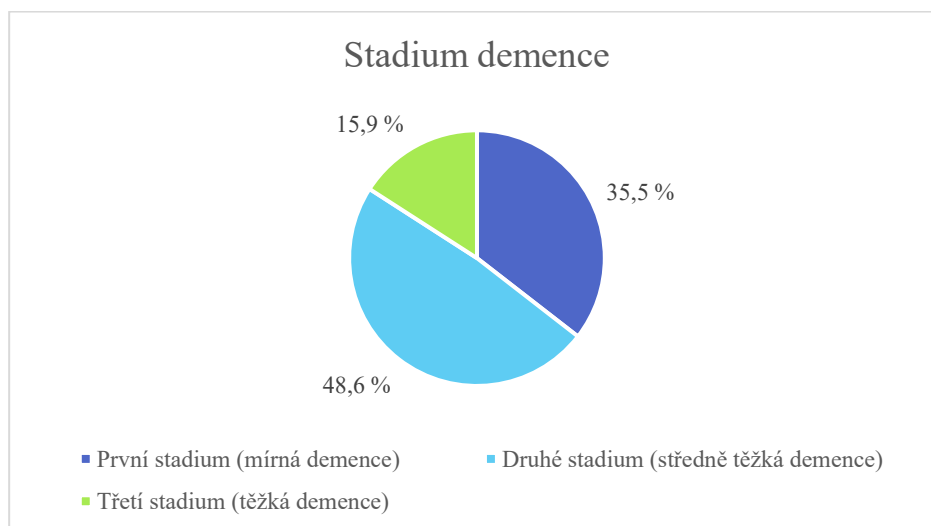


Zdroj: Vlastní

Stadium demence převažující u osob, se kterými respondenti pracují

V otázce, které stadium demence převažuje u osob, se kterými respondenti pracují, byla nejčastější odpověď druhé stadium, tedy středně těžká demence 48,6 % (171), následně první stadium (mírná demence) 35,5 % (125) a nakonec třetí stadium (těžká demence) 15,9 % (56). Výsledky této otázky lze přehledně vidět v grafu 3.4.

Graf 3.4 – Stadium demence klientů/pacientů

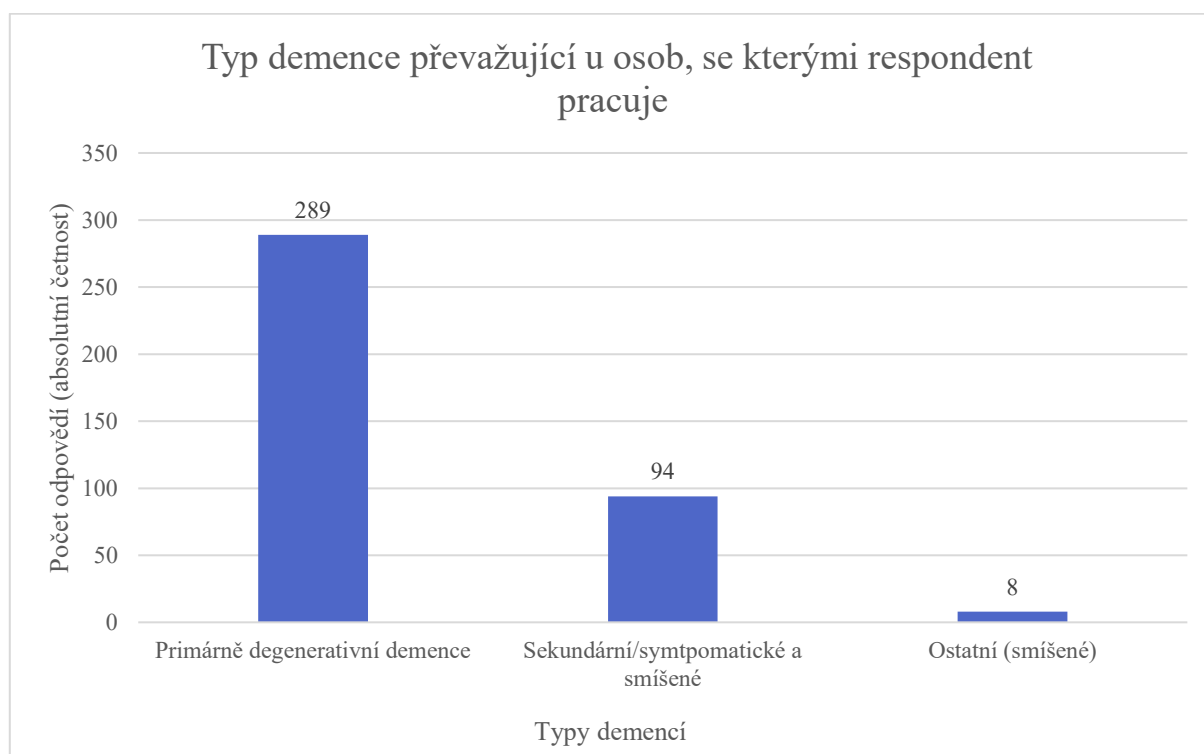


Zdroj: Vlastní

Typ demence převažující u osob, se kterými respondenti pracují

Na tuto otázku odpovědělo celkem 341 respondentů. Respondenti nejvíce pracují hlavně s osobami s atroficko-degenerativní (primárně degenerativní) demencí 84,8 % (zde je procentuálně zaznamenána validní četnost, a to z toho důvodu, že neodpovídalo všech 352 respondentů) 289 (absolutní četnost). Dále uváděli, že pracují s osobami se sekundární/symptomatickou (smíšenou) demencí 27,6 % (94) a nejméně osob v jejich zařízení jsou lidé se smíšenou demencí 2,3 % (8). Výsledky jsou uvedeny v grafu 3.5.

Graf 3.5 – Typ demence převažující u osob, se kterými respondent pracuje



Zdroj: Vlastní

3.5.2 Role a práce ergoterapeuta v péči o klienty s demencí v České republice

V druhé části dotazníku byla zkoumána role a práce ergoterapeuta v péči o osoby s demencí v České republice. Bylo zde celkem 13 otázek. Otázky od této části dotazníku již nebyly povinné, tudíž zde odpovídal různý počet respondentů a počty v procentech odpovídají validní četnosti. Výsledky z jednotlivých otázek budou popsány níže.

Poskytování ergoterapie

Většina respondentů uváděla, že v zařízení ergoterapii poskytují 66,2 % (233). Zbýlých 33,8 % (119) ergoterapii v zařízení nenabízejí.

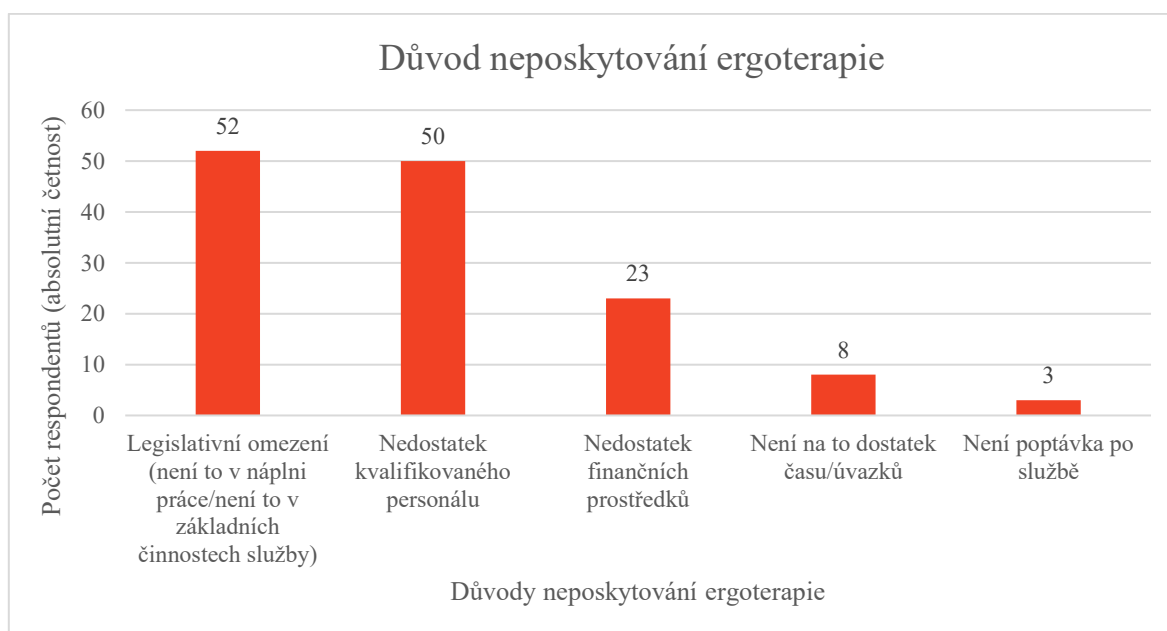
Důvod neposkytování ergoterapie

Celkem 116 respondentů odpovědělo na otevřenou otázku, proč ve svém zařízení či službě neposkytují ergoterapii. Tyto výsledky zobrazuje graf 3.6. Některé konkrétní důvody neposkytování ergoterapie jsou uvedeny v příloze č. 2.

Níže jsou vypsané kategorie a kódy, které jsou v jednotlivých kategoriích zahrnuty:

- „*legislativní omezení*“ – ergoterapie není součástí služby, ergoterapie není zahrnuta do základních úkonů poskytovaných službou, ergoterapie není legislativně ukotvena v zákonu o sociálních službách, tudíž ergoterapeut není součástí 44,8 % (52),
- „*nedostatek kvalifikovaného personálu*“ – nedostupnost ergoterapeutů na trhu práce, nedostatek kvalifikovaného personálu pro poskytování ergoterapie 43,1 % (50),
- „*nedostatek finančních prostředků*“ – nedostatek financí na mzdu ergoterapeuta, nedostatek finančních prostředků na vytvoření pracovního místa pro ergoterapeuta a finanční důvody 19,8 % (23),
- „*není na to dostatek času/úvazků*“ – nedostatek času, nedostatek úvazků 6,9 % (8),
- „*není poptávka po službě*“ – v domácím prostředí není poptávka po ergoterapii 2,6 % (3).

Graf 3.6 – Důvod neposkytování ergoterapie

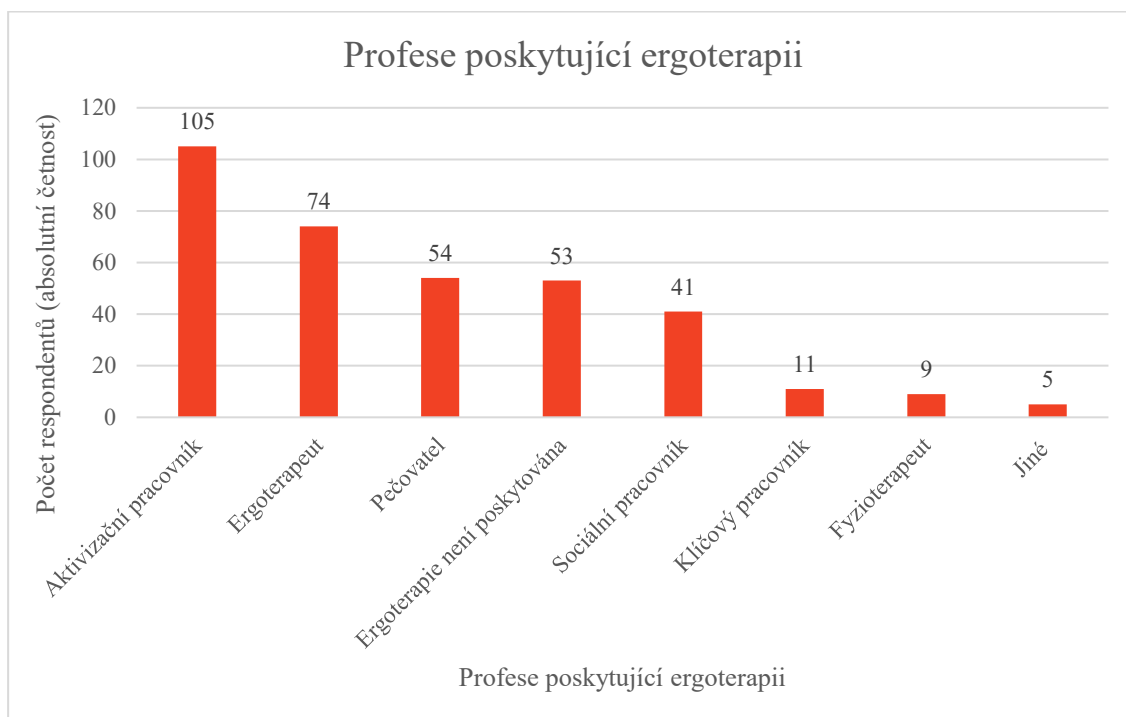


Zdroj: Vlastní

Kdo ergoterapii poskytuje

Velká část respondentů uváděla, že ergoterapii poskytuje aktivizační pracovník 29,8 % (105). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že ergoterapii poskytuje právě ergoterapeut 21,0 % (74). Velké zastoupení v poskytování ergoterapie měli také pečovatelé 15,3 % (54). Celkem 15,1 % (53) respondentů zmínilo, že ergoterapie není vůbec poskytována. Veškeré výsledky z této otázky znázorňuje graf 3.7.

Graf 3.7 – Profese poskytující ergoterapii

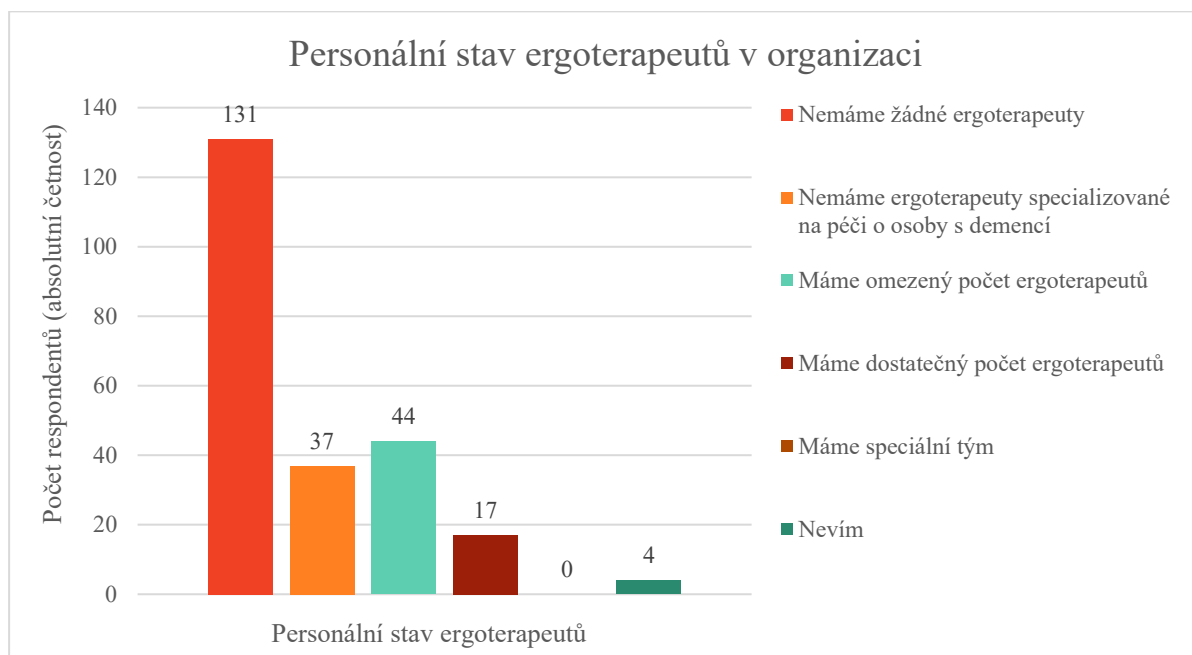


Zdroj: Vlastní

Personální stav ergoterapeutů

Na tuto otázku odpovědělo celkem 233 respondentů. Většina z nich uvedla, že v jejich zařízení nemají žádné ergoterapeuty 56,0 % (131). Celkem 18,8 % (44) respondentů uvádělo, že mají omezený počet ergoterapeutů, a 7,3 % (17), že mají dostatečný počet ergoterapeutů. Konkrétní výsledky z otázky jsou uvedeny v grafu 3.8.

Graf 3.8 – Personální stav ergoterapeutů

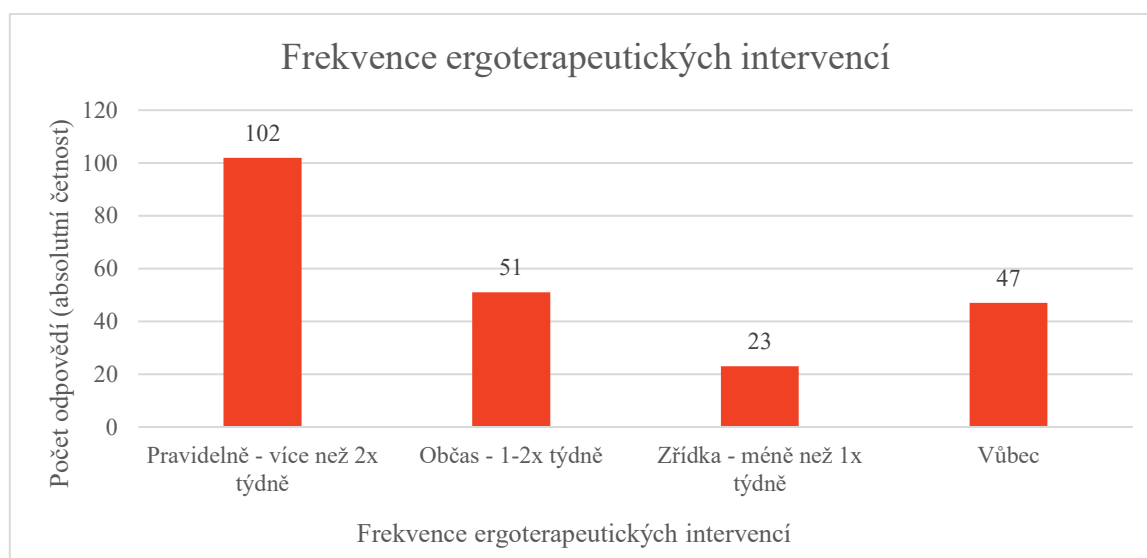


Zdroj: Vlastní

Frekvence ergoterapeutických intervencí

Zde odpovědělo 223 osob. Celkem 45,7 % (102) respondentů uvedlo, že ergoterapie je poskytována pravidelně, a to více než dvakrát týdně, a 21,1 % (47) osob uvedlo, že ergoterapie není poskytována vůbec. Frekvenci ergoterapeutických intervencí znázorňuje graf 3.9.

Graf 3.9 – Frekvence ergoterapeutických intervencí

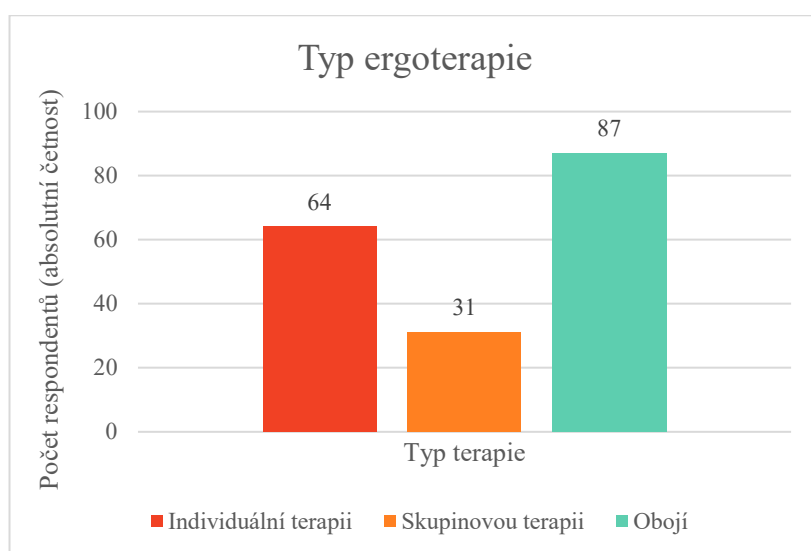


Zdroj: Vlastní

Typ poskytované ergoterapie

V této otázce bylo získáno celkem 182 odpovědí, kdy většina respondentů, 47,8 % (87), uvedla, že ergoterapeuti poskytují jak individuální, tak skupinovou terapii. V případě 35,2 % (64) je prováděna jenom individuální terapie a u zbylých 17,0 % (31) je poskytována pouze skupinová terapie. Výsledky jsou znázorněny v grafu 3.10.

Graf 3.10 – Typ ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Testování kognitivních funkcí k prevenci demence

Na otázku, zda v zařízení testují kognitivní funkce k prevenci demence, odpovědělo 220 respondentů. Přesně polovina jich uvedla, že testují poznávací funkce, druhá polovina uvedla, že neprovozují testování.

Ergoterapeutické aktivity k prevenci demence

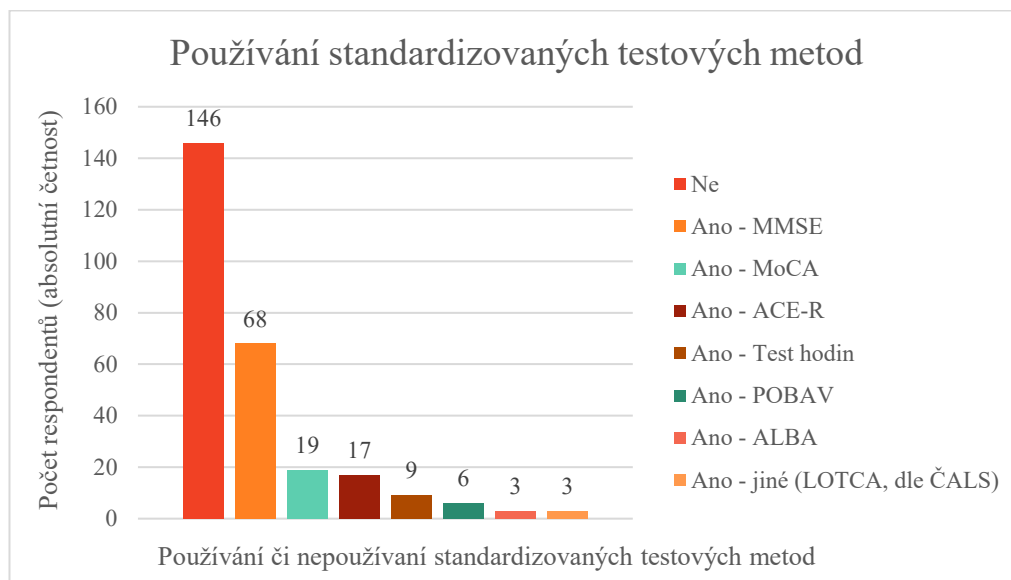
Na tuto otázku odpovědělo 262 respondentů. Většina uvedla, tedy 61,5 % (161), že v zařízení nabízí ergoterapeutické aktivity k prevenci vzniku demence. Zbylých 38,5 % (101) respondentů uvádělo, že tyto aktivity zařízení neposkytuje.

Používání standardizovaných testových metod k odhalení demence

Na tuto otázku bylo získáno celkem 223 odpovědí. Respondenti zde mohli vyznačit více odpovědí. I když otázka byla zaměřena na standardizované metody, hodně respondentů zmínilo screeningové metody; v grafu jsou tedy také uvedeny. Celkem 65,5 % (146) respondentů uvedlo, že zařízení neposkytuje žádné testové metody k odhalení demence. Zbylých 77 respondentů uvedlo využití testových metod. Nejvíce se využívá MMSE, a to celkem ve 30,5 % (68), MoCA v 8,5 % (19) a ACE-R v 7,6 % (17). Celkem tři respondenti

(1,3 %) uvedli, že využívají jiné testové metody, kdy zmínili LOTCU a testování dle ČALS. Úplné výsledky jsou uvedeny v grafu 3.11.

Graf 3.11 – Používání standardizovaných metod pro odhalení demence (n=223 respondentů, bylo možné uvést více typů testů)



Zdroj: Vlastní

Porovnání používání standardizovaných testových metod k odhalení demence dle povolání

V tabulce 3.3 je uvedeno, které konkrétní testové metody využívají ve své péči jednotliví odborníci. Jak bylo uvedeno výše, v této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Ovšem většina, tj. 65,5 % (146) pracovníků, nevyužívá žádné testové metody k odhalení demence. Když už některé využívají, nejčastěji, v 30,5 % (68), se jedná o Mini Mental State Exam (dále MMSE). Ergoterapeuti také rádi testují pomocí Montrealského kognitivního testu (dále MoCA) a Addenbrooského testu (ACE-R).

Tabulka 3.3 – Používání standardizovaných metod dle povolání

| Používání standardizovaných testových metod | Ergoterapeut (n=65) | | Zřizovatel sociální služby (n=135) | | Sociální pracovník (n=16) | |
|---|---------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Nepoužívá | 30 | 46,2 % | 97 | 71,9 % | 13 | 81,3 % |
| Ano – MMSE | 33 | 50,8 % | 31 | 23,0 % | 3 | 18,8 % |
| Ano – MoCA | 16 | 24,6 % | 3 | 2,2 % | 0 | 0,0 % |
| Ano – ACE-R | 13 | 20,0 % | 4 | 3,0 % | 0 | 0,0 % |
| Ano – Test hodin | 4 | 6,2 % | 5 | 3,7 % | 0 | 0,0 % |
| Ano – POBAV | 2 | 3,1 % | 4 | 3,0 % | 0 | 0,0 % |
| Ano – ALBA | 0 | 0,0 % | 3 | 2,2 % | 0 | 0,0 % |
| Ano – jiné | 1 | 1,5 % | 2 | 1,5 % | 0 | 0,0 % |

| Používání standardizovaných testových metod | Aktivizační pracovník (n=4) | | Jiné (n=3) | | Celkem (n=223) | |
|---|-----------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Nepoužívá | 4 | 100,0 % | 2 | 66,7 % | 146 | 65,5 % |
| Ano – MMSE | 0 | 0,0 % | 1 | 33,3 % | 68 | 30,5 % |
| Ano – MoCA | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 19 | 8,5 % |
| Ano – ACE-R | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 17 | 7,6 % |
| Ano – Test hodin | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 9 | 4,0 % |
| Ano – POBAV | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 6 | 2,7 % |
| Ano – ALBA | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 3 | 1,3 % |
| Ano – jiné | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 3 | 1,3 % |

Zdroj: Vlastní

Typy aktivit a terapií poskytovaných ergoterapeutem osobám s demencí

Na tuto otázku odpovědělo 196 respondentů (ergoterapeuti a informovaní členové týmu) a mohli uvést několik odpovědí. Nejvíce uváděli, že ergoterapeuti provádějí kognitivní trénink a paměťové cvičení 90,3 % (177), nácvik ADL aktivit 85,2 % (167) a kondiční cvičení 73,5 % (144) a nejméně ergonomické úpravy prostředí 31,1 % (61). Veškeré typy aktivit a terapií poskytované ergoterapeutem znázorňuje graf 3.12.

Graf 3.12 – Typy aktivit a terapií poskytované ergoterapeutem

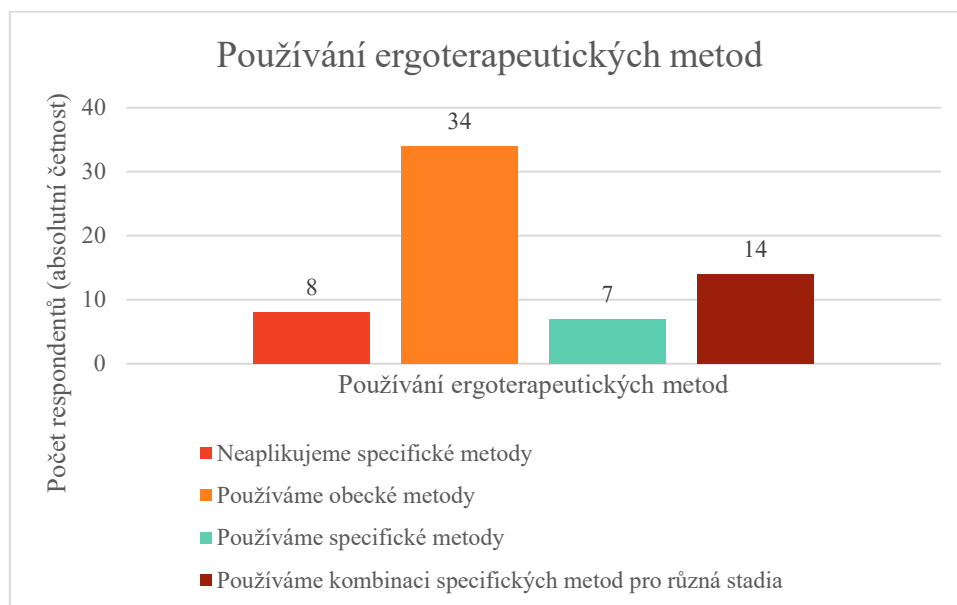


Zdroj: Vlastní

Používání specifických ergoterapeutických metod nebo programů

V této otázce odpovídali pouze ergoterapeuti. Bylo zde nasbíráno 63 odpovědí. Většina ergoterapeutů, 54,0 % (34), používá pouze obecné metody a 22,2 % (14) využívá kombinaci metod pro různá stadia onemocnění. Mezi obecné metody spadají např. aktivity denního života, terapeutické cvičení a rehabilitace a mezi specifické metody spadá například reminiscenční terapie, bazální stimulace atd. Výsledky jsou uvedeny v grafu 3.13.

Graf 3.13 – Používání ergoterapeutických metod

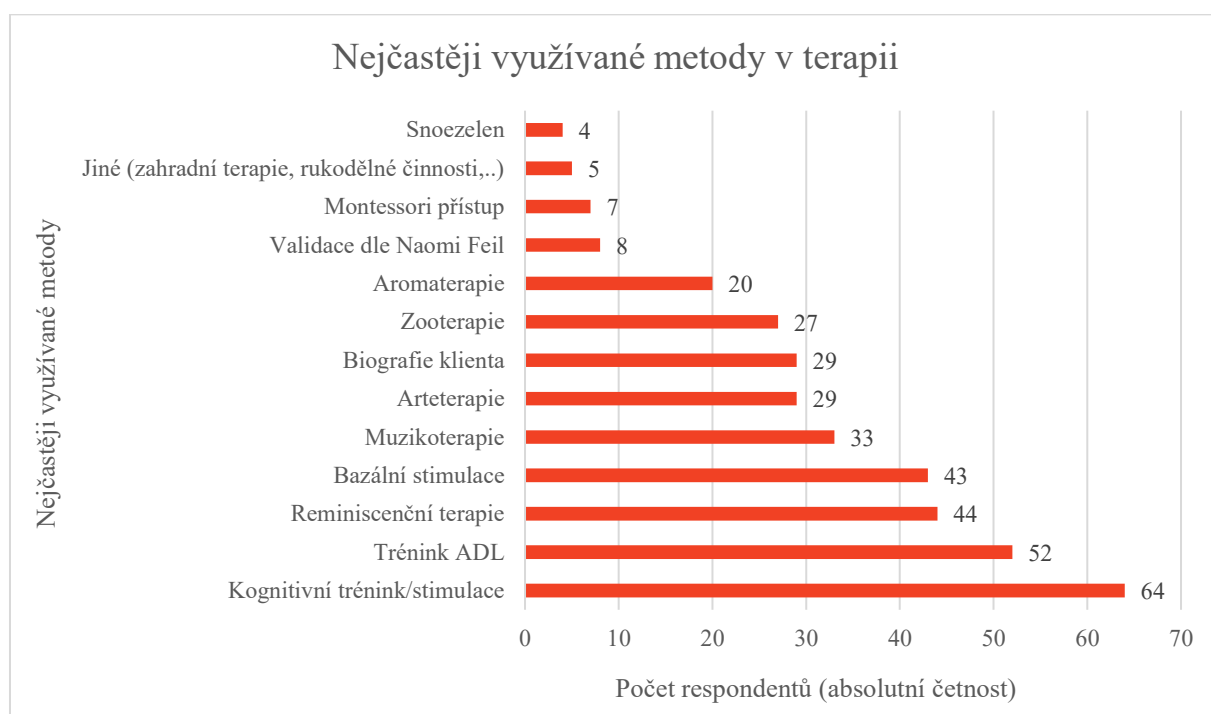


Zdroj: Vlastní

Nejčastěji používané ergoterapeutické metody v péči o osoby s demencí

Také v této otázce odpovídali pouze ergoterapeuti (65) a mohli označit více odpovědí. V péči o osoby s demencí patří mezi nejvíce využívané metody terapie kognitivních funkcí 98,5 % (64), trénink ADL aktivit 80,0 % (52), reminiscenční terapie 67,7 % (44) a bazální stimulace 66,2 % (43). Celkem 7,7 % (5) ergoterapeutů označilo možnost jiné, kdy zmínili zahradní terapii, rukodělné činnosti, trénink jemné motoriky atd. Úplné výsledky jsou uvedeny v grafu 3.14.

Graf 3.14 – Nejčastěji využívané metody v péči o klienty s demencí



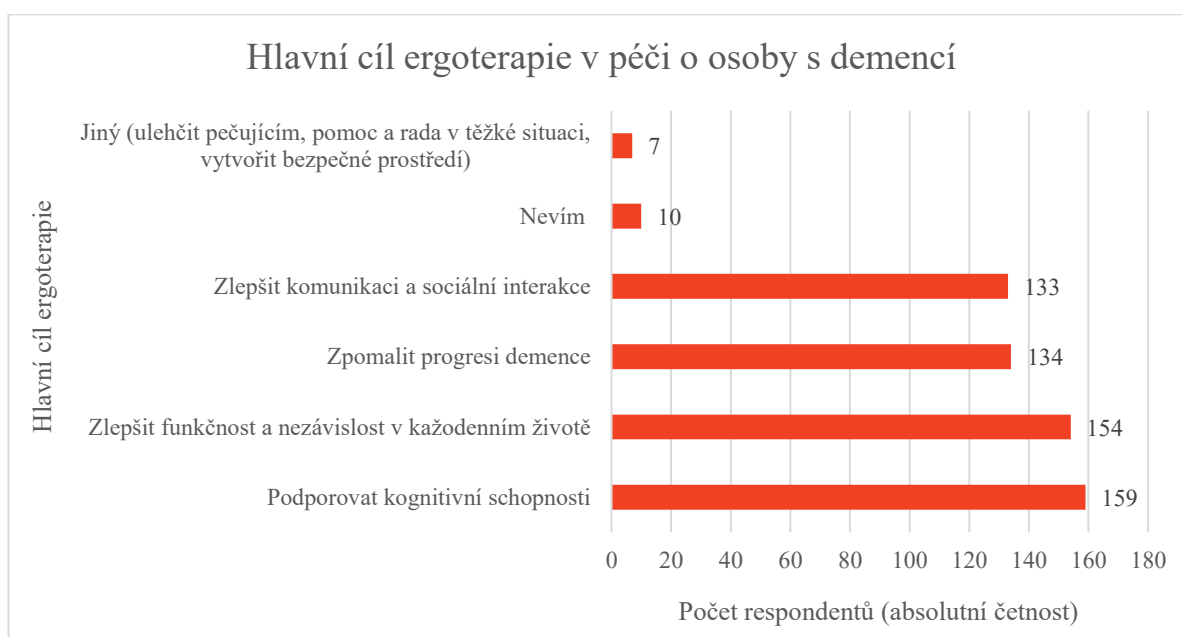
Zdroj: Vlastní

Hlavní cíl ergoterapie při péči o osoby s demencí

V závěru této části dotazníku byl zjišťován pohled respondentů na hlavní cíle ergoterapie v jejich práci. Odpovědi jsou zpracovány ze dvou pohledů. Nejprve jsou uvedeny prosté četnosti jednotlivých odpovědí přes celou skupinu respondentů, v následujícím odstavci budou tyto informace uvedeny ve třídění podle povolání respondenta.

V této otázce odpovídalo 212 respondentů a mohli označit více možností. Jako hlavní cíl ergoterapie vnímají respondenti převážně podporu kognitivních funkcí, 75,0 % (159), a zlepšení soběstačnosti v každodenním životě, 72,6 % (154). Dále také zpomalení progresu demence, 63,2 % (134), a zlepšení komunikace a sociální interakce, 62,7 % (133). Pouze 3,3 % (7) respondentů zvolilo možnost jiná odpověď, kdy zmiňovali hlavně pomoc pro pečující a vytvoření bezpečného prostředí pro klienta, a 4,7 % (10) respondentů odpovědělo, že neví, co je hlavním cílem ergoterapie u těchto osob. Výsledky jsou uvedeny v grafu 3.15.

Graf 3.15 – Hlavní cíl ergoterapie v péči o osoby s demencí



Zdroj: Vlastní

Porovnání vnímání hlavních cílů ergoterapie v péči o osoby s demencí z pohledu povolání

V tabulce 3.4 je porovnáno vnímání hlavních cílů ergoterapie v péči o osoby s demencí z pohledu povolání ergoterapeuta a z pohledu ostatních pracovníků (zřizovatelé sociálních služeb, sociální pracovníci, aktivizační pracovníci a další). Respondenti mohli zvolit více možných odpovědí. Obě strany se shodly, že na první příčky hlavních cílů ergoterapie v péči o osoby s demencí patří podpora kognitivních funkcí a zlepšení funkčnosti a nezávislosti v každodenním životě.

Tabulka 3.4 – Hlavní cíl ergoterapie – porovnání z pohledu povolání

| Hlavní cíl ergoterapie při péči o osoby s demencí | Hlavní cíl ergoterapie z pohledu ergoterapeutů | | Hlavní cíl ergoterapie z pohledu ostatních pracovníků | | Hlavní cíl ergoterapie – všichni respondenti (součet) | |
|---|--|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Celkem odpovědí | Validní četnost |
| Podporovat kognitivní schopnosti | 59 | 90,8 % | 100 | 68,0 % | 159 | 75,0 % |
| Zlepšit funkčnost a nezávislost v každodenním životě | 54 | 83,1 % | 100 | 68,0 % | 154 | 72,6 % |
| Zpomalit progresi demence | 49 | 75,4 % | 85 | 57,8 % | 134 | 63,2 % |
| Zlepšit komunikaci a sociální interakce | 51 | 78,5 % | 82 | 55,8 % | 133 | 62,7 % |
| Nevím | 0 | 0,0 % | 10 | 6,8 % | 10 | 4,7 % |
| Jiný (ulehčit pečujícím, pomoc a rada v těžké situaci, vytvořit bezpečné prostředí) | 4 | 6,2 % | 3 | 2,0 % | 7 | 3,3 % |
| Celkem respondentů | 65 (30,7 %) | | 147 (69,3 %) | | 212 (100,0 %) | |

Zdroj: Vlastní

3.5.3 Subjektivní názor na práci ergoterapeuta u klientů s demencí

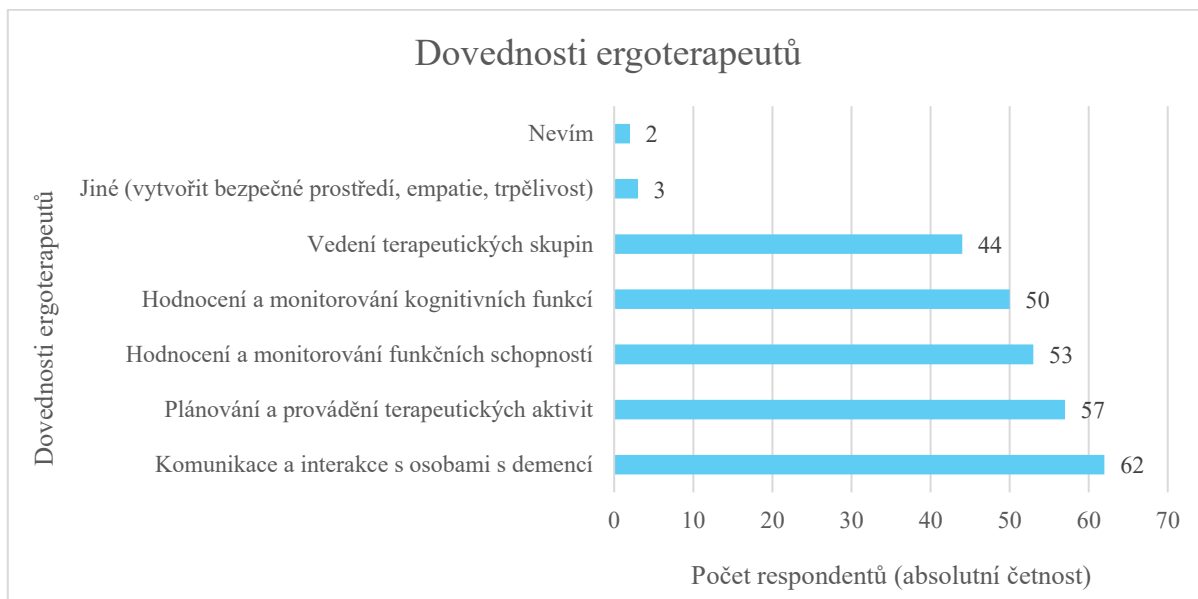
Ve třetí části dotazníku byli respondenti tázáni na jejich subjektivní názor na práci ergoterapeuta u těchto klientů. Na tuto oblast bylo zaměřeno celkem šest otázek.

Dovednosti, které by měl mít ergoterapeut pro efektivní péči

Na otázku, jaké dovednosti by měli mít ergoterapeuti pro efektivní péči o osoby s demencí, odpovídali pouze ergoterapeuti (65) a mohli označit více odpovědí. Nejčastěji označili komunikaci a interakci s klienty v 95,4 % (62), dále plánování a provádění vhodných terapeutických aktivit v 87,7 % (57) a hodnocení a monitorování funkčních schopností v 81,5 % (53). Také měli možnost vyjádřit vlastní názor, a to využili tři respondenti (4,6 %) a zmínili, že by měli mít osobnostní rysy jako empatie, trpělivost atd. Dva respondenti (3,1 %)

označili odpověď „nevím“. Dovednosti, které by měl mít ergoterapeut pro efektivní péči, jsou uvedeny v grafu 3.16.

Graf 3.16 – Dovednosti ergoterapeutů

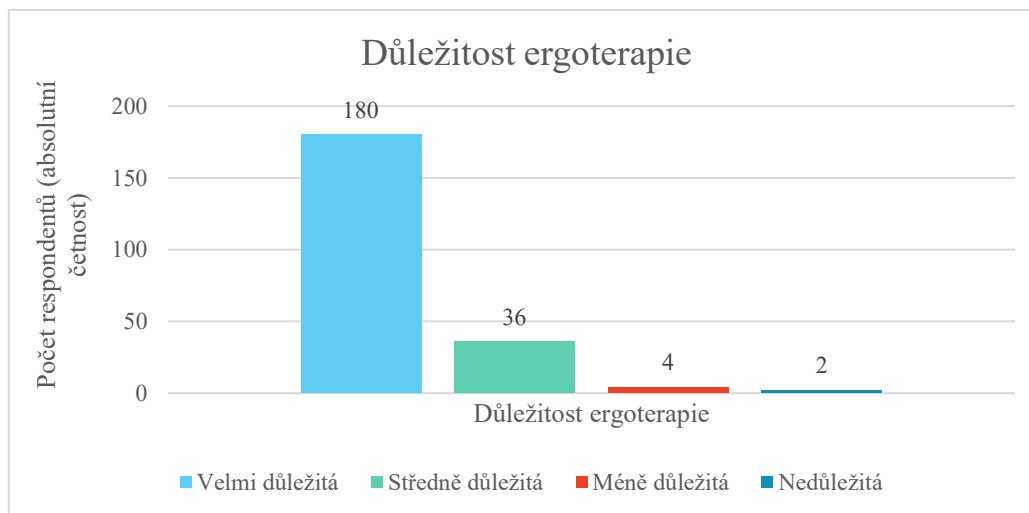


Zdroj: Vlastní

Důležitost ergoterapeutické péče v systému péče České republiky

Na otázku týkající se důležitosti ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice odpovědělo 222 respondentů. Většina se shodla a myslí si, že je ergoterapie velmi důležitá, 81,1 % (180) a dva respondenti (0,9 %) uvedli, že je ergoterapie nedůležitá. Tuto odpověď uvedli zřizovatelé sociálních služeb, kteří ve své službě ergoterapeuty nemají. Výsledky lze vidět v grafu 3.17.

Graf 3.17 – Důležitost ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Porovnání vnímání důležitosti ergoterapie při péči o osoby s demencí v systému péče České republiky z pohledu povolání

Tabulka 3.5 znázorňuje, jak konkrétní povolání vnímají důležitost ergoterapie v péči o osoby s demencí v systému péče ČR. Většina 81,1 % (180) uvedla, že je ergoterapie velmi důležitá a celkem 0,9 % (2) zřizovatelé sociálních služeb jsou názoru, že je ergoterapie nedůležitá.

Tabulka 3.5 – Názor na důležitost ergoterapie v péči o osoby s demencí z pohledu povolání

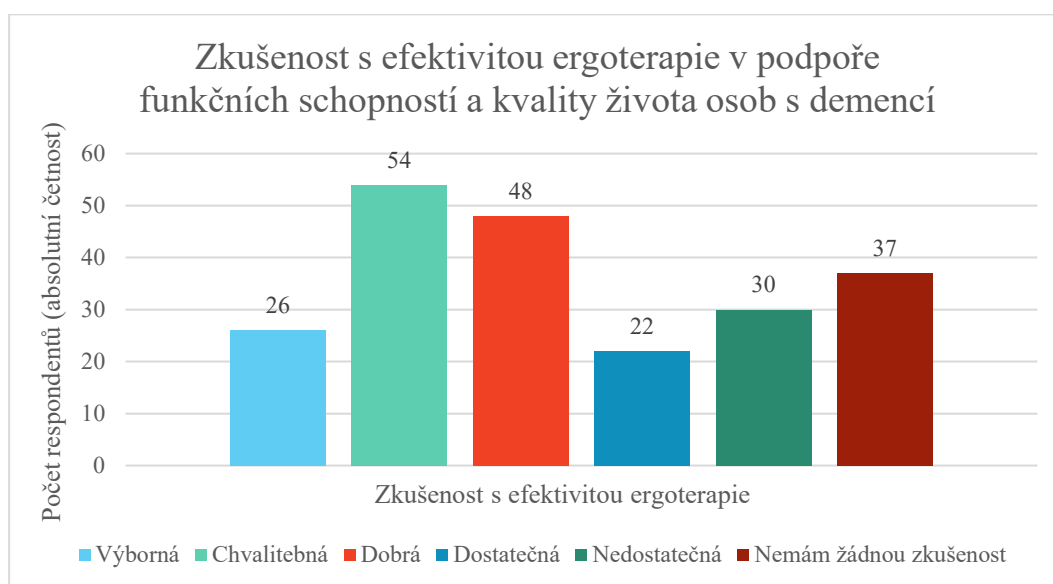
| Názor na důležitost ergoterapie v péči o osoby s demencí | Ergoterapeut (n=65) | | Zřizovatel sociální služby (n=137) | | Sociální pracovník (n=13) | |
|--|-----------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Velmi důležitá | 59 | 90,8 % | 103 | 75,2 % | 12 | 92,3 % |
| Středně důležitá | 5 | 7,8 % | 29 | 21,2 % | 1 | 7,8 % |
| Méně důležitá | 1 | 1,5 % | 3 | 2,2 % | 0 | 0,0 % |
| Nedůležitá | 0 | 0,0 % | 2 | 1,5 % | 0 | 0,0 % |
| Názor na důležitost ergoterapie v péči o osoby s demencí | Aktivizační pracovník (n=4) | | Jiné (n=3) | | Celkem (n=222) | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Velmi důležitá | 4 | 100,0 % | 2 | 66,7 % | 180 | 81,1 % |
| Středně důležitá | 0 | 0,0 % | 1 | 33,3 % | 36 | 16,2 % |
| Méně důležitá | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 4 | 1,8 % |
| Nedůležitá | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 2 | 0,9 % |

Zdroj: Vlastní

Zkušenost respondentů s efektivitou ergoterapeutické péče v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí

V této otázce odpovídalo 217 osob, kdy nejvíce respondentů, 24,9 % (54), hodnotí svou zkušenost s efektivitou ergoterapie v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí „jako chvalitebnou“, 22,1 % (48) jako „dobrou“ a 17,1 % (37) nemá žádnou zkušenost. Výsledky jsou uvedeny v grafu 3.18.

Graf 3.18 – Zkušenost s efektivitou ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Zkušenost respondentů s efektivitou ergoterapeutické péče v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí z pohledu povolání

V tabulce níže 3.6 lze pozorovat, jakou zkušenost s efektivitou ergoterapie mají jednotliví odborníci.

Tabulka 3.6 – Zkušenost s efektivitou ergoterapie z pohledu povolání

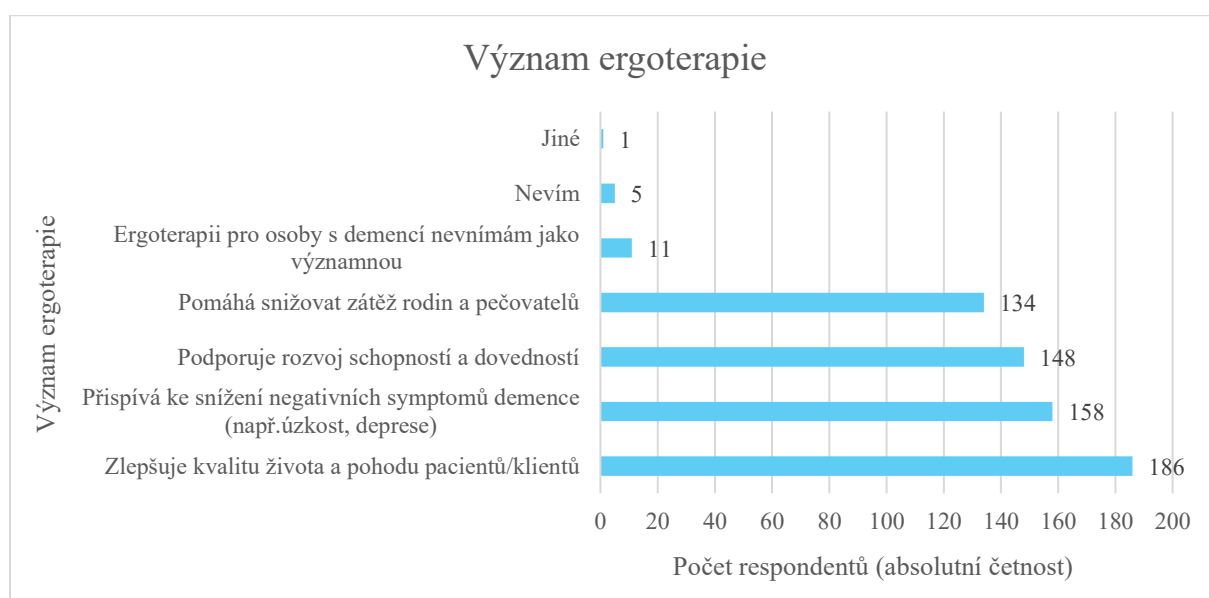
| Zkušenost s efektivitou ergoterapie v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí | Ergoterapeut (62) | | Zřizovatel sociální služby (134) | | Sociální pracovník (14) | |
|--|---------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Výborná | 7 | 11,3 % | 16 | 11,9 % | 1 | 7,1 % |
| Chvalitebná | 16 | 25,8 % | 35 | 26,1 % | 3 | 21,4 % |
| Dobrá | 20 | 32,3 % | 25 | 18,7 % | 0 | 0,0 % |
| Dostatečná | 10 | 16,1 % | 10 | 7,5 % | 2 | 14,3 % |
| Nedostatečná | 8 | 12,9 % | 20 | 14,9 % | 1 | 7,1 % |
| Nemám žádnou zkušenost | 1 | 1,6 % | 28 | 20,9 % | 7 | 50,0 % |
| Zkušenost s efektivitou ergoterapie v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí | Aktivizační pracovník (4) | | Jiné (3) | | Celkem (217) | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Výborná | 2 | 50,0 % | 0 | 0,0 % | 26 | 12,0 % |
| Chvalitebná | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 54 | 24,9 % |
| Dobrá | 2 | 50,0 % | 1 | 33,3 % | 48 | 22,1 % |
| Dostatečná | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 22 | 10,1 % |
| Nedostatečná | 0 | 0,0 % | 1 | 33,3 % | 30 | 13,8 % |
| Nemám žádnou zkušenost | 0 | 0,0 % | 1 | 33,3 % | 37 | 17,1 % |

Zdroj: Vlastní

Význam ergoterapie v péči o osoby s demencí v České republice

Na tuto otázku odpovídalo 222 osob a mohli označit více odpovědí. Největší význam ergoterapie v péči o osoby s demencí v České republice vidí respondenti v zlepšování kvality života a pohody klientů, 83,8 % (186). Celkem 11 (5,0 %) respondentů vůbec nevnímá ergoterapii jako významnou. Konkrétní výsledky jsou uvedeny v grafu 3.19.

Graf 3.19 – Význam ergoterapie

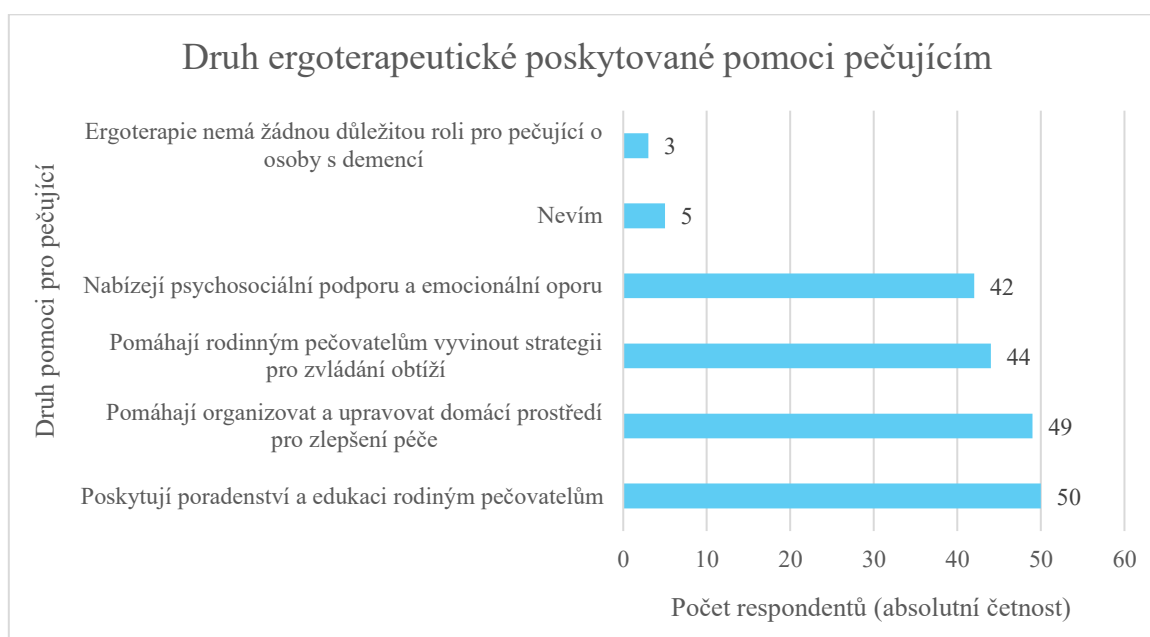


Zdroj: Vlastní

Druh poskytované ergoterapeutické pomoci pro pečující o osoby s demencí

Na otázku o ergoterapeutické pomoci poskytované pro pečující o osoby s demencí mohli odpovídat pouze ergoterapeuti (65) a mohli opět označit více možných odpovědí. Většina se v odpovědích shodovala a počty jsou podobné. Celkem 7,7 % (5) respondentů označilo odpověď „nevím“ a 4,6 % (3) ergoterapeuti si myslí, že ergoterapie nemá důležitou roli pro pečující. Výsledky z této otázky jsou uvedeny v grafu 3.20.

Graf 3.20 – Druh poskytované ergoterapeutické pomoci pro pečující

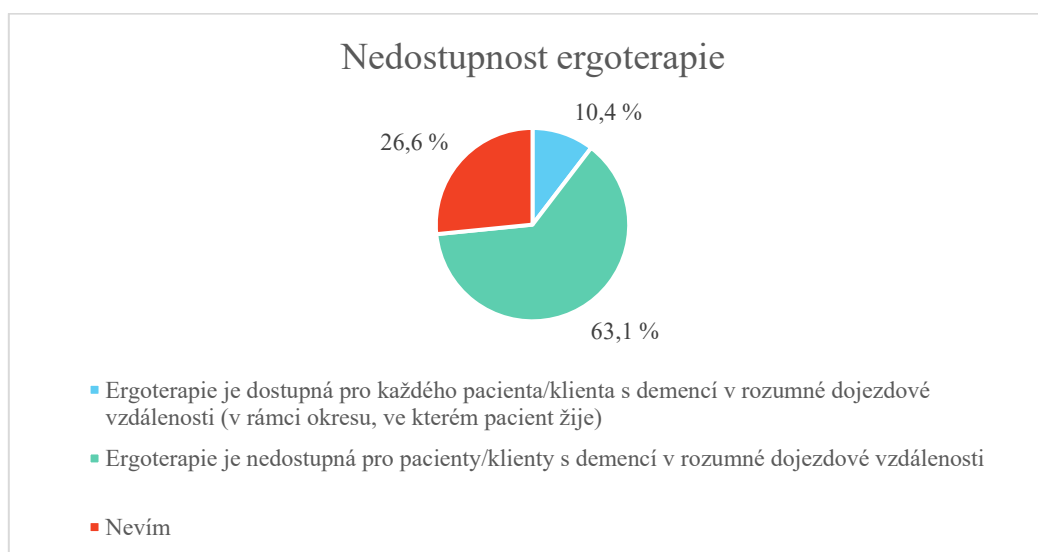


Zdroj: Vlastní

Nedostupnost ergoterapie

Dostupnost ergoterapie, dle výsledků spíše nedostupnost ergoterapie je znázorněna v grafu 3.23. Na otázku odpovědělo 222 respondentů. Většina 63,1 % (140) uvedla, že ergoterapie je nedostupná v rozumné dojezdové vzdálenosti (tedy v rámci okresu, ve kterém klient žije). A 10,4 % (23) osob uvedlo, že ergoterapie je dostupná v rozumné dojezdové vzdálenosti pro každého klienta, a to v rámci okresu, ve kterém klient žije. Výsledky znázorňuje graf 3.21.

Graf 3.21 – Nedostupnost ergoterapie



Zdroj: Vlastní

Porovnání ne/dostupnosti ergoterapie dle krajů

Tabulka 3.7 uvádí výsledky otázky na nedostupnost ergoterapie v třídění dle krajů. Ve většině krajů 63,1 % (140 respondentů) převažuje nedostupnost ergoterapie. Ve dvou krajích (Olomoucký a Plzeňský) převažovala odpověď „nevím“. Odpovědi, které by ukazovaly na dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v rozumné dojezdové vzdálenosti (v rámci okresu, ve kterém klient žije), nepřevažují v žádném kraji.

Tabulka 3.7 – Ne/dostupnost ergoterapie dle krajů

| Dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v České republice | Hlavní město Praha (18) | | Středočeský kraj (36) | | Jihočeský kraj (18) | | Plzeňský kraj (13) | |
|--|-------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Dostupná | 0 | 0,0 % | 2 | 5,6 % | 1 | 5,6 % | 0 | 0,0 % |
| Nedostupná | 16 | 88,9 % | 24 | 66,7 % | 10 | 55,6 % | 6 | 46,2 % |
| Nevím | 2 | 11,1 % | 10 | 27,8 % | 7 | 38,9 % | 7 | 53,8 % |
| Dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v České republice | Karlovarský kraj (3) | | Ústecký kraj (19) | | Liberecký kraj (13) | | Královohradecký kraj (17) | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Dostupná | 0 | 0,0 % | 3 | 15,8 % | 2 | 15,4 % | 1 | 5,9 % |
| Nedostupná | 3 | 100,0 % | 13 | 68,4 % | 8 | 61,5 % | 10 | 58,8 % |
| Nevím | 0 | 0,0 % | 3 | 15,8 % | 3 | 23,1 % | 6 | 35,3 % |
| Dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v České republice | Pardubický kraj (8) | | Kraj Vysočina (11) | | Jihomoravský kraj (16) | | Olomoucký kraj (8) | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Dostupná | 2 | 25,0 % | 2 | 18,2 % | 0 | 0,0 % | 1 | 12,5 % |
| Nedostupná | 5 | 62,5 % | 8 | 72,7 % | 11 | 68,8 % | 3 | 37,5 % |
| Nevím | 1 | 12,5 % | 1 | 9,1 % | 5 | 31,3 % | 4 | 50,0 % |
| Dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v České republice | Zlínský kraj (13) | | Moravskoslezský kraj (29) | | | | | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | | | | |
| Dostupná | 3 | 23,0 % | 6 | 20,7 % | | | | |
| Nedostupná | 6 | 46,2 % | 17 | 58,6 % | | | | |
| Nevím | 4 | 30,8 % | 6 | 20,7 % | | | | |

Zdroj: Vlastní

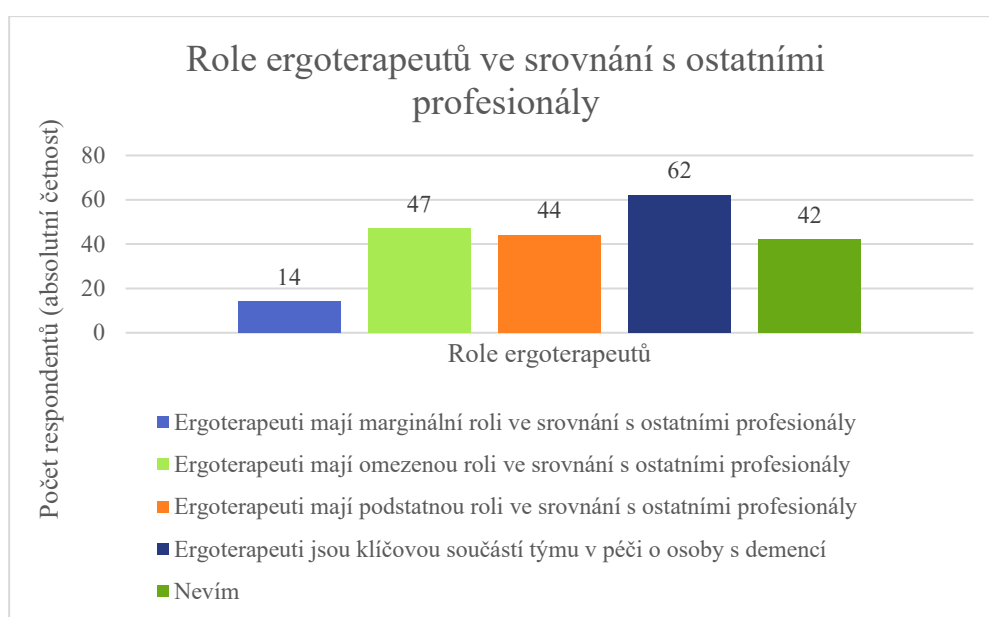
3.5.4 Význam ergoterapie v rámci multidisciplinárního týmu (v daném zařízení v České republice)

Čtvrtá část dotazníku byla zaměřena na význam ergoterapie v rámci multidisciplinární spolupráce v týmu na pracovišti respondenta. Touto problematikou se zabývalo celkem osm otázek.

Role ergoterapeutů v porovnání s ostatními zdravotnickými a sociálními členy týmu

Celkem 209 respondentů odpovědělo na otázku týkající se role ergoterapeutů v porovnání s ostatními členy týmu a 29,7 % (62) z nich uvedlo, že ergoterapeuti jsou klíčovou součástí týmu v péči o osoby s demencí. Výsledky jsou uvedeny v grafu 3.22.

Graf 3.22 – Role ergoterapeutů ve srovnání s ostatními profesionály



Zdroj: Vlastní

Hodnocení spolupráce mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály z pohledu povolání

Tabulka 3.8 znázorňuje, jak jednotliví členové týmu hodnotí spolupráci ergoterapeutů s dalšími profesionály. Nejvíce uváděli, že se jedná o dobrou spolupráci, 29,7 % (65), nebo velmi dobrou spolupráci, 24,7 % (54). U ergoterapeutů převažuje názor dobré spolupráce. Zřizovatelé sociální služby a sociální pracovníci převážně nevěděli, jak spolupráci hodnotit, ale hned na druhém místě označili rovněž dobrou spolupráci.

Tabulka 3.8 – Hodnocení spolupráce ergoterapeutů s dalšími profesionály z pohledu povolání

| Hodnocení spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu | Ergoterapeut (n=65) | | Zřizovatel sociální služby (n=135) | | Sociální pracovník (n=12) | |
|--|-----------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Výborná | 8 | 12,3 % | 6 | 4,4 % | 1 | 8,3 % |
| Velmi dobrá | 21 | 32,3 % | 32 | 23,7 % | 1 | 8,3 % |
| Dobrá | 26 | 40,0 % | 34 | 25,2 % | 2 | 16,7 % |
| Dostatečná | 2 | 3,1 % | 11 | 8,1 % | 0 | 0,0 % |
| Nedostatečná | 6 | 9,2 % | 17 | 12,6 % | 0 | 0,0 % |
| Nevím | 2 | 3,1 % | 35 | 26,0 % | 8 | 66,7 % |
| Hodnocení spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu | Aktivizační pracovník (n=3) | | Jiné (n=4) | | Celkem (n=219) | |
| | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost | Absolutní četnost | Validní četnost |
| Výborná | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 15 | 6,8 % |
| Velmi dobrá | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 54 | 24,7 % |
| Dobrá | 2 | 66,7 % | 1 | 25,0 % | 65 | 29,7 % |
| Dostatečná | 0 | 0,0 % | 1 | 25,0 % | 14 | 6,4 % |
| Nedostatečná | 0 | 0,0 % | 1 | 25,0 % | 24 | 11,0 % |
| Nevím | 1 | 33,3 % | 1 | 25,0 % | 47 | 21,5 % |

Zdroj: Vlastní

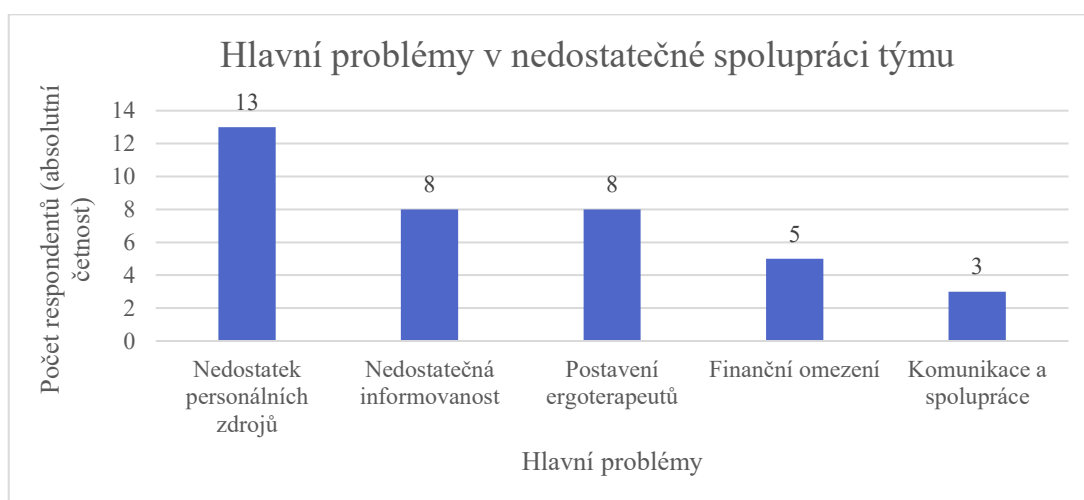
Hlavní problémy v nedostatečné spolupráci mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo celkem 29 respondentů. Tyto výsledky znázorňuje graf 3.23. Některé konkrétní důvody nedostatečné spolupráce jsou uvedeny v příloze č. 2.

Níže jsou vypsány kategorie a kódy, které do jednotlivých kategorií spadají:

- „nedostatek personálních zdrojů“ – nedostatek profesionálních ergoterapeutů, nedostupnost ergoterapeutů na trhu práce, malý počet ergoterapeutů a nepřítomnost ergoterapeutů v sociálních službách 44,8 % (13),
- „nedostatečná informovanost“ – malá informovanost o profesi ergoterapeuta, neznalost oboru ergoterapie mezi jinými profesionály a nevědomost o povolání ergoterapeuta 27,6 % (8),
- „postavení ergoterapeuta“ – nedocení a opomíjení oboru ergoterapie v ČR a ergoterapeuti nejsou vnímáni jako důležití v sociálních službách 27,6 % (8),
- „finanční omezení“ – nedostatek financí na zaměstnání ergoterapeuta, malý důraz na ergoterapii v rozpočtu organizací a nedostatek peněz na ergoterapeuty v malých zařízeních 17,2 % (5),
- „komunikace a spolupráce“ – nedostatečná komunikace v týmu pracovníků, nedostatek provázanosti mezi zdravotní a sociální sférou 10,3 % (3).

Graf 3.23 – Hlavní problémy v nedostatečné spolupráci týmu



Zdroj: Vlastní

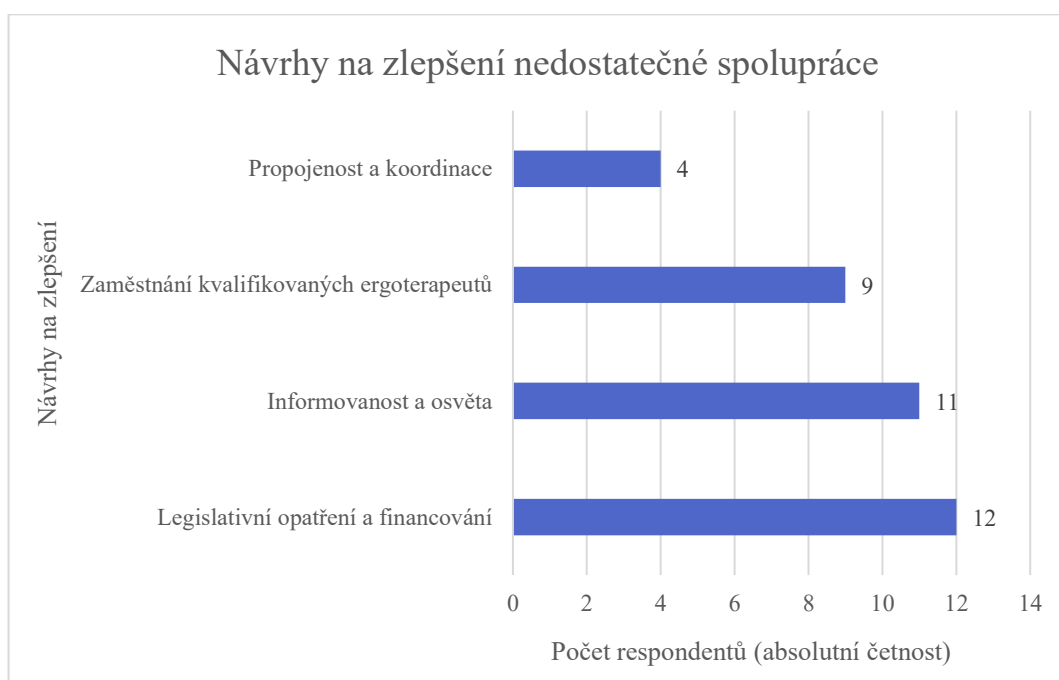
Návrhy na zlepšení spolupráce v týmu

Stejně jako v předchozí otázce na tuto otevřenou otázku odpovědělo celkem 29 osob. Návrhy na zlepšení nedostatečné spolupráce znázorňuje graf 3.24. Některé návrhy respondentů na zlepšení nedostatečné spolupráce lze najít v příloze č. 2.

Níže jsou kategorie a kódy, které jsou v jednotlivých kategoriích zahrnuty:

- „*legislativní opatření a financování*“ – zakotvení ergoterapie legislativně v zákonu o sociálních službách, zlepšení financování služeb, povinné zařazení ergoterapeuta do struktury pracovníků v sociálních službách 41,2 % (12),
- „*informovanost a osvěta*“ – větší informovanost pro veřejnost, lékaře, rodiny a pracovníky v sociálních službách, začlenění ergoterapie do vzdělávacích programů a vyšší propagace oboru 40,0 % (11),
- „*zaměstnání kvalifikovaných ergoterapeutů*“ – možnost zaměstnat ergoterapeuta v zařízení a personální zajištění odbornými ergoterapeuty 31,0 % (9),
- „*propojenost a koordinace*“ – lepší propojení mezi zdravotní a sociální sférou, lepší propojení lékař-ergoterapeut/sociální služba, pravidelné schůzky a účasti na vizitách 13,8 % (4).

Graf 3.24 – Návrhy na zlepšení nedostatečné spolupráce

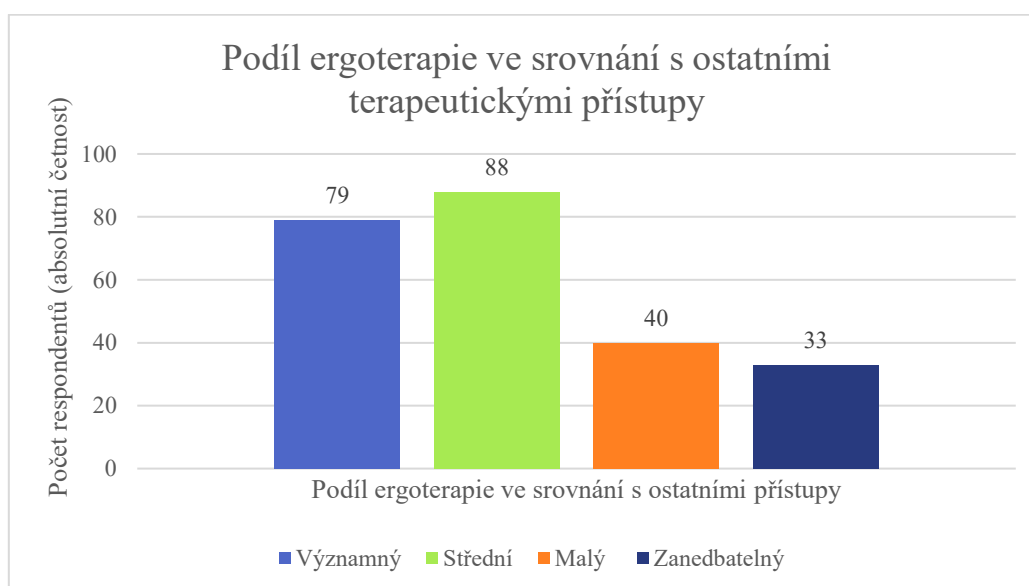


Zdroj: Vlastní

Podíl ergoterapie ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy

V této otázce odpovědělo 240 respondentů. Z nich 36,7 % (88) osob tvrdí, že je podíl střední – tedy vyrovnaný s ostatními přístupy. Dalších 32,9 % (79) zmiňuje významný podíl. Podíl ergoterapie ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy je kompletně znázorněn v grafu 3.25.

Graf 3.25 – Podíl ergoterapie ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy

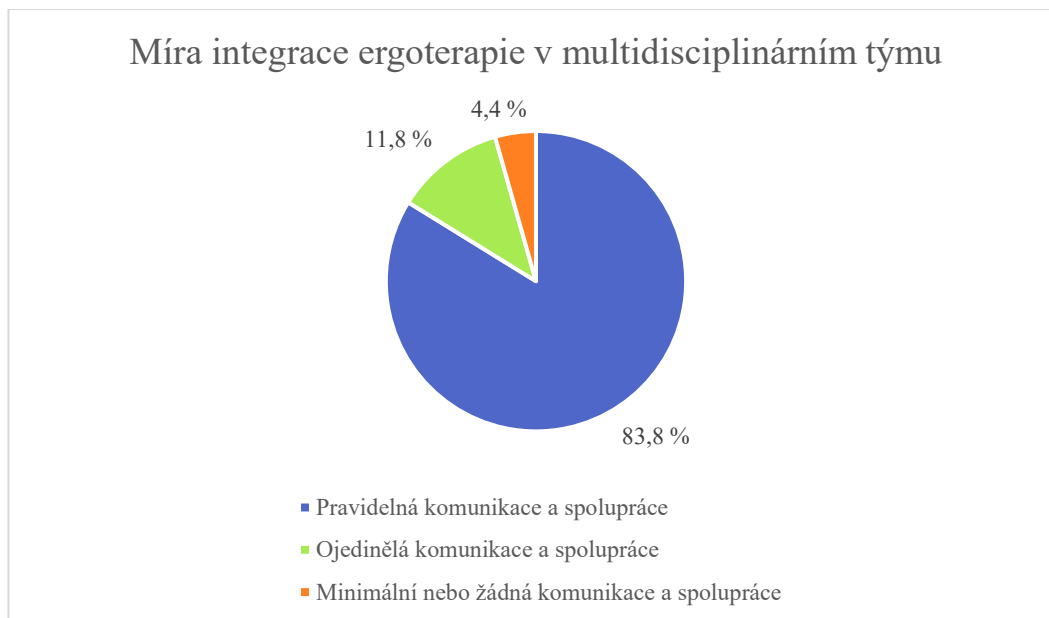


Zdroj: Vlastní

Míra integrace ergoterapeutů v multidisciplinárním týmu

Na tuto otázku odpovědělo 68 respondentů. Většina 83,8 % (57) zmínila pravidelnou komunikaci a spolupráci jako míru integrace ergoterapeutů v multidisciplinárním týmu. Výsledky jsou znázorněny v grafu 3.26.

Graf 3.26 – Integrace ergoterapie v multidisciplinárním týmu

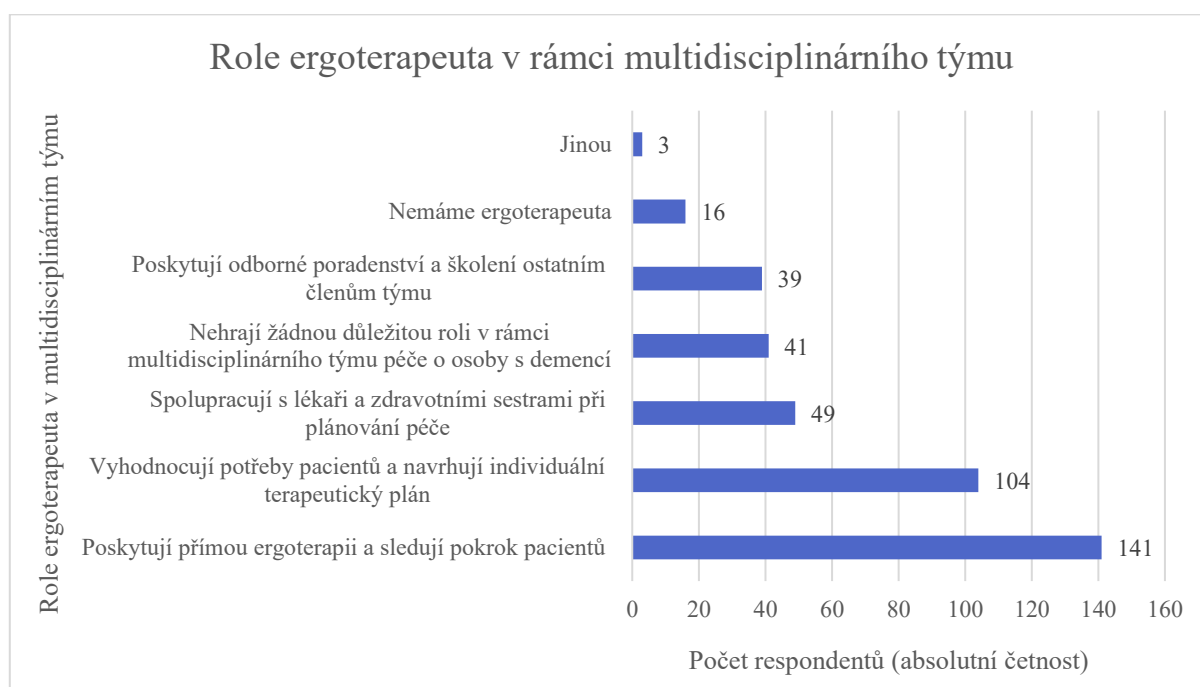


Zdroj: Vlastní

Role ergoterapeutů v rámci multidisciplinárního týmu v péči o osoby s demencí

Celkem 230 osob odpovědělo na otázku s problematikou role ergoterapeutů v rámci multidisciplinárního týmu v péči o klienty s demencí a mohli zmínit více odpovědí. Nejvíce respondentů 61,3 % (141) uvedlo, že ergoterapeuti poskytují přímou ergoterapii a sledují pokrok klientů a 45,2 % (104) zmínilo, že vyhodnocují potřeby pacientů či klientů a navrhují individuální terapeutický plán. Všechny výsledky jsou znázorněny v grafu 3.27.

Graf 3.27 – Role ergoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu

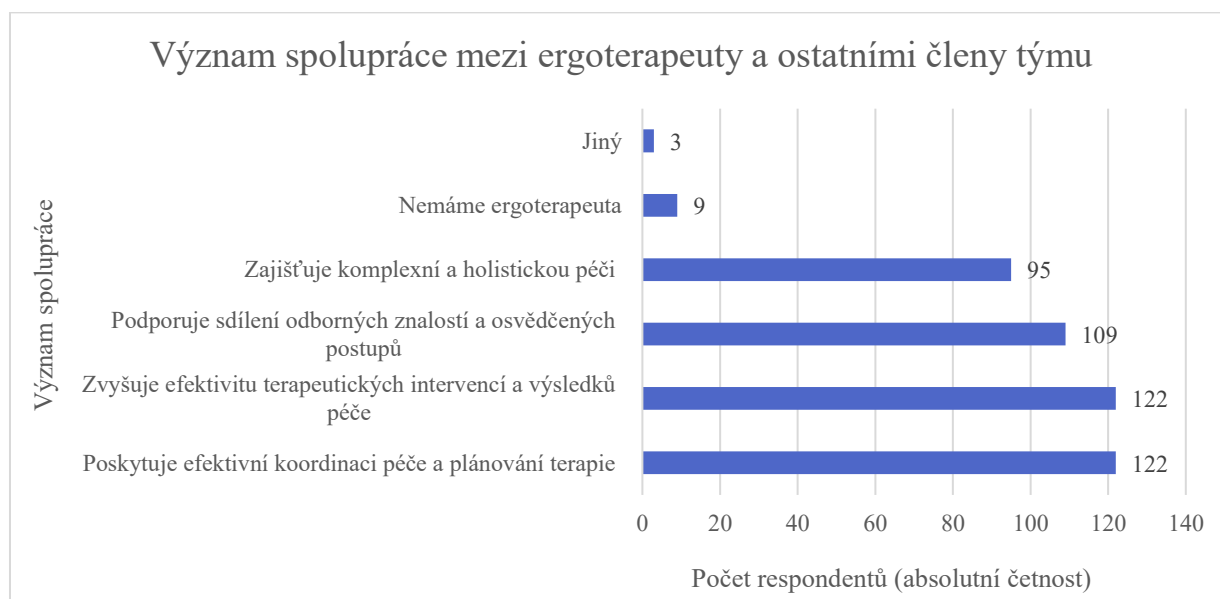


Zdroj: Vlastní

Význam spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními profesionály v týmu a péči o osoby s demencí

V této otázce respondenti mohli rovněž označit více možných odpovědí a odpovědělo zde celkem 232 osob. Výsledky týkající se významu spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu znázorňuje graf 3.28.

Graf 3.28 – Význam spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu



Zdroj: Vlastní

3.5.5 Význam péče a návrhy změn systému péče o osoby s demencí v České republice

V poslední části dotazníku byly otázky specifikovány na význam péče a návrhy změn systému péče o osoby s demencí v České republice. Zde byly čtyři otevřené otázky, kde respondenti mohli sdílet své názory a návrhy na změny v systému péče v ČR. Některé konkrétní odpovědi respondentů na otevřené otázky autorka uvádí v příloze č. 2.

Co respondentům v systému péče o osoby s demencí v České republice chybí

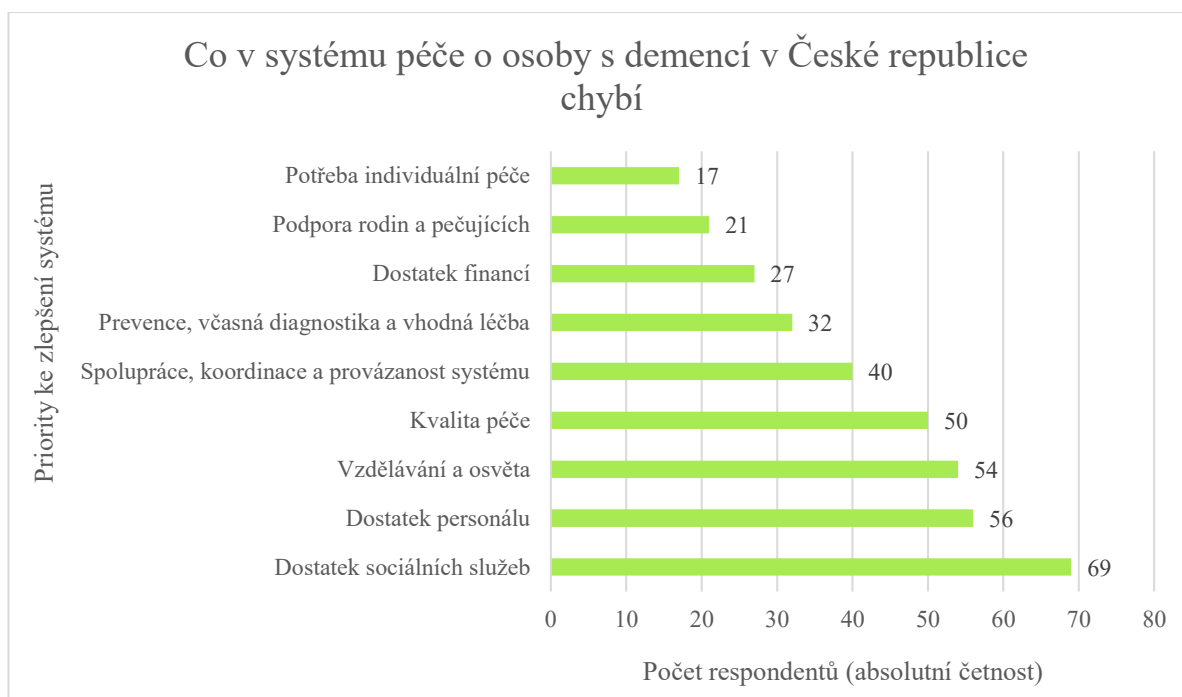
Na otázku, co v současné době chybí v systému péče o osoby s demencí v České republice, odpovědělo celkem 257 osob. Konkrétní výsledky znázorňuje graf 3.29.

Autorka odpovědi shrnula do následujících kategorií:

- „*dostatek sociálních služeb*“ – nedostatek sociálních služeb, nedostatek pobytových zařízení a nedostatek lůžkové kapacity 26,8 % (69),
- „*dostatek personálu*“ – málo pracovníků v přímé péči a nedostatek ergoterapeutů 21,8 % (56),
- „*vzdělávání a osvěta*“ – nedostatek informovanosti rodinných příslušníků, nedostatek osvěty veřejnosti a nedostatek informovanosti praktických lékařů 21,0 % (54),
- „*kvalita péče*“ – nedostatek kvalifikované péče pro pečující osoby, nedostatek kvalitních pracovníků, potřeba zvyšování kvalifikace pracovníků a nedostatek odborné pomoci v konkrétní lokalitě 19,5 % (50),
- „*spolupráce, koordinace a provázanost systému*“ – nedostatečná propojenost zdravotní a sociální péče, nedostatek spolupráce mezi organizacemi poskytujícími péči a lékaři, potřeba koordinace mezi terénní a pobytovou péčí 15,6 % (40),
- „*prevence, včasná diagnostika a vhodná léčba*“ – chybí prevence demence, nedostatečná včasná diagnostika, potřeba většího zájmu lékařů v této problematice 12,5 % (32),
- „*dostatek financí*“ – finanční prostředky, finance na rozvoj sociálních služeb, spravedlivé financování sociálních služeb a dostatek financí na zaplacení kvalifikovaných pracovníků 10,5 % (27),
- „*podpora rodin a pečujících*“ – větší podpora a informovanost pro pečující rodiny, potřeba odlehčovacích služeb pro pečující a potřeba poradenství pro pečující osoby 8,2 % (21),

- „*potřeba individuální péče*“ – potřeba individuálního přístupu a potřeba nepřetržité péče 6,6 % (17).

Graf 3.29 – Co v systému péče o osoby s demencí v České republice chybí



Zdroj: Vlastní

Co respondenti považují za nejdůležitější v péči o tyto klienty

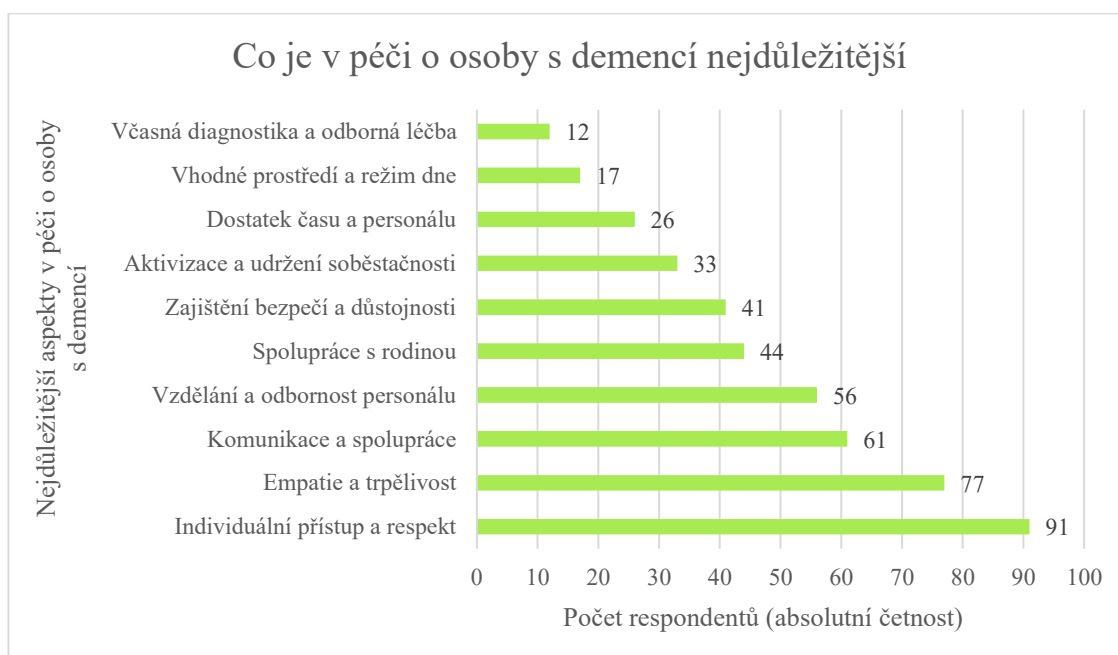
Celkem 275 respondentů odpovídalo na tuto otevřenou otázku. Podrobné výsledky jsou znázorněny v grafu 3.30.

Autorka odpovědi shrnula do následujících kategorií:

- „*individuální přístup a respekt*“ – individuální přístup ke klientům a jejich potřebám a respektování klienta, jejich přání, potřeb a zvyklostí 33,1 % (91),
- „*empatie a trpělivost*“ – empatie, trpělivost 28,0 % (77),
- „*komunikace a spolupráce*“ – komunikace s pacientem, komunikace a spolupráce s multidisciplinárním týmem, spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem 22,2 % (61),
- „*vzdělání a odbornost personálu*“ – kvalitní, vzdělaný a kvalifikovaný personál, odborná péče a informovanost 20,4 % (56),
- „*spolupráce s rodinou*“ – zajištění podpory rodiny a pečujících, spolupráce s rodinnými příslušníky klientů a zapojení rodiny do procesu péče 16,0 % (44),
- „*zajištění bezpečí a důstojnosti*“ – zajistit bezpečné prostředí a zachovat důstojnost klienta 14,9 % (41),

- „aktivizace a udržení soběstačnosti“ – aktivizace klienta, aktivity k udržení nebo zlepšení soběstačnosti klientů 12 % (33),
- „dostatek času a personálu“ – mít dostatečný čas na individuální péči a dostatečný počet kvalifikovaného personálu 9,5 % (26),
- „vhodné prostředí a režim dne“ – důraz na vhodné prostředí a dodržovat režim dne 6,2 % (17),
- „včasná diagnostika a odborná léčba“ – včasná diagnostika a poskytnutí vhodné, odborné léčby 4,4 % (12).

Graf 3.30 – Nejdůležitější aspekty v péči o osoby s demencí



Zdroj: Vlastní

V čem respondenti spatřují obtíže/náročnosti/nedostatky v systému péče o tyto klienty

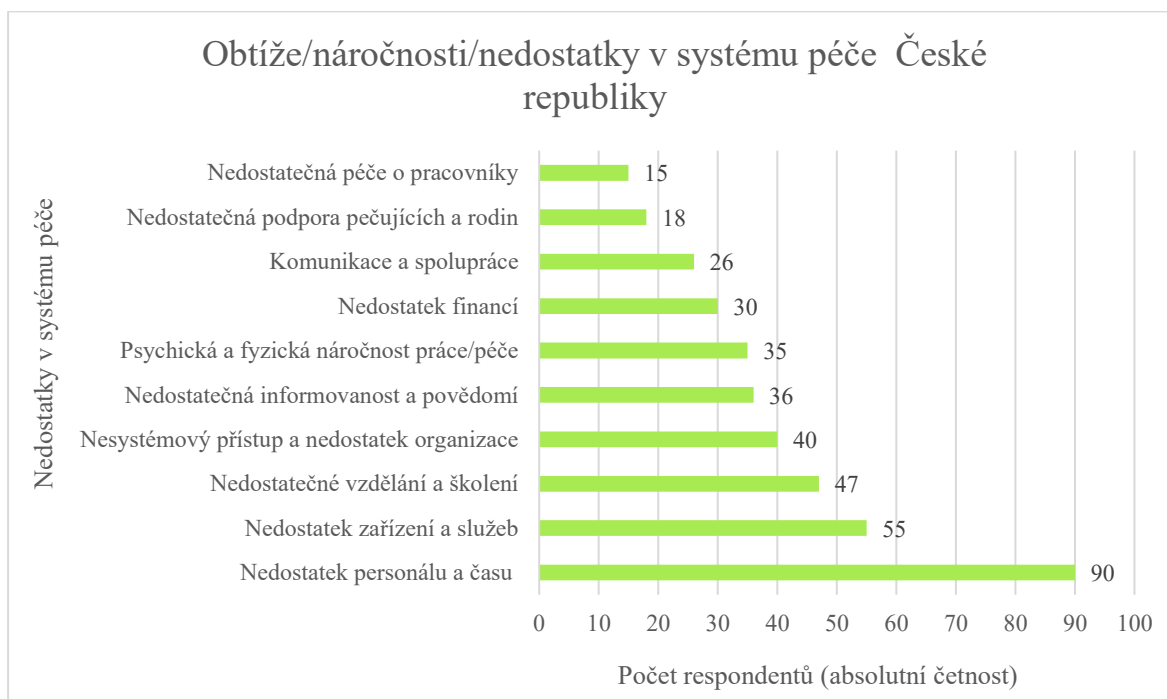
Na tuto otevřenou otázku odpovědělo celkem 253 osob. Podrobné výsledky nedostatků v systému péče o osoby s demencí v České republice znázorňuje graf 3.31 níže.

Autorka odpovědi shrnula do následujících kategorií:

- „nedostatek personálu a času“ – nedostatek kvalifikovaného personálu, malý počet pracovníků, nedostatek ergoterapeutů, nedostatek času na péči 35,6 % (90),
- „nedostatek zařízení a služeb“ – malá kapacita pobytových zařízení, malá kapacita geriatrů, nedostatek terénních služeb 21,7 % (55),

- „*nedostatečné vzdělání a školení*“ – nedostatečné proškolení personálu, nedostatek vzdělání pečujících, potřeba dalšího vzdělání, nedostatečné školení o práci s demencí 18,6 % (47),
- „*nesystémový přístup a nedostatek organizace*“ – nesystémový přístup, nedostatek návazných služeb, roztržitost péče, nedostatek organizační struktury, péče není zahájena včas, nesoulad v kompetencích 15,8 % (40),
- „*nedostatečná informovanost a povědomí*“ – neinformovanost veřejnosti o demenci, nedostatečné povědomí o ergoterapii, nedostatek informací 14,2 % (36),
- „*psychická a fyzická náročnost práce/péče*“ – psychické vyčerpání, riziko vyhoření, fyzická náročnost, obtížné zacházení s klienty 13,8 % (35),
- „*nedostatek financí*“ – finanční prostředky, špatné financování, malé platové ohodnocení pracovníků, nedostatek financí na sociální služby, nedostatek financí na mzdu ergoterapeuta v sociálních službách 11,9 % (30),
- „*komunikace a spolupráce*“ – nedostatek komunikace s rodinou, nespolečenská spolupráce personálu v multidisciplinárním týmu, nespolečenská spolupráce zdravotnických a sociálních zařízení 10,3 % (26),
- „*nedostatečná podpora pečujících a rodin*“ – nedostatek podpory rodin, nedostatek poradenství pro pečující, nedostatek odlehčovacích služeb 7,1 % (18),
- „*nedostatečná péče o pracovníky*“ – nedostatek podpory zaměstnanců, nedostatečná psychohygiena zaměstnanců, omezené možnosti podpory personálu 5,9 % (15).

Graf 3.31 – Obtíže/náročnosti/nedostatky v systému péče o osoby s demencí v České republice



Zdroj: Vlastní

Co by dle respondentů stávající situaci v péči o osoby s demencí v České republice mohlo zlepšit

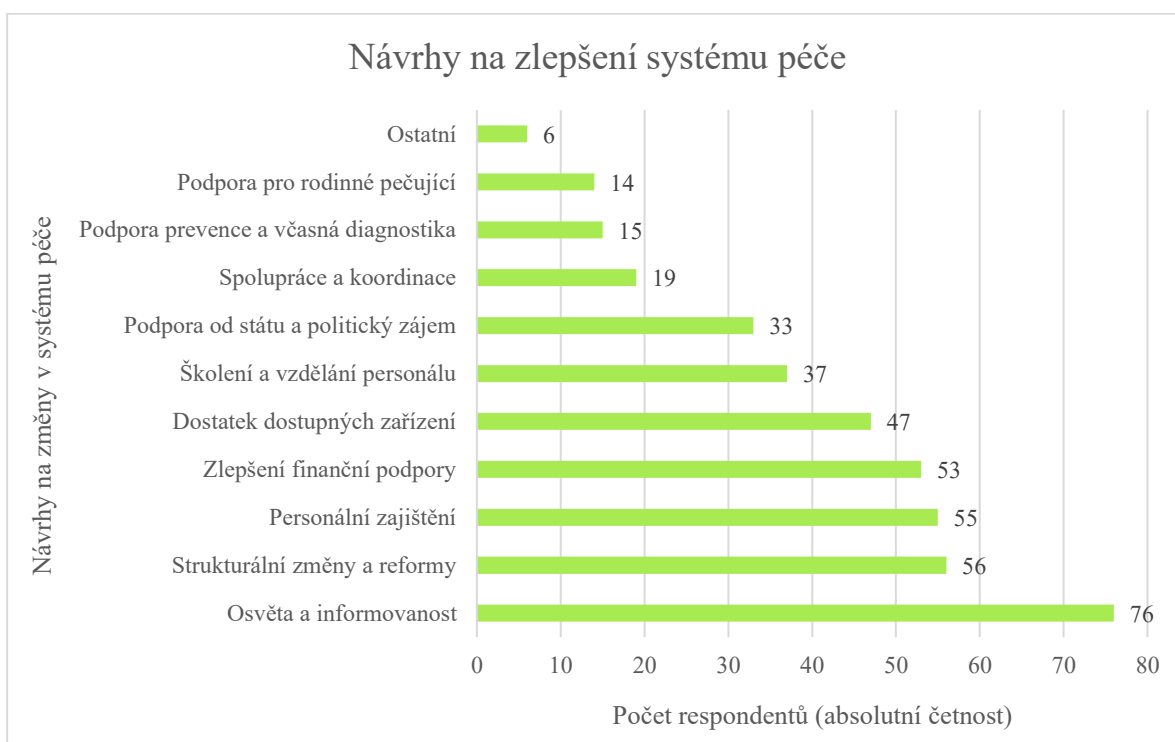
Na níže popsanou otevřenou otázku odpovědělo 248 respondentů. Spoustu respondentů uvádělo více návrhů a často velice podobných nápadů. Konkrétně tyto návrhy znázorňuje graf 3.32.

Autorka odpovědi shrnula do následujících kategorií:

- „osvěta a informovanost“ – osvěta veřejnosti o demenci, informovanost veřejnosti o dostupných službách, informovanost veřejnosti o ergoterapii 30,6 % (76), informovanost lékařů o ergoterapii, informovanost lékařů o dostupných sociálních službách, informovanost rodiny, zvýšit prestiž práce ergoterapeutů a pracovníků v sociálních službách,
- „strukturální změny a reformy“ – reforma systému zdravotní a sociální péče, legislativní změny, změny systému, změna koncepce 22,6 % (56),
- „personální zajištění“ – dostatek kvalifikovaného personálu, zavést personální standard, pracovní místo pro ergoterapeuta, více geriatrů 22,2 % (55),
- „zlepšení finanční podpory“ – zvýšit příspěvek na péči, zvýšit mzdu pro personál, navýšení financování sociálních služeb, finanční podpora pro zajištění ergoterapeuta 21,4 % (53),

- „dostatek dostupných zařízení“ – zvýšit počet sociálních služeb, více DZR zařízení, zvýšit dostupnost služeb, více kapacity služeb 20,0 % (47),
- „školení a vzdělání personálu“ – více kurzů pro personál, pravidelné školení, doplňování vzdělání 15,0 % (37),
- „podpora od státu a politický zájem“ – zvýšení politické pozornosti a zájem o problematiku demence, finanční podpora od státu pro zlepšení péče a dostupnosti služeb 13,3 % (33),
- „spolupráce a koordinace“ – zvýšit propojenost sociálních služeb, zvýšit propojenost mezi zdravotní a sociální službou, komplexnost, spolupráce v multidisciplinárním týmu, spolupráce s lékaři 7,7 % (19),
- „podpora prevence a včasná diagnostika“ – prevence, včasná diagnostika, bonifikace lékařů pro testování kognitivních funkcí, zájem lékařů 6,0 % (15),
- „podpora pro rodinné pečující“ – podpora pro rodiny, poradenství pro rodiny, odlehčující služby 5,6 % (14),
- „ostatní“ – zázrak, ... 2,4 % (6).

Graf 3.32 – Návrhy na změny v systému péče České republiky



Zdroj: Vlastní

3.6 Výsledky ve vztahu k hypotézám

V této kapitole autorka uvádí k hypotézám H1, H2, H3 poznatky, které k dané hypotéze přinesly výsledky dotazníku popsané v předchozí části diplomové práce.

H1: *Předpokládám, že více než 50 % dotázaných uvede, že ergoterapie je důležitou součástí péče o osoby s demencí.*

Z výsledků dotazníkového šetření se ukázalo, že většina respondentů vnímá ergoterapii jako velmi důležitou. Většina pracovníků napříč různými obory hodnotila ergoterapii jako velmi důležitý obor v péči o klienty s demencí. A rovněž většina respondentů má pozitivní zkušenost s efektivitou ergoterapie při podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí. Další část respondentů má dobrou zkušenost, přičemž u ergoterapeutů převažuje dobrá zkušenost.

Většina respondentů vnímá kladně význam a přínos ergoterapie u těchto klientů. Kladně vnímají zejména zlepšování kvality života a pohody klientů, snižování negativních symptomů demence a podporu rozvoje schopností a dovedností díky ergoterapii. Ergoterapie také pomáhá snižovat zátěž rodin a pečovatелů. Pouze malá část respondentů vnímá ergoterapii jako nevýznamnou.

Respondenti také uváděli, že je ergoterapie prospěšná i pro rodinné pečující, zejména pokud jde o poskytování poradenství a edukace, stejně jako o pomoc při organizaci a úpravě domácího prostředí pro zlepšení péče. Výše zmíněné nasbírané výsledky a data naznačují **potvrzení hypotézy č. 1.**

H2: *Předpokládám, že ergoterapie může výrazně přispět ke zlepšení péče o osoby s demencí, pokud je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu.*

Většina respondentů má pozitivní zkušenost s efektivitou ergoterapie při podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí.

Většina respondentů uvedla, že ergoterapeuti jsou klíčovou součástí týmu v péči o osoby s demencí. Další část byla názoru, že mají podstatnou roli a menší část vnímala jejich roli jako marginální. Zbytek nevěděl a další část respondentů vnímala roli ergoterapeutů jako omezenou.

Bylo zjištěno, že ergoterapeuti se do multidisciplinárního týmu zapojují pravidelnou komunikací a spoluprací. Hlavní rolí ergoterapeutů v rámci multidisciplinárního týmu je

poskytování přímé ergoterapie a sledování pokroků klientů, vyhodnocování potřeb klientů a navrhování individuálních terapeutických plánů.

Hlavními významy spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu jsou poskytování efektivní koordinace péče a plánování terapie, zvyšování efektivity terapeutických intervencí a výsledků péče, podpora sdílení odborných znalostí a osvědčených postupů v týmu a zajišťování komplexní a holistické péče. Díky tomu se zlepšuje i péče o osoby s demencí, jestliže je péče dobře plánovaná, adresná, a právě ergoterapeut v týmu tomu napomáhá. Tato nasbíraná data naznačují **potvrzení hypotézy č. 2**.

H3: *Předpokládám, že dotazovaní jako nejčastější důvod absence ergoterapeuta budou uvádět legislativní důvody.*

Ve většině zařízení, kde respondenti pracují, poskytují ergoterapeutickou péči. Menší část zařízení ergoterapii neposkytuje. Respondenti uváděli důvody neposkytování ergoterapie. Nejčastějším důvodem bylo legislativní omezení. Ve standardech kvality sociálních služeb není ergoterapie stanovena jako požadavek pro registraci služby, proto zařízení často ergoterapeuta nevyhledávají. „*Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.*“ (Standardy kvality sociálních služeb, 2007). Jedná se tedy o legislativní důvody. Ergoterapeut není v zákoně o sociálních službách, a tudíž na něj ani pracoviště nemají odpovídající finance. Dále respondenti uváděli nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek finančních prostředků, nedostatek času nebo úvazku a nedostatečnou poptávku po ergoterapii v domácím prostředí klientů.

Velká část respondentů uváděla, že ergoterapii (tedy prvky ergoterapie) poskytují aktivizační pracovníci, pravděpodobně z důvodu absence ergoterapeuta. To však neznamená, že je ergoterapie poskytována kvalifikovaným pracovníkem se vzděláním a s kompetencí ergoterapie (dle §7 zákona č. 96/2004Sb.).

Personální stav ergoterapeutů v organizaci ukazuje, že většina ergoterapeuta v zařízeních vůbec nemají, další část má omezený počet a pouze malá část respondentů uvádí, že mají dostatečný počet ergoterapeutů.

Klíčovým zjištěním je nedostupnost ergoterapie pro klienty s demencí v přiměřené dojezdové vzdálenosti (tedy v rámci okresu, ve kterém klient žije), což se téměř v každém kraji ČR potvrdilo. Ve dvou krajích (Olomouckém a Plzeňském) respondenti nebyli schopni

poskytnout informaci o dostupnosti ergoterapie. Tento stav může být spojen s řadou identifikovaných problémů z dotazníku včetně absence legislativního uznání ergoterapie, nedostatku kvalifikovaného personálu a řadou dalších nedostatků. Tyto nasbírané výsledky a data naznačují **potvrzení hypotézy č. 3.**

4 DISKUZE

4.1 Diskuze k metodologii diplomové práce

Jako hlavní prostředek sběru dat autorka využila metodu dotazníkového šetření. Sestavila online dotazník určený pro poskytovatele sociálních služeb a pro ergoterapeuty, kteří pracují s osobami s demencí. Dotazník byl vytvořen v programu Survio. Dotazník obsahoval 20 uzavřených, 11 polouzavřených a sedm otevřených otázek. Sběr odpovědí probíhal od 6. října 2023 do 10. února 2024. Bylo shromážděno celkem 358 validních odpovědí od jednotlivých respondentů.

Je důležité zdůraznit, proč bylo rozhodnuto zvolit metodu dotazníku namísto jiných alternativních přístupů, jako je například kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Zatímco kvalitativní výzkum může poskytnout hlubší pochopení, není vhodný pro cílové mapování situace napříč celou Českou republikou, jak bylo stanoveno v cíli práce. Kvalitativní výzkum nebyl tedy vhodný pro dosažení stanovených cílů, neboť neumožnil získat informace od širokého spektra respondentů po celém území ČR v tomto časovém úseku. Z tohoto důvodu byla metoda dotazníku preferována jako nejlepší způsob sběru dat. Kvalitativní výzkum formou rozhovoru by mohl následovat a navazovat na tento výzkum. Bylo by zajímavé navázat na zmíněnou problematiku vzešlou z dotazníku a prohloubit informace více do hloubky od potenciálních respondentů.

Cílem výzkumu bylo zmapování situace, která zatím v ČR z hlediska ergoterapie nebyla doposud zjišťována. Jde tedy o zcela unikátní průzkum, který mapuje aktuální situaci a poskytuje souborná data o tom, jak je ergoterapie zastoupena v systémech péče o osoby s demencí v ČR. Dotazníky byly vyplněny ze všech krajů, což také potvrzuje celorepublikový charakter průzkumu. Jednotlivé kraje však byly (z důvodu metody šíření dotazníku) nerovnoměrně zastoupené. Největší zastoupení a návratnost byly zaznamenány od respondentů pracujících ve Středočeském kraji, kde odpovědělo 52 respondentů (14,8 % ze všech respondentů). Druhé největší zastoupení bylo zaznamenáno v Moravskoslezském kraji s 41 odpověďmi (11,6 % souboru respondentů). Naopak nejméně odpovědí bylo z Olomouckého kraje (12) a z Karlovarského kraje s pěti respondenty.

Rozložení sociálních služeb v jednotlivých krajích České republiky lze získat z registru sociálních služeb, který je uveden na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Z tohoto registru vyplývá, že Středočeský kraj (celkem 296 sociálních služeb ke dni 10.3.2024) i Moravskoslezský kraj (celkem 270 sociálních služeb ke dni 10.3.2024) patří

mezi oblastí s největším počtem poskytovaných sociálních služeb. Naopak Karlovarský kraj (pouze 54 dne 10.3.2024) je mezi kraji s nižším počtem poskytovaných sociálních služeb. Olomoucký kraj má rovněž ke dni 10.3.2024 registrováno 112 sociálních služeb. Tato data poskytují užitečný pohled na rozložení sociálních služeb v České republice a mohou být důležitým zdrojem informací pro plánování a poskytování sociální péče v různých regionech.

Jeden z možných prvků, který by mohl částečně ovlivnit výsledky dotazníkového šetření, spočíval v tom, že dotazník byl distribuován online formou a byl k dispozici pouze v digitální podobě. Dotazník byl distribuován přes e-mailové adresy nebo byl také šířen prostřednictvím sociální sítě. Jelikož byl dotazník dostupný pouze online, byli osloveni převážně respondenti aktivně využívající internetové služby. Jistou možnou nevýhodou bylo, že respondenti mohli vyplňování dotazníku přerušit a nepokračovat v něm později, avšak v tomto případě tuto situaci nelze ověřit.

Dalším aspektem, který by mohl přispět k určitému statistickému zkreslení výsledků, je možnost, že dotazník vyplnilo více respondentů pracujících na jednom určitém pracovišti. Tato skutečnost by mohla ovlivnit výsledky u otázky týkající se, zda na jejich pracovišti mají ergoterapeuta a s tím další spojené otázky. Ale vzhledem k tomu, že se jedná o úplně anonymní dotazník, tuto skutečnost nelze nijak dokázat a jedná se tedy pouze o předpoklad.

Omezení výzkumu může spočívat rovněž v nedostatku pracujících ergoterapeutů v sociálních službách. Respondenti často uváděli, že v jejich zařízeních není žádný ergoterapeut k dispozici. A právě odpovědi respondentů, kteří ergoterapeuta na pracovišti nemají, mohou být ovlivněny jejich malou informovaností či neznalostí náplně oboru.

Výhodou dotazníku bylo, že nebyly všechny otázky povinné, což umožnilo respondentům vynechat odpovědi, na které nechtěli reagovat, a přejít na další otázku. Avšak limitem bylo, že když byla otázka určena pouze pro ergoterapeuty, respondenti jiných povolání nebyli automaticky přesměrováni na jinou otázku. Místo toho někteří odpovídali na otázky určené pro ergoterapeuty, což způsobilo, že autorka práce musela ručně odstranit odpovědi u dané otázky od respondentů, kteří nebyli ergoterapeuty. Bylo by tedy vhodné implementovat přímé přesměrování respondentů, aby se vyhnuli odpovídání na otázky, které nejsou pro ně určeny.

4.2 Diskuze k výsledkům práce

Ergoterapie v péči o osoby s demencí a vnímání její důležitosti v této oblasti

Z výsledků dotazníkového šetření se ukázalo, že většina respondentů vnímá ergoterapii jako velmi důležitou. Většina z nich má pozitivní zkušenost s efektivitou ergoterapie při podpoře funkčních schopností a s udržením či zlepšením kvality života osob s demencí. Důležitost ergoterapie potvrzuje také autorka Jitka Suchá ve svém článku, kde tvrdí, že ergoterapeut má v péči o osoby s demencí dva hlavní úkoly – podporu soběstačnosti a kognitivní aktivizaci (2013, s. 149).

Většina respondentů vnímá kladně význam a přínos ergoterapie u těchto klientů. Pozitivně vnímají zejména zlepšování kvality života a pohody klientů, snižování negativních symptomů demence a podporu rozvoje schopností a dovedností díky ergoterapii. Tvrzení, že ergoterapie zlepšuje kvalitu života a snižuje negativní symptomy potvrzují rovněž zahraniční autoři ve svých výzkumech (Pimouguet et al., 2019; Zucchella et al., 2018).

Z výzkumu této diplomové práce dále vyplynulo, že ergoterapie také pomáhá snižovat zátěž rodin a pečovatелů. Respondenti uváděli, že je ergoterapie prospěšná pro rodinné pečující zejména v poskytování poradenství a edukaci, a také v pomáhání při organizaci a úpravě domácího prostředí. A pouze malá část respondentů vnímá ergoterapii jako nevýznamnou. Gitlin a jeho spolupracovníci (2018) ve svém výzkumu také došli k závěru, že ergoterapie snižuje zátěž pečujících, a dokonce je nákladově efektivní.

Data ve výzkumu ukázala, že většina respondentů ve svém zařízení využívá ergoterapii. Avšak velká část (33,8 %) ergoterapii nenabízí, a to nejčastěji z důvodu legislativního omezení. Dále z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu a nedostatku finančních prostředků na vytvoření pracovního místa a mzdy pro ergoterapeuty. Pokud zařízení poskytují ergoterapii, často je prováděna nekvalifikovaným personálem, jako jsou aktivizační pracovníci, pečovatelé nebo sociální pracovníci. Na to již upozorňovaly autorky Jelínková a Krivošíková v roce 2007, kdy poukazovaly na to, že ergoterapie není ukotvena v zákoně o sociálních službách, a že práci ergoterapeuta často provádí nekvalifikovaný personál (Jelínková, Krivošíková, 2007). Jak výzkum naznačil, od té doby se situace nezměnila.

Jedním z pozitivních aspektů je, že když je ergoterapie k dispozici, je poskytována pravidelně a často kombinuje individuální i skupinovou terapii. Dle Suché (2013) je tato kombinovaná forma terapie vhodná. Ukázalo se také, že polovina respondentů provádí testování kognitivních funkcí k prevenci demence, zatímco druhá polovina jej nenabízí. Bylo by vhodné zvýšit frekvenci těchto testů, aby mohla být demence včas diagnostikována. To je

důležité, protože většina respondentů (65,5 %) nepoužívá testové metody k detekci demence, a pokud ano, nejčastěji se používají MMSE, MoCA a ACE-R. Testování pomocí těchto testů je doporučováno praktickým lékařům (Holá, Bartoš, 2019). Avšak i ergoterapeuti, kteří mají dostatečnou kompetenci, by screeningové šetření mohli provádět například v nějakém testovacím centru, ulehčit tak práci lékařům a včas podchytit rozvoj demence.

Ergoterapeuti u této cílové skupiny nejčastěji trénují kognitivní funkce, provádí nácvik denních aktivit a soběstačnosti. S tím souhlasí také Clare et al. (2019), kteří zjistili, že kognitivní rehabilitace poskytovaná ergoterapeutem je klinicky účinná v tom, že umožňuje lidem s demencí v raném stadiu zlepšit jejich každodenní fungování a je také nákladově efektivní.

Dále se z výzkumu ukázalo, že ergoterapeuti provádí fyzické cvičení s klienty. Také navrhují používání kompenzačních pomůcek a edukují v jejich používání klienty a mohou také poskytovat poradenství pro pečující. To ve své studii rovněž dokazují McGrath a O'Callaghan (2014), kteří zjistili, že se ergoterapeuti zaměřují především na kognitivní screening, funkční výkonnost a také na návrh a edukaci používání kompenzačních pomůcek.

Méně často se provádějí ergonomické úpravy prostředí, což může být způsobeno tím, že ergoterapeuti zřídka navštěvují domácí prostředí klientů. Když se ergoterapeuti přece jen dostanou ke klientovi s demencí, často už je klient umístěn v institucionální péči, kde by mělo být prostředí již přizpůsobeno. Je to vskutku škoda, protože je důležité, aby ergoterapeuti byli více zapojeni do péče v domácím prostředí klientů, nebo se integrovali do primární péče. Tím by se mohli klienti udržet soběstační déle a zůstat ve svém přirozeném prostředí, což by přineslo úlevu celému systému zdravotní a sociální péče v České republice. Výbornou zahraniční zkušenost ukazují studie, které byly zaměřené na ergoterapii v primární péči u osob s demencí (McGrath, O'Callaghan, 2014). Na důležitost začlenění ergoterapeuta do primární péče poukazují i čeští autoři (Hoidekrová et al., 2022).

Aby se ergoterapeuti mohli více zapojovat do péče, měla by probíhat osvěta celého týmu o práci ergoterapeuta. A nejen osvěta týmu, ale i zvýšená informovanost a navázání spolupráce oboru ergoterapie s praktickými lékaři. Na tuto skutečnost poukázali respondenti v posledních (otevřených) otázkách tohoto výzkumu. Což by mělo být i jedním z témat profesní organizace ergoterapeutů v ČR vzhledem k demografickým změnám v populaci a též zvýšení poptávky po ergoterapii v terénu. Jestliže jde o ergoterapii v domácím prostředí u osob s demencí, nizozemská studie (Wenborn et al., 2021), ukazuje pozitivní výsledky. Právě v Nizozemsku je domácí ergoterapie spojena s vylepšením kvality života neformálních

pečujících a s oddálením přijetí osob s demencí do domovů se zvláštním režimem. Tím se snižuje riziko umístění do institucionální péče. Tato praxe by mohla být v současné době velkým přínosem vzhledem k nedostatku sociálních služeb v systému České republiky.

Data z výzkumu této práce ukázala, že v praxi ergoterapeutů jsou nejčastěji využívány metody, jako je kognitivní trénink, trénink ADL aktivit, reminiscenční terapie, bazální stimulace, muzikoterapie, arteterapie a další. Tyto metody poskytují široké spektrum působnosti v oblasti péče o klienty s demencí. Je důležité poznamenat, že tyto metody nejsou specifické pouze pro ergoterapeuty, ale jsou využívány i sociálními pracovníky, fyzioterapeuty a dalšími členy týmu. Označení těchto metod v dotazníku jako „ergoterapeutické“ je tedy nepřesné, jelikož spadají do obecného repertoáru péče, který je sdílen v rámci týmu. Avšak na otázku v dotazníku odpovídali pouze ergoterapeuti. Tato tvrzení z výzkumu diplomové práce se shodují s výzkumem provedeným v závěrečné práci, kde autorka zkoumala nejčastěji využívané metody ergoterapeutů. Zjistila, že ergoterapeuti často aplikují bazální stimulaci, snoezelen, reminiscenční terapii a validaci dle Naomi Feil, především pro podporu komunikace s klienty a pro sociální interakci. Zahradní terapii, arteterapii a muzikoterapii pak ergoterapeuti využívají při poskytování smysluplných aktivit klientům (Pekařová, 2022). Tyto terapeutické prostředky jsou však využívány v rámci zařízení, kde jsou již pacienti ve středním nebo pokročilém stadiu demence. Prostředky terapie odpovídají stupni onemocnění a zachovalým dovednostem pacientů. A rovněž tomu, kdo je v zařízení poskytuje.

Respondenti vnímají, že hlavním úkolem ergoterapie v péči o osoby s demencí je podpora kognitivních schopností, následně zlepšení funkčnosti a nezávislosti v běžném životě, snížení progresu onemocnění a vylepšení komunikace a sociální interakce. Tento postoj byl zkoumán ve dvou skupinách: u ergoterapeutů a ostatních pracovníků, kteří vyplnili dotazníky, včetně aktivizačních pracovníků, sociálních pracovníků a poskytovatelů sociálních služeb. Obě tyto skupiny se shodly, že primárním cílem ergoterapie v péči o osoby s demencí je podpora kognitivních funkcí a zlepšení funkčnosti a nezávislosti v běžném životě. To naznačuje, že respondenti, kteří reagovali na tuto otázku ohledně pracovních povinností a cílů ergoterapeuta, jsou pravděpodobně dobře informováni.

Při srovnání názorů různých profesí je patrné, že všechny vyjadřují vysokou důležitost ergoterapie. Většina respondentů sdílí pozitivní zkušenosti s ergoterapií, která přispívá k podpoře funkčních schopností a celkové kvality života jedinců s demencí. Ergoterapeuti častěji tuto efektivitu hodnotili jako dobrou, což může být důsledkem nedostatku těchto profesionálů, nejen v oblasti sociálních služeb. Tento nedostatek může

omezovat efektivitu poskytované péče a znemožňovat plné využití potenciálu ergoterapie v rámci péče o osoby s demencí. Avšak je důležité, že většina respondentů vnímá ergoterapii jako důležitou a je potřeba ji více začleňovat. Jak už bylo zmíněno výše, data také prokázala, že ergoterapeuti mají řadu důležitých funkcí také v oblasti pomoci a podpory pro neformální pečující. Vzhledem k tomu, jaké výhody ergoterapie přináší, by měl být tento obor uznáván systémem péče ČR i v sociálních službách a aktivně propagován.

Ergoterapie v péči o osoby s demencí v rámci multidisciplinárního týmu

Dle výsledků výzkumu práce vyplývá, že ergoterapeuti jsou klíčovou součástí multidisciplinárního týmu v péči o osoby s demencí. S tím souhlasí také Jitka Suchá (2013, s. 149), která tvrdí, že „v péči o osoby s demencí by měl být členem multidisciplinárního týmu bezesporu také ergoterapeut“. V odpovědích na dotazníky v práci bylo většinou zmíněno, že ergoterapeuti pravidelně komunikují a spolupracují s týmem. To se shoduje s tvrzením Lupienské (2012), že se ergoterapeuti účastní porad, kdy pravidelně komunikují stav daných klientů, navrhuji společně individuální plán a nastavují specifickou péči s ostatními členy.

Z dat tohoto výzkumu vyplývá, že ergoterapeut v péči o osoby s demencí v rámci týmu poskytuje přímou ergoterapii a sleduje pokrok klientů. Vyhodnocuje potřeby a navrhuje terapeutický plán. Spolupracuje s lékaři a zdravotními sestrami při plánování péče u jednotlivých osob a může poskytnout odborné poradenství a školení ostatním členům týmu. Ergoterapeut také poskytuje efektivní koordinaci péče a plánuje terapie a zvyšuje efektivitu terapeutických intervencí a výsledků péče. Také sděluje odborné znalosti a osvědčené postupy ostatním pracovníkům v týmu a společně s týmem zajišťuje komplexní a holistickou péči. Aby byla poskytnuta komplexní péče seniorům, je nezbytná úzká spolupráce celého týmu. Toto tvrzení podporují nejen respondenti této studie, ale i Dvořáčková a Hrozenská (2013). Podobně i Coninck et al. (2017) zdůrazňují, že ergoterapeut by měl být nedílnou součástí multidisciplinárního týmu v geriatrické péči, přičemž uvádějí řadu výhod spojených s účastí ergoterapeutů v týmu. Ve svém výzkumu uvádí mezi největší výhody ergoterapeuta v týmu to, že dokážou funkčně zhodnotit klienty a s tím vhodně nastavit plán terapie, efektivně odstraňují bariéry v domácím prostředí klientů, které následně zvyšují participaci seniora v jejich prostředí.

Zjištění ukázala, že spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu v ČR je většinou hodnocena jako dobrá až velmi dobrá. Avšak někteří členové týmu vyjádřili názor, že spolupráce je nedostatečná, přičemž hlavním důvodem je nedostatek ergoterapeutů

v sociálních službách a nedostatečná informovanost o profesi ergoterapeuta jak uvnitř týmu, tak veřejnosti. S čímž může souviset výrok Jelínkové a Krivošíkové (2007, s. 13), které uváděly následující „*Jelikož není uplatnění ergoterapie v sociálních službách legislativně stanoveno, přináší to také problémy začlenění odborně způsobilého ergoterapeuta a do multidisciplinárního týmu.*“

Dále bylo také zaznamenáno, že mnoho zařízení si nemůže dovolit zaměstnat ergoterapeuta z finančních důvodů. To může souviset s absencí legislativního uznání role ergoterapeuta v sociálních službách. Respondenti nejčastěji navrhovali, že by toto legislativní zakotvení ergoterapie v zákoně o sociálních službách mohlo pomoci, stejně jako zvýšená informovanost a osvěta, dostupnost kvalifikovaných ergoterapeutů a zlepšená komunikace mezi zdravotnickým a sociálním sektorem. Tyto kroky by měly vést ke zlepšení spolupráce v rámci týmu a zvýšení kvality poskytované péče.

System péče o osoby s demencí v České republice a absence ergoterapie u klientů s demencí

Ve většině zařízení, kde respondenti pracují, poskytují ergoterapii. Menší část zařízení ergoterapii neposkytuje. Respondenti uváděli jako nejčastější důvod neposkytování ergoterapie legislativní omezení. Ve standardech kvality sociálních služeb není ergoterapie stanovena jako požadavek pro registraci služby, proto zařízení často ergoterapeuta nevyhledávají. Ergoterapeut není v zákoně o sociálních službách, a tudíž na mzdy ergoterapeuta zařízení nemají odpovídající finance. Už v roce 2007 ergoterapeutky Jelínková a Krivošíková (2007) poukazyvaly na absenci legislativního zajištění ergoterapie v rámci sociálních služeb. Dále respondenti ve výzkumu této práce uváděli nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek finančních prostředků, nedostatek času nebo úvazku a nedostatečnou poptávku po ergoterapii v domácím prostředí klientů. Tyto absence můžou souviset s legislativním omezením a celkovým nedostatkem ergoterapeutů.

Klíčovým zjištěním je nedostatečná dostupnost ergoterapie pro klienty s demencí v jejich okresech napříč všemi kraji ČR. Téměř ve všech krajích byla potvrzena tato nedostupnost. Ve dvou krajích, Olomouckém a Plzeňském, respondenti dokonce nebyli schopni poskytnout informace o dostupnosti ergoterapie. Tento nedostatek může být spojen s různými problémy zjištěnými v dotaznících, včetně absence legislativního uznání ergoterapie, nedostatku kvalifikovaného personálu a dalších nedostatků. S tím může souviset celkové zapojení ergoterapeutů v oblasti sociálních služeb, kdy z výzkumu z roku 2021 vyplývá, že

pouze 18 % ergoterapeutů z celkem 315 respondentů pracuje v sociálních službách (Rodová, et al., 2021).

Z výzkumu této diplomové práce také vyplynulo, že v systému péče České republiky nejvíce chybí dostatek sociálních služeb. Tento nedostatek je podpořen i daty o dostupnosti sociálních služeb, kde je zřejmé, že mnoho oblastí ČR trpí nedostatkem zařízení a služeb pro osoby s demencí (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2022, 2023). Dále se ukázalo, že je nedostatek personálu, což může být zapříčiněno i nedostatkem financí nejen na mzdy pracovníků v sociálních službách. To koresponduje s výzkumem z roku 2023, kdy 59 % respondentů uvádělo, že se potýkají s nedostatkem pracovníků v sociálních službách a v celé ČR chybí téměř 3000 pracovníků v tomto sektoru, což je třikrát vyšší číslo než z roku 2020 (Horecký, 2023). Na toto poukazuje také Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí (Lukasová et al., 2014, s. 4) „*Nejčastěji zjišťovaným nedostatkem v zařízeních je neodbornost v péči o seniory s demencí, kteří vyžadují péči přizpůsobenou jejich specifickým potřebám. S tím souvisí nedostatek personálu v přímé péči, tj. zdravotních sester a pečovateli*“.

Také bylo zmíněno nedostatečné vzdělání a osvěta veřejnosti o demenci a nabídce služeb pro tyto osoby. Tyto výsledky korespondují s tvrzením v článku Sociální práce a neformální péče (2017). V systému péče rovněž chybí dostatečná spolupráce, koordinace a propojenost systému. Dále se ukázalo, že je systém péče málo zaměřen na podporu rodin a pečujících, kdy tato data potvrzuje také článek od vydavatele Asociace vzdělavatelů v sociální práci a Evropský výzkumný institut sociální práce OU (Sociální práce a neformální péče, 2017). Tento nedostatek potvrzuje řada článků a výroků, jedním z nich je i výrok „*Systém péče o neformálně pečující osoby v Česku prakticky neexistuje*“ (Sociální práce a neformální péče, 2017, s. 33).

Respondenti vidí náročnosti/nedostatky také v nedostatku ergoterapeutů v sociálních službách, a to souvisí opět s výzkumem z roku 2021, kdy Rodová, et al. (2021, s. 132) zmiňují, že ve „*zdravotnictví pracuje 77 % respondentů, 18 % v sociálních službách a 2 % ve vzdělávání*“. Tudiž pouze 18 % ergoterapeutů z celkem 315 respondentů pracovalo v sociálních službách. Jelínková a Krivošíková (2007, s. 13) popsaly v roce 2007 problém, který stále v ČR bohužel přetrvává „*V praxi nejsou ergoterapeuti v sociálních službách zaměstnáváni jako ergoterapeuti dle zákona č. 96/2004Sb., ale jsou vedeni jako pracovníci sociálních služeb*“. A tento nedostatek zmiňovali rovněž respondenti tohoto výzkumu, kdy uváděli, že by mohlo pomoci v systému péče ergoterapii v sociálních službách legislativně zakotvit. Kdy tento návrh byl již několikrát představen a doposud se tento problém v ČR

vyskytuje. Na druhou stranu je zřejmé, že spousta sociálních služeb zahrnuje i ergoterapii, což ukazuje, že poptávka klientů po této službě je značná. Avšak problémem je, že tuto terapii často provádějí pracovníci bez patřičné kvalifikace, což bylo prokázáno rovněž v dotazníku této diplomové práce. Neodborné provedení ergoterapie může vést i k poškození klienta. Jako možné řešení je novelizace zákona č. 108/2006 Sb., která by zařadila ergoterapeuty mezi pracovníky sociálních služeb a stanovila by předpoklady pro výkon této profese, tak jak je tomu v případě legislativy týkající se odborníků v oblasti ergoterapie ve zdravotnictví. Tento návrh byl již předložen v roce 2007, a opět byl předmětem diskuse v otevřených otázkách několika respondentů během tohoto výzkumu.

Posledním zde zmíněným nedostatkem je nedostatečné testování kognitivních funkcí pro včasné odhalení demence a následně adekvátně nastavené léčbě. S tímto je spojena práce podpořena projekty a granty (např. NUDZ) z roku 2019, která zmiňuje a poukazuje na to, že „*Orientační vyšetření paměti by mělo být provedeno vždy, když si pacient stěžuje na poruchy paměti nebo poruchy paměti u pacienta udávají jeho příbuzní.*“ (Holá, Bartoš, 2019, s. 195). Autoři doporučují pro úvodní zhodnocení využít jeden z krátkých testů paměti, jako je například ALBA, POBAV nebo Test kreslení hodin. Pokud tyto testy prokážou patologické výsledky, je doporučováno provést detailnější vyšetření pomocí komplexnějších screeningových testů, jako jsou MMSE nebo MoCA. Jestliže i výsledky těchto testů naznačují patologii, je vhodné zvážit další odeslání pacienta k specialistovi pro podrobnější vyšetření a případné zahájení léčby. „*Čím dříve se podaří počínající kognitivní deficit u pacienta odhalit, tím dříve je možné zahájit odpovídající léčbu a prodloužit dobu, po kterou bude zachována soběstačnost pacienta.*“ (Holá, Bartoš, 2019, s. 195).

4.3 Návrh využití výstupů práce pro praxi

Vzhledem k tomu, že se předpokládá, že prevalence demence se bude stále zvyšovat a ve světě dosáhne přibližně 78 milionů do roku 2030 a 139 milionů do roku 2050 (Shin, 2022), je nezbytné provádět další výzkumy zaměřené na samotné dopady tohoto onemocnění, kvalitu poskytovaných služeb a celkové změny, které s sebou toto onemocnění přináší. Na základě těchto výsledků bude následně možné rozvíjet ergoterapeutickou profesi v této oblasti a poskytnout tak kvalitnější péči pro tyto osoby a rovněž jejich pečovatele.

Výzkum v práci využívá aktuální data a zahrnuje respondenty z celé České republiky. Pravděpodobně jde o jedno z nejrozsáhlejších šetření v této problematice v České republice, s celkovým počtem 352 respondentů. Autorka podobně

rozsáhlý výzkum k dané problematice v ČR nedohledala. Výsledky dotazníkového šetření umožňují zmapování profese ergoterapeutů, rozsahu využívání ergoterapie u osob s demencí, názorů na význam a roli ergoterapeutů v péči o tyto osoby, identifikaci nedostatků v současném systému péče v České republice a formulaci návrhů na jejich zlepšení. Tato zjištění představují klíčové poznatky, které mohou posloužit k dalšímu zdokonalení poskytování péče a k zajištění vyšší kvality života osob s demencí a jejich pečovateli.

Autorka práce považuje získaná data z otevřených otázek, ve kterých se respondenti mohli vyjádřit k systému péče v České republice, za velmi přínosná. Práce nabízí cenné poznatky k problematice, kterou vzhledem k demografickým změnám je nutné řešit a hledat optimální způsoby pomoci a poskytování adekvátních služeb.

Výzkum potvrdil jako možnou bariéru především nezahrnutí ergoterapie v zákoně o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění), ale i nedostatek samotných ergoterapeutů v praxi. Tento fakt potvrzuje také výzkum z roku 2021 Rodová, et al. (2021), kdy pouze 18 % ergoterapeutů z celkem 315 respondentů pracovalo v sociálních službách. Je také vhodné podrobně informovat nejen laickou veřejnost, ale i pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách o možnostech ergoterapie a o práci ergoterapeutů. Rovněž klíčové je zvýšit prestiž práce ergoterapeutů a pracovníků v sociálních službách s cílem motivovat mladší generaci k studiu ergoterapie a zaměstnání v sociálních službách. Tím by se mohl zvýšit počet kvalifikovaných pracovníků v těchto oblastech. Tyto informace by mohly být dále využity státními institucemi s cílem zlepšit a zkvalitnit péči o osoby s demencí.

Pro získání komplexních informací by bylo zajímavé provést průzkum zaměřený přímo na osoby trpící demencí, aby mohly vyjádřit svůj názor a zhodnotit práci a důležitost ergoterapeutů z jejich perspektivy. Vzhledem k tomu, že osoby trpící těžkou formou demence již nemají zachován náhled na situaci, by však bylo obtížné provést takový průzkum. A rovněž by bylo přínosné získat zpětnou vazbu od pečovateli, kteří se starají o osoby s demencí, pokud mají zkušenosti s ergoterapeutickou prací.

Diplomová práce mapovala především situaci v sociálních službách poskytující péči o osoby s demencí. Prokázalo se, že většina ergoterapeutů, pokud v této oblasti působí, pracují v pobytových zařízeních. Naopak velmi málo jsou pokryty ambulantní a terénní služby. Jelikož ale syndrom demence má své sociální, tak zdravotní konsekvence, měla by úhrada ergoterapeutických služeb být kryta také ze zdravotního pojištění. Tedy terénní a ambulantní služby zaměřené především na včasnou diagnostiku, prevenci, podporu zachování

soběstačnosti, edukaci a poradenství pečovateli. Což by mělo být i zájmem zdravotních pojišťoven. Cílem by bylo zajistit, aby byly ergoterapeutické služby dostupné pro všechny klienty, bez ohledu na jejich konkrétní potřeby a místo, kde žijí.

Zde je příležitost i pro Českou asociaci ergoterapeutů, která by mohla iniciovat potřebné kroky k upozornění na budoucí rizika v souvislosti s předpokládaným nárůstem incidence a prevalence onemocnění demencí v populaci. Také možná i úsilí samotných ergoterapeutů pracujících v oblasti péče o osoby s demencí či osobami vyššího věku na jejich společné úsilí v prosazení většího povědomí o oboru a osvěty. Za tímto účelem může vznikat i v rámci profesní organizace klinická skupina odborníků se společným zájmem a snahou o zlepšení dostupnosti a úrovně péče o osoby s demencí v ČR.

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit a zmapovat roli ergoterapeutů v systému péče o osoby s demencí v České republice. Dalším cílem bylo vytvořit podrobné a komplexní zobrazení a zhodnocení role, kterou ergoterapeuti mají v péči o pacienty s demencí, se zaměřením na jejich význam v rámci multidisciplinárního týmu. Posledním cílem bylo zjistit, jak upravit systém péče o osoby s demencí v České republice vzhledem k tomu, že počet osob s demencí stále narůstá. Jedná se o zmapování situace, která zatím v České republice z hlediska ergoterapie nebyla doposud zjišťována. Jde tedy o unikátní průzkum, který mapuje aktuální situaci a poskytuje souborná data o tom, jak je ergoterapie zastoupena v systému péče o osoby s demencí v ČR. Dotazníky byly vyplněny respondenty ze všech krajů, což potvrzuje celorepublikový charakter průzkumu.

V diplomové práci byly formulovány celkem tři hypotézy, jež vycházely z definovaných cílů a analýzy dostupné literatury a zdrojů. První hypotéza předpokládala, že více než 50 % dotázaných uvede, že ergoterapie je důležitou součástí péče o osoby s demencí. Druhá hypotéza předpokládala, že ergoterapie může výrazně přispět ke zlepšení péče o osoby s demencí, pokud je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu. A posledním předpokladem bylo, že dotazování jako nejčastější důvod absence ergoterapeuta budou uvádět legislativní důvody. Výsledky provedeného dotazníkového šetření naznačují, že stanovené pracovní hypotézy byly potvrzeny.

Z výzkumu vyplynulo, že důležitost ergoterapie v systému je pracovníky vnímána, pokud je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu. Většina respondentů se shodla, že to přináší benefity v poskytování efektivní koordinované péče, v plánování terapií a ve zvyšování efektivity terapeutických intervencí. Dále ergoterapeuti poskytují odborné znalosti a osvědčené postupy ostatním členům v týmu a zajišťují tak komplexní a holistickou péči. Díky tomu se zlepšuje i péče o osoby s demencí, jestliže je péče dobře plánovaná, adresná, a právě ergoterapeut v týmu tomu napomáhá. Ze získaných dat se také jeví, že ergoterapeut v multidisciplinárním týmu pravidelně komunikuje a spolupracuje s ostatními profesionály.

Většina respondentů ve svých zařízeních využívá ergoterapii, nicméně téměř třetina ji nenabízí, což jak z výzkumu vyplynulo, je často způsobeno legislativními omezeními a nedostatkem kvalifikovaného personálu. Nedostatek ergoterapeutů v sociálních službách dokazuje rovněž výzkum Rodové (2021), který zjistil, že pouze 18 % ergoterapeutů z celkem 315 respondentů pracuje v sociálních službách. Rovněž je důležité zdůraznit, že často

ergoterapii provádí jiný pracovník, jako je aktivizační pracovník, pečovatel nebo sociální pracovník. Když už je ergoterapie nabízena, pozitivním aspektem je pravidelné poskytování ergoterapie, která kombinuje individuální a skupinovou terapii. Nicméně by bylo vhodné zvýšit frekvenci testování kognitivních funkcí k prevenci demence, neboť většina respondentů nepoužívá tyto testy a mohlo by to pomoci při včasném odhalení demence. Zásadním zjištěním výzkumu je nedostupnost ergoterapie v přiměřené vzdálenosti téměř v každém kraji ČR, což odráží potřebu řešit legislativní nedostatky a nedostatek kvalifikovaného personálu v této oblasti.

Práce ukázala, že systém péče o osoby s demencí v ČR je nedostatečný a je zapotřebí, aby stát podnikl kroky k provádění změn vzhledem k tomu, že počet osob s demencí poroste. Významná většina se domnívá, že je důležité investovat finance do rozvoje nových sociálních služeb, aby byly lépe dostupné pro klienty. Dále práce ukázala, že by finanční zdroje měly být zaměřeny na zajištění dostatečných platů pro personál. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že by bylo vhodné legislativně začlenit ergoterapii jako součást sociálních služeb a stanovit jasné požadavky na kvalifikaci pracovníků, aby se zabránilo nekvalifikovanému provádění ergoterapie, která může klienta poškodit. Dále dotazování uvedli, že zvláštní pozornost by měla být věnována také neformálním pečujícím, kteří jsou často zatíženi. Bylo by také prospěšné, kdyby lékaři více začlenili testování poznávacích funkcí do preventivních kontrol s cílem prevence a časného odhalení demence, což by umožnilo rychlejší zahájení adekvátní léčby. A v neposlední řadě by měla být široká veřejnost informována o demenci, o možnosti využití sociálních služeb a také o ergoterapii, která může výrazně pomoci. Tyto kroky byly zjištěny z výzkumu práce a měly by přispět k poskytování kvalitní a bezpečné péče o osoby s demencí.

Pro získání komplexních informací by bylo zajímavé provést další průzkum zaměřený na pečující a získat tak zpětnou vazbu na ergoterapeutickou péči od pečujících, kteří se starají o osoby s demencí.

Cíle této práce byly dosaženy a hypotézy potvrzeny. I přes některé nedostatky, které se v práci mohou vyskytovat, autorka věří, že práce přinese řadu zajímavých výsledků a může být přínosem v oblasti ergoterapie a sociální sféře. Autorka také doufá v to, že získané informace mohou být přínosná pro další výzkumná šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AARSLAND, Dag, 2020. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry* [online]. **81**(5), 1 [cit. 2023-09-21]. ISSN 1555-2101. doi:10.4088/JCP.AD19038BR1C

Alzheimer's Disease International [online], 2023. [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/what-we-do/partnerships/world-health-organization/who-global-plan-on-dementia/>

APSS ČR, 2019. *SBORNÍK PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE V OBLASTI PÉČE O SENIORY, ZVLÁŠTĚ O SENIORY S DEMENCÍ*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-907053-7-1. ISSN 1803-7348.

BAJTOŠOVÁ, Radoslava, et al., 2021. Nové pohledy na léčbu demence. *Neurologie pro praxi* [online]. **22**(3), 194-200 [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2021/03/04.pdf>

BENNETT, Sally, et al., 2019. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [online]. **9**(11), e026308, 1-11 [cit. 2023-04-19]. ISSN 2044-6055. doi:10.1136/bmjopen-2018-026308

BOLT, Marije, et al., 2019. Scoping review: occupational therapy interventions in primary care. *Primary Health Care Research & Development* [online]. **20**(28), 1-6 [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: doi:10.1017/S146342361800049X

BREIJYEH, Zeinab a Rafik KARAMAN, et al., 2020. Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. *Molecules* [online]. **25**(24), 1-28 [cit. 2022-11-09]. ISSN 1420-3049. doi:10.3390/molecules25245789

BROWN, Cara, et al., 2021. Discrepancy between attitudes and behaviors of family medicine residents towards interprofessional collaborative practice: A mixed methods study. *Journal of Interprofessional Education & Practice* [online]. **23**(100374), 1-7 [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: doi:10.1016/j.xjep.2020.100374

Centrum pro rodinu a sociální péči, 2023. Neformální péče: Role rodiny a problémy pečujících. In: *Centrum pro rodinu a sociální péči* [online]. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://www.crsp.cz/neformalni-pecce-role-rodiny-a-problemy-pecujicich/>

CLARE, Linda, et al., 2019. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias: the GREAT RCT. *Health Technol Assessment* [online]. **23**(10), 1-242 [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: doi:10.3310/hta23100

CONINCK, Leen, et al., 2017. Home – and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. **65**(8), 1863-1869 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.14889>

ČESKO. § 6 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p6-1>

ČESKO. § 6 odst. 1 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p6-1-a>

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 8. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 10. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO. Zákon č. 371/2021 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 10. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-371>

Česká alzheimerská společnost, o.p.s. [online], 2015. Praha: VIZUS [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/>

Česká alzheimerská společnost, 2015. Konzultace. In: *Česká alzheimerská společnost, o.p.s.* [online]. [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/konzultace/>

Česká gerontologická a geriatrická společnost [online], 2023. Praha: Copyright [cit. 2023-10-12]. Dostupné z: <https://www.cggs.cz/spolecnost>

Český statistický úřad, 2004. Populační prognóza ČR do r.2050–N. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2023-11-09]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/populacni-prognoza-cr-do-r2050-n-g9kah2fe2x>

Český statistický úřad, 2021. Demografie Evropy — Vizualizované statistiky. In: *Evropská unie* [online]. [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.czso.cz/staticke/cz/app_estat/demografie_evropy_2021/CZ_CS_demography_final_core/CZ_CS_demography_final_core/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_cs.pdf?lang=cs

Český statistický úřad, 2023. Aktuální populační vývoj v kostce In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

Český statistický úřad, 2023. Pohyb obyvatelstva. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-1-pololeti-2023#>

Český statistický úřad, 2023. Věková skladba obyvatel Česka se výrazně promění. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-skladba-obyvatel-ceska-se-vyrazne-promeni>

Definice ergoterapie. *American Occupational Therapy Association*, 2023 [online]. [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://www.aota.org/about/what-is-ot>

Definice ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů*, 2008 [online]. [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

Definice ergoterapie. *World Federation of Occupational Therapist*, 2012 [online]. [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

DONNELLY, Catherine, et al., 2023. Occupational therapy services in primary care: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development* [online]. **24**(7), 1-18 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: doi:10.1017/S1463423622000123

DRAGOMIRECKÁ, Eva, et al., 2020. *Ti, kteří se starají Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.

EDEMEKONG, Peter, et al., 2023. Activities of Daily Living. In: *StatPearls* [online]. [cit. 2023-11-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

Evropská komise, 2023. Dopad demografických změn v Evropě. In: *Evropská unie* [online]. [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_cs

ELLIS, Graham a Nick SEVDALIS, 2019. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age ageing* [online]. **48**(4), 498-505 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/4/498/5374432?login=false>

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1462-7.

FRANKOVÁ, Vanda, 2016. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi* [online]. **18**(2), 87-90 [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201602-0008_optimalizace_lecby_alzheimerovy_choroby.php

FRANKOVÁ, Vanda, 2017. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. **18**(1), 30-33.

GALE, Seth A., Diler ACAR a Kirk R. DAFFNER, 2018. Dementia. *The American Journal of Medicine* [online]. **131**(10), 1161-1169 [cit. 2023-04-19]. ISSN 00029343. Dostupné z: doi:10.1016/j.amjmed.2018.01.022

GAUTHIER, Serge, et al., 2022. *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. London, England: Alzheimer's Disease International, September 2022.

GEISSLER, Hana, et al., 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Fond dalšího vzdělávání.

GITLIN, Laura N., et al., 2018. Targeting and Managing Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: A Randomized Trial of a Nonpharmacologic Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. **58**(8), 1465–1474 [cit. 2023-05-04]. Dostupné z: doi: 10.1111/jgs.15194

GRAFF, Maud J. L., et al., 2007. Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology: Series A* [online]. **62**(9), 1002–1010 [cit. 2022-11-09]. ISSN 1758-535X. Dostupné z: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/62/9/1002/525876>

HÁJKOVÁ, Lucie, et al., 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-48-8.

HALL, Pippa a Linda WEAVER, 2001. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Interdisciplinarity education and teamwork* [online]. **35**(4), 867-875 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x>

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan, 2015. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.

HENSKENS, Marinda, et al., 2018. The effects of movement stimulation on activities of daily living performance and quality of life in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging* [online]. **30**(13), 805-817 [cit. 2023-10-17]. Dostupné z: doi:10.2147/CIA.S160031

HOIDEKROVÁ, Kristýna, et al., 2022. Multidisciplinární tým v primární péči – spolupráce ergoterapeuta a praktického lékaře. *Praktický lékař* [online]. **102**(6), 295–301 [cit. 2023-11-21]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2022-6-12/multidisciplinarni-tym-v-primarni-peci-spoluprace-ergoterapeuta-a-praktickeho-lekare-133393/download?hl=cs>

HOLÁ, Marie a Aleš BARTOŠ, 2019. Krátké testy kognitivních funkcí do ordinace praktického lékaře. *Praktický lékař* [online]. **99**(5), 191-196 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-5-11/kratke-testy-kognitivnich-funkci-do-ordinace-praktickeho-lekare-119497>

HOLMEROVÁ, Iva, 2007. *VYBRANÉ KAPITOLY Z GERONTOLOGIE*. 3. přepracované a doplněné vydání. Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva, et al., 2022. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 12. © Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-63-1.

HORECKÝ, Jiří, 2023. V sociálních službách chybí třikrát více pracovníků než v roce 2020. *Sociální služby* [online]. **25**(12), 30-31 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://horecky.cz/wp-content/uploads/2023/12/PROSINEC_pracovni.pdf

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUNTER, Elizabeth G. a Pamalyn KEARNEY, 2018. Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **72**(4), 1-10 [cit. 2022-11-03]. ISSN 1943-7676. doi:10.5014/ajot.2018.031062

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*, 2016. Vyd. 2. Praha 7: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9225-0

JAKOVLJEVIČ, Mihajlo, et al., 2023. Úvodník: Globální stárnutí populace – Zdravotní péče, sociální a ekonomické důsledky, ročník II. *Frontiers in Public Health* [online]. 1-3 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2023.1184950

JAKOVLJEVIC, Mihajlo, et al., 2019. The impact of health expenditures on public health in BRICS nations. *Journal of Sport and Health Science* [online]. **8**(6), 516-519 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jshs.2019.09.002

JAKOVLJEVIC, Mihajlo, et al., 2016. Editorial: Health Care Financing and Affordability in the Emerging Global Markets. *Frontiers in Public Health* [online]. **2**(4), 1-2 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2016.00002

JANKOVSKÝ J., 2006. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska, 2. doplněné vydání. Praha: Triton, ISBN 807254-730-5.

JAROLÍMOVÁ, Eva a Martina MÁTLOVÁ, 2019. *Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele*. 2. Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-46-4.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368110-2.

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ, 2007. Koncepce oboru ergoterapie. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 1-16 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

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

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2019. Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory: Kvantitativní výzkum. In: *MUNI* [online]. [cit. 2023-12-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/07-quantitativni.html

- KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.
- KRÁTKÁ, Anna, 2008. *Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory: sborník příspěvků z konference Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory, pořádané v rámci projektu GA ČR*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 8073187884.
- KRINGOS, Dionne, et al., 2015. Building primary care in a changing Europe. In: *World Health Organization* [online]. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472699-1.
- KUMAR, Prakash, et al., 2014. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International Archives of Internal Medicine* [online]. 7(26) [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: doi:10.1186/1755-7682-7-26
- KUMAGAI, Narimasa, 2021. Valuation of health losses of women with multiple roles using a well-being valuation approach: Evidence from Japan. *PLoS ONE* [online]. 16(5), 1-13 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0251468
- LUKASOVÁ, Marie, et al., 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí* [online]. Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 2024-03-12]. ISBN 978-80-87949-04-7. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ochrance.cz/uploads-import/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf
- LUPIENSKÁ, Natálie, 2012. Ergoterapie v geriatrici, ergoterapie v domově Sue Ryde. *Informační Bulletin ČAE* [online]. 5(1), 4 [cit. 2024-02-09]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2012_1.pdf
- MANSELL, Jim, et al., 2007. *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: main report. University of Kent, Canterbury, UK.
- MARSHALL, Gad A., et al., 2011. Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dementia* [online]. 7(3), 300-308 [cit. 2022-11-30]. ISSN 1552-5279. doi:10.1016/j.jalz.2010.04.005
- MÁTLOVÁ, Martina et al., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016* [online]. Praha: Česká alzheimerská společnost [cit. 2022-11-30]. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>
- MCGRATH, Margaret a Claire O'CALLAGHAN, 2014. Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 61(2), 92-101 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1440-1630. doi:10.1111/1440-1630.12081

Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021. Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2023-10-26]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcf-e555-c291-1005da36d02e

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022. Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pecce-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018. 5. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

MOGRABI, Daniel et al., 2017. The impact of dementia, depression and awareness on activities of daily living in a sample from a middle-income country. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. **33**(6), 807-813 [cit. 2023-10-17]. Dostupné z: [doi:10.1002/gps.4765](https://doi.org/10.1002/gps.4765)

MPSV, 2017. Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). In: *Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>

MPSV, 2018. „Zpráva o plnění Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“ za rok 2017. Praha. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Zprava_o_plneni_NAP_za_2017.pdf/6411082a-44ee-b620-fe74-1a2983cef8ec

MPSV, 2022. MPSV podpoří z evropských zdrojů služby pro rodiny a neformální péči. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/mpsv-podpori-z-evropskych-zdroju-sluzby-pro-rodiny-a-neformalni-peci>

Multidisciplinary Team Care, 2014. In: *NSW Health* [online]. [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.health.nsw.gov.au/healthone/Pages/multidisciplinary-team-care.aspx>

MUTLOVÁ, Olga, 2019. Co je neformální péče. In: *Alfabet* [online]. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/pecce-o-dite/co-je-neformalni-pecce/>

NANCARROW, Susan, et al., 2013. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* [online]. **11**(19), 1-11 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662612/>

NAPAN – *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030, 2021.*

NAPDZ – Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020.

Národní zdravotnický informační portál, 2023 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 28.09.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

Národní zdravotnický informační portál, 2023 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 04.12.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

PADILLA, René, 2011. Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Occupational Therapy Association* [online]. **65**(5), 523-531 [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2011.002618

PEKAŘOVÁ, Anežka, 2022. *Ergoterapie v zařízení sociálních služeb*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci – Fakulta zdravotnických věd - Ústav klinické rehabilitace.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-14]. ISBN 978-80-247-6672-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/demence-1286770/#>

PIDRMAN, Vladimír, 2007. DEMENCE – 1. ČÁST: DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA. *Medicína pro praxi* [online]. **2**(2), 83-88 [cit. 2023-09-22]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>

PIMOUGUET, Clément, et al., 2019. Maintenance of occupational therapy (OT) for dementia: protocol of a multi-center, randomized controlled and pragmatic trial. *BMC Geriatrics* [online]. **19**(35), 1-7 [cit. 2022-11-10]. ISSN 1471-2318. doi:10.1186/s12877-019-1046-x

POZZI, Christian, et al., 2021. *Occupational Therapy for older people*. Switzerland: Springer Nature Switzerland. ISBN 978-3030357337.

PROVAZNÍKOVÁ, Eva a Zdeněk KALVACH, 2016. *RADY PRO PEČUJÍCÍ O ČLOVĚKA S DEMENCÍ*. Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-16-7.

PUNCH, Keith, 2015. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0980-5.

RAO, Ashwini, et al., 2014. Systematic Review of the Effects of Exercise on Activities of Daily Living in People With Alzheimer's Disease. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. **68**(1), 50-56 [cit. 2023-10-17]. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2014.009035

RODOVÁ, Zuzana, et al., 2021. Profil profese ergoterapie v České republice. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. **28**(3), 132-138 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: doi:10.48095/ccrhfl2021132

RICHARDS, Kieva, et al., 2024. Role of occupational therapy in person-centred dementia care: Exploring family member and clinician perceptions. *Australasian Journal on Ageing* [online]. 1-8 [cit. 2024-02-09]. ISSN 1741-6612. Dostupné z: doi:10.1111/ajag.13269

RITTER-RAUCH, Ruth, 2014. *Život s demencí – Tipy pro rodinné příslušníky a pečující osoby* [online]. 2. Švýcarský spolek pro Alzheimerovu chorobu [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.apsscr.cz/files/files/%C5%BDivo t%20s%20demenc%C3%AD_Tipy%20pro%20rodinn%C3%A9%20p%C5%99%C3%ADslu %C5%A1n%C3%ADky.pdf

SAHOO, Monalisa, et al., 2023. Contemporary Universal Health Coverage in India – The Case of Federal State of Odisha (Orissa). *Risk Management and Healthcare Policy* [online]. **2023**(16), 1131-1143 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:10.2147/RMHP.S406491

SHIN, Joon-Ho, 2022. Dementia Epidemiology Fact Sheet 2022. *Annals of rehabilitation medicine* [online]. **46**(2), 53–59 [cit. 2023-05-04]. ISSN 2234-0653. doi:10.5535/arm.22027

SLACHEVSKY, Andrea, et al., 2019. Mapping the neuroanatomy of functional decline in Alzheimer's disease from basic to advanced activities of daily living. *Journal of Neurology* [online]. **266**(6), 1310-1322 [cit. 2022-11-30]. ISSN 1432-1459. doi:10.1007/s00415-019-09260-w

Sociální práce a neformální péče, 2017. *Sociální práce* [online]. **17**(6), 170 [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf

SOMÉ, Navegando, et al., 2020. Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine* [online]. **264**(113310) [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2020.113310

Standardy kvality sociálních služeb, 2007. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2024-04-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ 2022, 2023. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 117 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2022.pdf/23e3cc59-82bb-40bd-69be-94e5f9eac084

SUGAHARA, Takuma, et al., 2020. Predictors of (in)efficiencies of Healthcare Expenditure Among the Leading Asian Economies – Comparison of OECD and Non-OECD Nations. *Risk Management and Healthcare Policy* [online]. **2020**(13), 2261–2280 [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: doi:10.2147/RMHP.S266386

SUCHÁ, Jitka, 2013. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatric a Gerontologie*. **2**(3), 149-151.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, et al., 2021. *DEMENCE hodnoticí techniky a nástroje* [online]. Grada. ISBN 978-80-271-4359-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/demence-1286812/>

TOMEŠ, Igor, 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-868-5.

TOMEŠOVÁ, Irena, 2003. Příspěvek k reformě sociálních služeb v rámci spolupráce s MPSV. In: *Bulletin pro podporu a rozvoj lidských zdrojů* [online]. Praha: © Národní vzdělávací fond, s. 4 [cit. 2023-12-12]. ISSN 1212-9720. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://old.nvf.cz/profuturo/2003_6/2003_6.pdf

TRANTAFILLOU, Judy, et al., 2010. Informal care in the long-term care system. In: *European centre for social welfare policy and research* [online]. [cit. 2023-12-12]. Dostupné z: file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010.pdf

TROJAN, Stanislav a Miloš LANGMEIER, 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 772 s. ISBN 80-247-0512-5

TISHER, Annaya a Arash SALARDINI, 2019. A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. *Seminars in Neurology* [online]. **39**(2), 167-178 [cit. 2023-10-14]. Dostupné z: [doi:10.1055/s-0039-1683408](https://doi.org/10.1055/s-0039-1683408)

United Nations, 2017. World Population Ageing. In: *United Nations* [online]. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf

United Nations, 2022. Global population growth: 10.9 billion people in 2100. In: *United Nations* [online]. [cit. 2023-11-09]. Dostupné z: <https://finlord.cz/2022/03/vyvoj-globalni-populace-109-miliardy-lidi-roce-2100/>

Úřad práce ČR, 2023. Příspěvek na péči. In: *Úřad práce ČR* [online]. [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>

Visualizing The European Union's Aging Population by 2100, 2022. In: *Visual Capitalist* [online]. [cit. 2023-11-09]. Dostupné z: <https://www.visualcapitalist.com/cp/eu-population-by-2100/>

VUKOVIĆ, M., et al., 2012. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public Health* [online]. **126**(8), 710-718 [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: [doi:10.1016/j.puhe.2012.03.008](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.008)

VYHNÁLEK, Martin, et al., 2011. Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? Výsledky průzkumu ve světle nových doporučení. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **12**(5), 352-358 [cit. 2023-09-18]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/13.pdf>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. [online], 2007. Praha: Copyright [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/>

WARD, Katherine a David REUBEN, 2023. Comprehensive geriatric assessment. In: *UpToDate* [online]. [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>

WENBORN, Jennifer, et al., 2021. Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID]) study: A single-blind, randomised controlled trial. *PLOS Medicine* [online]. **18**(1), 1-19 [cit. 2023-11-14]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pmed.1003433

World health organization, 2017. *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025* [online]. Ženeva: World Health Organization [cit. 2022-11-30]. ISBN 978-92-4-151348-7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>

World health organization, 2019. *ISupport For Dementia: Training and support manual for carers of people with dementia* [online]. Ženeva [cit. 2023-04-14]. ISBN 978-92-4-151586-3. Dostupné z: file:///C:/Users/uzivatel/Downloads/9789241515863-eng.pdf

Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, 2020.

ZUCHELLA, Chiara, et al., 2018. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Frontiers in Neurology* [online]. **9**(1058), 1-22 [cit. 2022-11-11]. ISSN 1664-2295. doi:10.3389/fneur.2018.01058

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9974-7.

ZVĚŘOVÁ, Martina, et al., 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-01]. ISBN 978-80-271-3465-6. Dostupné z: Bookport (kolekce zdravotnictví, byznys, technika, společenské vědy)

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-------|--|
| ACE-R | Addenbrookský kognitivní test |
| AD | Alzheimerova choroba |
| ADL | běžné denní činnosti |
| a-ADL | pokročilé denní činnosti |
| ALBA | Amnesia Light and Brief Assessment |
| AN | Alzheimerova nemoc |
| AOTA | Americká asociace ergoterapeutů |
| angl. | angličtina |
| apod. | a podobně |
| atd. | a tak dále |
| BPSD | behaviorální a psychologické („neuropsychiatrické“) symptomy demence |
| CNS | centrální nervová soustava |
| CT | výpočetní tomografie |
| ČAE | Česká asociace ergoterapeutů |
| ČALS | Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. |
| ČR | Česká republika |
| EEG | elektroencefalografie |
| GAP | globální akční plán |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti) |
| iADL | instrumentální všední denní činnosti |
| mj. | mimo jiné |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů |
| MMSE | Mini Mental State Exam (krátký test kognitivních funkcí) |

| | |
|-------|--|
| MoCA | Montrealský kognitivní test |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| MR | magnetická rezonance |
| MZČR | Ministerstvem zdravotnictví České republiky |
| NAPAN | Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění |
| NAPDZ | Národní akční plán pro duševní zdraví |
| např. | například |
| NDP | Národní plán demence |
| OT | ergoterapie (z angl. Occupational therapy) |
| pADL | personální všední denní činnosti |
| POBAV | Test pojmenování obrázků a jejich vybavení |
| TAP | Tailored Activity Program |
| tj. | to je |
| TSH | tyreotropin (hormon) |
| tzn. | to znamená |
| tzv. | takzvaně |
| USD | Americký dolar |
| WFOT | Světová federace ergoterapeutů |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 2.1 – Rozdělení podle MKN-10 – základní rozdělení..... | 14 |
| Tabulka 2.2 – Rozdělení demencí podle MKN-10 – podrobné dělení do čtyřmístných položek..... | 15 |
| Tabulka 3.1 – Pohlaví respondentů | 46 |
| Tabulka 3.2 – Věk respondentů..... | 46 |
| Tabulka 3.3 – Používání standardizovaných metod dle povolání | 54 |
| Tabulka 3.4 – Hlavní cíl ergoterapie – porovnání z pohledu povolání | 59 |
| Tabulka 3.5 – Názor na důležitost ergoterapie v péči o osoby s demencí z pohledu povolání | 61 |
| Tabulka 3.6 – Zkušenost s efektivitou ergoterapie z pohledu povolání | 62 |
| Tabulka 3.7 – Ne/dostupnost ergoterapie dle krajů..... | 65 |
| Tabulka 3.8 – Hodnocení spolupráce ergoterapeutů s dalšími profesionály z pohledu povolání | 67 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 3.1 – Povolání respondentů..... | 46 |
| Graf 3.2 – Kraj a místo působení respondentů..... | 47 |
| Graf 3.3 – Typ zařízení, ve kterém respondent působí..... | 48 |
| Graf 3.4 – Stadium demence klientů/pacientů..... | 48 |
| Graf 3.5 – Typ demence převažující u osob, se kterými respondent pracuje..... | 49 |
| Graf 3.6 – Důvod neposkytování ergoterapie..... | 50 |
| Graf 3.7 – Profese poskytující ergoterapii..... | 51 |
| Graf 3.8 – Personální stav ergoterapeutů..... | 52 |
| Graf 3.9 – Frekvence ergoterapeutických intervencí..... | 52 |
| Graf 3.10 – Typ ergoterapie..... | 53 |
| Graf 3.11 – Používání standardizovaných metod pro odhalení demence (n=223 respondentů, bylo možné uvést více typů testů)..... | 54 |
| Graf 3.12 – Typy aktivit a terapií poskytované ergoterapeutem..... | 55 |
| Graf 3.13 – Používání ergoterapeutických metod..... | 56 |
| Graf 3.14 – Nejčastěji využívané metody v péči o klienty s demencí..... | 57 |
| Graf 3.15 – Hlavní cíl ergoterapie v péči o osoby s demencí..... | 58 |
| Graf 3.16 – Dovednosti ergoterapeutů..... | 60 |
| Graf 3.17 – Důležitost ergoterapie..... | 60 |
| Graf 3.18 – Zkušenost s efektivitou ergoterapie..... | 62 |
| Graf 3.19 – Význam ergoterapie..... | 63 |
| Graf 3.20 – Druh poskytované ergoterapeutické pomoci pro pečující..... | 64 |
| Graf 3.21 – Nedostupnost ergoterapie..... | 64 |
| Graf 3.22 – Role ergoterapeutů ve srovnání s ostatními profesionály..... | 66 |
| Graf 3.23 – Hlavní problémy v nedostatečné spolupráci týmu..... | 68 |
| Graf 3.24 – Návrhy na zlepšení nedostatečné spolupráce..... | 69 |
| Graf 3.25 – Podíl ergoterapie ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy..... | 69 |
| Graf 3.26 – Integrace ergoterapie v multidisciplinárním týmu..... | 70 |
| Graf 3.27 – Role ergoterapeuta v rámci multidisciplinárního týmu..... | 71 |
| Graf 3.28 – Význam spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními členy týmu..... | 71 |
| Graf 3.29 – Co v systému péče o osoby s demencí v České republice chybí..... | 73 |
| Graf 3.30 – Nejdůležitější aspekty v péči o osoby s demencí..... | 74 |
| Graf 3.31 – Obtíže/náročnosti/nedostatky v systému péče o osoby s demencí v České republice..... | 76 |
| Graf 3.32 – Návrhy na změny v systému péče České republiky..... | 77 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 2.1 – projekce vývoje obyvatelstva ČR ve věkových kategoriích 0-64, 65-79, 80+ v % (2000-2050)..... | 5 |
| Obrázek 2.2 – stárnutí populace EU rok 2021 a 2100..... | 7 |
| Obrázek 2.3 – vývoj a jednotlivé charakteristiky světové populace od roku 1950 do roku 2100..... | 7 |
| Obrázek 3.1 – fáze kvantitativního výzkumu..... | 40 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník poskytovatelům sociálních služeb a ergoterapeutům zaměřených na péči o osoby s demencí

Příloha č. 2 – Některé konkrétní odpovědi respondentů na otevřené otázky

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník poskytovatelům sociálních služeb a ergoterapeutům zaměřených na péči o osoby s demencí

Dotazník poskytovatelům sociálních služeb a ergoterapeutům zaměřených na péči o osoby s demencí

Dobrý den, vážené paní, vážení pánové,

Jmenuji se Marie Miovská, jsem studentka navazujícího magisterského programu Ergoterapie pro dospělé na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tento dotazník je součástí sběru dat pro mou diplomovou práci. Cílem práce je zjistit a zmapovat roli ergoterapeutů v systému péče o osoby s demencí v České republice. Dalším cílem je vytvořit podrobné a komplexní zobrazení a zhodnocení role, kterou ergoterapeuti mají v péči o osoby s demencí, se zaměřením na jejich význam v rámci multidisciplinárního týmu. Dotazník je určen poskytovatelům sociálních služeb zaměřených na péči o osoby s demencí a ergoterapeutům, kteří v současnosti pracují v České republice s klienty trpícími demencí. Vaše účast na tomto výzkumu je dobrovolná a data budou zpracována anonymně. Dotazník zabere přibližně 10 minut.

Předem Vám děkuji za vyplnění.

Poznámka: dotazník je rozesílán opakovaně. Pokud jste ho již dříve vyplňovali, děkuji za vyplnění a již ho znovu prosím nevyplňujte.

Údaje o autorce a diplomové práci:

Autorka: Bc. Marie Miovská – studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Akademický rok 2023/2024

Název diplomové práce: Úloha ergoterapie v systému péče o osoby s demencí v České republice

Osnova dotazníku

1. stránka - Obecné informace o Vás a zařízení, ve kterém pracujete nebo poskytujete péči klientům s demencí
2. stránka - Role a práce ergoterapeuta v péči o klienty s demencí v České republice
3. stránka - Subjektivní názor na práci ergoterapeuta u klientů s demencí
4. stránka - Význam ergoterapie v rámci multidisciplinárního týmu (ve Vašem zařízení/v České republice)
5. stránka - Význam péče a návrhy změn systému péče o osoby s demencí v České republice

Dotazník poskytovatelům sociálních služeb a ergoterapeutům zaměřených na péči o osoby s demencí

1 Vaše povolání

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ergoterapeut Zřizovatel sociální služby zaměřené na péči o osoby s demencí (ředitel, manažer, vedoucí pracovník,...)
- Jiné (uvedte): (jestliže jiné, na další otázky prosím neodpovídejte)

2 Vaše pohlaví

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Žena Muž Jiné

3 Váš věk

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Do 25 let 26-35 let 36-45 let 46-55 let Více než 56 let

4 Kraj České republiky, ve kterém pracujete

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Hlavní město Praha Středočeský kraj Jihočeský kraj Plzeňský kraj Karlovarský kraj
- Ústecký kraj Liberecký kraj Královéhradecký kraj Pardubický kraj Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj Olomoucký kraj Zlínský kraj Moravskoslezský kraj

5 Typ zařízení, ve kterém pracujete (v případě více možností označte vše)

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pobytové sociální služby – domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby – pobytová forma | <input type="checkbox"/> Terénní sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby – terénní forma, tísňová péče | <input type="checkbox"/> Ambulantní sociální služby – denní stacionář, centra denních služeb | <input type="checkbox"/> Pobytové zdravotní služby – následná péče (např. léčebný ústav, rehabilitace, nemocnice, ...), hospicová péče (např. hospic), psychiatrická péče (např. geriatrické centrum, nemocnice,...) |
| <input type="checkbox"/> Terénní zdravotní služby – domácí zdravotní péče (např. domácí péče, domácí ošetrovatelská péče,...) | <input type="checkbox"/> Ambulantní zdravotní služby – neurologická/psychiatrická/geriatrická ambulance | | |
| <input type="checkbox"/> Jiné (uvedte): <input type="text"/> | | | |

6 Které stadium demence převažuje u osob, s kterými pracujete?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- První stadium - počínající nebo mírná demence Druhé stadium - středně pokročilá demence, středně těžká demence Třetí stadium - pokročilá demence, těžká forma demence

7 Jaký typ demence převažuje u Vašich pacientů/klientů?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primárně degenerativní demence (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, Frontotemporální demence) | <input type="checkbox"/> Sekundární/symptomatické a smíšené (Ischemicko-vaskulární demence, metabolické demence, toxické demence, při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorobě,...) | <input type="checkbox"/> Ostatní smíšené demence (smíšená Alzheimerova/vaskulární, ...) |
|--|--|---|

8 Poskytujete ve Vašem zařízení pacientům/klientům ergoterapeutickou péči?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ano Ne

9 Pokud u Vás ergoterapii neposkytujete, stručně uveďte proč.

Nápověda k otázce: *Stručně popište.*

10 Pokud je poskytována v jakémkoliv rozsahu, kdo ji poskytuje? (Pokud jste ergoterapeut/ka, pokračujte ve vyplňování dalších otázek až do konce. Pokud jste kdokoliv jiný, pokračujte prosím až otázkami č. 35–38)

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ergoterapeut Fyzioterapeut Sociální pracovník Aktivizační terapeut Klíčový pracovník
- Pečovatel Ergoterapie není poskytována
- Jiné (uveďte):

11 Jaký je personální stav ergoterapeutů ve Vaší organizaci specializovaných na péči o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Nemáme žádné ergoterapeuty v naší organizaci Nemáme ergoterapeuty specializované na péči o osoby s demencí Máme omezený počet ergoterapeutů specializovaných na péči o osoby s demencí Máme dostatečný počet ergoterapeutů specializovaných na péči o osoby s demencí
- Máme speciální tým ergoterapeutů zaměřený výhradně na péči o osoby s demencí Nevím

12 Jak často jsou ergoterapeutické intervence prováděny u osob s demencí ve Vaší organizaci?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Pravidelně - více než 2x týdně Občas - 1-2x týdně Zřídka - méně než 1x týdně Vůbec

13 Jaký typ terapie ergoterapeut poskytuje ve Vašem zařízení?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Individuální terapii Skupinovou terapii Obojí

14 Nabízíte testování kognitivních funkcí k prevenci demence?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ano Ne

15 Nabízíte ergoterapeutické aktivity k prevenci demence?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ano Ne

16 Používáte ve své praxi standardizované testové metody k odhalení demence?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ne
 Ano (uvedte jaké):

17 Jaké typy aktivit a terapie poskytují ergoterapeuti osobám s demencí?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fyzické/kondiční cvičení | <input type="checkbox"/> Kognitivní trénink a paměťové cvičení | <input type="checkbox"/> Návčik denních aktivit a soběstačnosti | <input type="checkbox"/> Ergonomické úpravy prostředí |
| <input type="checkbox"/> Návrh a edukace používání kompenzačních pomůcek | <input type="checkbox"/> Poradenství pro rodinné příslušníky | | |

18 Jaké specifické ergoterapeutické metody nebo programy používáte při péči o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Neaplikujeme specifické metody nebo programy ergoterapie pro osoby s demencí Používáme obecné ergoterapeutické metody a upravujeme je pro osoby s demencí Používáme specifické ergoterapeutické metody navržené pro osoby s demencí Používáme kombinaci specifických ergoterapeutických metod pro různá stadia demence

19 Jaké ergoterapeutické metody často využíváte při péči o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reminiscenční terapie | <input type="checkbox"/> Kognitivní trénink/stimulace | <input type="checkbox"/> Umělecká terapie (arteterapie) | <input type="checkbox"/> Terapie zaměřená na činnosti denního života (ADL) | <input type="checkbox"/> Biografie klienta |
| <input type="checkbox"/> Bazální stimulace | <input type="checkbox"/> Montessori přístup k osobám s demencí | <input type="checkbox"/> Metoda validace Naomi Feil | <input type="checkbox"/> Muzikoterapie | <input type="checkbox"/> Zooterapie |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapie | <input type="checkbox"/> Snoezelen | <input type="checkbox"/> Žádné | | |
| <input type="checkbox"/> Jiné (uvedte): | <input type="text"/> | | | |

20 Jaký je hlavní cíl ergoterapie při péči o osoby s demencí ve Vašem zařízení/v České republice?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zpomalit progresi demence | <input type="checkbox"/> Zlepšit funkčnost a nezávislost v každodenním životě | <input type="checkbox"/> Zlepšit komunikaci a sociální interakce | <input type="checkbox"/> Podporovat kognitivní schopnosti |
| <input type="checkbox"/> Nevím | | | |
| <input type="checkbox"/> Jiný (uvedte): | <input type="text"/> | | |

21 Jaké dovednosti by měli mít ergoterapeuti v České republice pro efektivní péči o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Komunikace a interakce s osobami s demencí | <input type="checkbox"/> Plánování a provádění terapeutických aktivit | <input type="checkbox"/> Hodnocení a monitorování funkčních schopností | <input type="checkbox"/> Vedení terapeutických skupin |
| <input type="checkbox"/> Hodnocení a monitorování kognitivních funkcí | <input type="checkbox"/> Nevím | | |
| <input type="checkbox"/> Jiné (uvedte): | <input type="text"/> | | |

22 Jaký je Váš názor na důležitost ergoterapeutické péče v systému péče České republiky o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Velmi důležitá Středně důležitá Méně důležitá Nedůležitá

23 Jaká je Vaše zkušenost s efektivitou ergoterapeutické péče v České republice v podpoře funkčních schopností a kvality života osob s demencí?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Výborná Chvalitebná Dobrá Dostatečná Nedostatečná Nemám žádnou zkušenost

24 Jaký je podle Vás význam ergoterapie v péči o osoby s demencí v České republice?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Ergoterapii pro osoby s demencí nevnímám jako významnou Podporuje rozvoj schopností a dovedností Pomáhá snižovat zátěž rodin a pečovatelů Přispívá ke snížení negativních symptomů demence (např. úzkost, deprese)
- Zlepšuje kvalitu života a pohodu pacientů/klientů Nevím
- Jiné (uvedte):

25 Jakým způsobem ergoterapeuti v České republice poskytují pomoc pečujícím o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Poskytují poradenství a edukaci rodinným pečovatelům Pomáhají rodinným pečovatelům vyvinout strategii pro zvládání obtíží Nabízejí psychosociální podporu a emocionální oporu Pomáhají organizovat a upravovat domácí prostředí pro zlepšení péče
- Ergoterapie nemá žádnou důležitou roli pro pečující o osoby s demencí Nevím
- Jiné (uvedte):

26 Jaká je dostupnost ergoterapie pro osoby s demencí v České republice?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ergoterapie je dostupná pro každého pacienta/klienta s demencí v rozumné dojezdové vzdálenosti (v rámci okresu, ve kterém klient žije) Ergoterapie je nedostupná pro pacienty/klienty s demencí v rozumné dojezdové vzdálenosti Nevím

27 Jaká je role ergoterapeutů ve Vašem zařízení o osoby s demencí v porovnání s ostatními zdravotnickými a sociálními profesionály?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Ergoterapeuti mají marginální roli ve srovnání s ostatními profesionály
- Ergoterapeuti mají omezenou roli ve srovnání s ostatními profesionály
- Ergoterapeuti mají podstatnou roli ve srovnání s ostatními profesionály
- Ergoterapeuti jsou klíčovou součástí týmu péče o osoby s demencí
- Nevím

28 Jak byste hodnotil/a spolupráci mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály v rámci péče o osoby s demencí ve Vašem zařízení/v České republice?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Výborná Velmi dobrá Dobrá Dostatečná Nedostatečná Nevím

29 Jestliže jste v předchozí otázce hodnotil/a spolupráci mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály jako "nedostatečná", co vnímáte jako hlavní problém?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

30 Jestliže jste v předchozí otázce hodnotil/a spolupráci mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály jako "nedostatečná", co by spolupráci mohlo zlepšit?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

31 Jaký je podíl ergoterapie ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy v péči o osoby s demencí ve Vaší organizaci?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Významný Střední Malý Zanedbatelný

32 Do jaké míry se ergoterapeuti integrují do multidisciplinárního týmu ve Vaší organizaci?

Nápověda k otázce: *Označte jen jednu možnost.*

- Pravidelná komunikace a spolupráce Ojedinelá komunikace a spolupráce Minimální nebo žádná komunikace a spolupráce

33 Jakou roli hrají ergoterapeuti v rámci multidisciplinárního týmu v péči o osoby s demencí ve Vaší organizaci/v České republice?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Poskytují odborné poradenství a školení ostatním členům týmu Spolupracují s lékaři a zdravotními sestrami při plánování péče Vyhodnocují potřeby klientů a navrhnou individuální terapeutický plán Poskytují přímou ergoterapii a sledují pokrok klientů
- Nehrají žádnou důležitou roli v rámci multidisciplinárního týmu péče o osoby s demencí
- Jinou (uvedte):

34 Jaký je význam spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními profesionály v péči o osoby s demencí?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Zajišťuje komplexní a holistickou péči Poskytuje efektivní koordinaci péče a plánování terapie Zvyšuje efektivitu terapeutických intervencí a výsledků péče Podporuje sdílení odborných znalostí a osvědčených postupů
- Jiný (uvedte):

35 Co Vám v systému péče o osoby s demencí v České republice chybí?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

36 Co Vy osobně, jako pracovník podílející se na péči o osoby s demencí, považujete za nejdůležitější v péči?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

37 V čem Vy osobně, coby pracovník podílející se na péči o osoby s demencí, spatřujete obtíže/náročnost/nedostatky v systému péče o tyto klienty/pacienty?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

38 Co by podle Vás mohlo stávající situaci v péči o osoby s demencí v České republice zlepšit?

Nápověda k otázce: *Stručně popište Vaše poznatky.*

Příloha č. 2 – Některé konkrétní odpovědi respondentů na otevřené otázky

Autorka diplomové práce níže přikládá některé vybrané konkrétní odpovědi od respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a odpovídali na otevřené otázky. V dotazníku se objevilo spoustu významných a zajímavých odpovědí, bohužel nelze tady zahrnout všechny, proto alespoň malá ukázka těchto důležitých názorů. Autorka cituje přímo a v závorce je uvedeno pouze „R“ jako respondent a číslo respondenta, aby zachovala anonymitu.

9. otázka – Pokud u Vás ergoterapii neposkytujete, stručně uveďte proč.

- *„V sociálních službách nezaplatíme ergoterapeuta. Používáme tedy terapie s prvky ergoterapie“ (R-23),*
- *„Byl u nás ergoterapeut. Bohužel není to v tomto typu zařízení pro mladého ergoterapeuta zajímavá práce. Nikam se profesně neposouvá.“ (R-42),*
- *„Nemáme finanční prostředky pro poskytování cílené, odborné ergoterapie - vytvoření pracovního místa ergoterapeut“ (R-60),*
- *„V pravém slova smyslu Ergoterapii neposkytujeme prostřednictvím kvalifikovaného ergoterapeuta. Nicméně dlouhodobě máme zavedenu aktivizační činnost na které se podílejí aktivizační pracovníci - pracovník v soc., službách s adekvátním a dostupným kurzem. Jinak individuálně prostřednictvím zdravotní sestry, mimo rámec vykazovatelné péče.“ (R-93),*
- *„Cílená ergoterapii neposkytujeme. Není zde žádný vyškolený ergoterapeut a také i kdyby byl, tak si nejsem jistá, zda by ho "vedení" přijalo, aby se "zaplatil"...“ (R-94),*
- *„Jsme terénní pečovatelská služba, v přímé práci máme pouze pečovatelky. Bylo by dobré, kdyby byl v týmu ergoterapeut, ale systém je nastaven tak, že tuto pozici nemáme jak zaplatit a za plat pečovatelky ergoterapeuta nenajdeme.“ (R-102),*
- *„Ergoterapeut není dostupný na trhu práce, postačil by nám zkrácený úvazek“ (R-153),*
- *„První důvod - nenalezli jsme ergoterapeuta, Druhý důvod - nemůžeme nabídnout zajímavé finanční ohodnocení“ (R-203),*
- *„Máme pouze aktivizačního pracovníka na 0.5 úvazku. Dále dva SP na 2.0 úvazku. AP si hradíme z vlastních zdrojů. Jde tedy zejména o finanční stranku. Ergoterapeut nejde podpořit z přímých nakladu orgabizqce.“ (R-243),*
- *„provádíme, ale provádí aktivizační pracovníce, ne ergoterapeut“ (R-262),*

- „Ergoterapii nemáme nasmlouvanou se zdravotní pojišťovnou, pro pobytové sociální služby (odlehčovací) ji nenasmlouvá. Suplujeme ji vlastními zaměstnanci (aktivizační pracovník)“ (R-307),
- „nedostatek ergoterapeutů a finanční stránka, nejsme příjemci dotace a nemůžeme tudíž uspokojit finanční nároky ergoterapeuta.“ (R-309),
- „Jsem studovaný ergo, ale vedena v organizaci jsem jako PSS-aktivizační. Náplň práce je 60% PSS a 40% ergo.“ (R-330),
- „Na zřízení této pozice nemáme dostatek finančních prostředků, částečně se tedy ergoterapii věnují aktivizační pracovníci.“ (R-343).

29. otázka – Jestliže jste v předchozí otázce hodnotil/a spolupráci mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály jako „nedostatečná“, co vnímáte jako hlavní problém?

- „neexistuje spolupráce, není provázanost“ (R-84),
- „Jak jsem uvedl výše, nemáme v našem Domově kvalifikované ergoterapeuty a Ti co aktivizační práci dělají zase nemohu považovat za profesní skupinu ergoterapeutů.“ (R-94),
- „Faktická nedostupnost ergoterapeutů a jejich zařazení v systému terénním a ambulantních sociálních služeb“ (R-101),
- „Nemáme ergoterapeuta, nejsou na něj peníze. Platíme fyzioterapeuta z důvodu udržení správných pohybových možností, zbytek doplňují sociální pracovníci s RHB zaškolením a dalšími kurzy.“ (R-169),
- „Ergoterapeuty si jako solisty vetsina organizaci nemuze dovolit,takze ergoterapii provadi vetsinou pracovníci v socialni peci a ze zkusenosti mohu rict,ze si vedou dobre.“ (R-170),
- „ergoterapeuti nejsou na trhu práce je jich tak málo, že práce v pobytové službě s tabulkovým platem pro ně není zajímavá.“ (R-190),
- „Malý důraz na naši roli obecně v péči o pacienty v našem zařízení, malý důraz na péči o demenční pacienty“ (R-200),
- „často jsou zařazení do tzv. aktivizace - odtržení od každodenní péče a podpory - ideálně by měli být součástí týmu přímo na oddělení;“ (R-210),
- „Není informovanost o potřebnosti a kompetencích, náplní práce ergoterapeuta.“ (R-215),
- „Neznalost odborníků mého oboru. Mnoho sester, lékařů i neodborné veřejnosti neví, kdo je ergoterapeut a často ho zaměňují s aktivizační pracovníci.“ (R-221),

- „Pořad málo lékařů ví co je to Ergoterapie, čím se zabývá a jaká je náplň oboru.“ (R-222),
- „malá ambulantní služba nemá v rozpočtu peníze na "svého ergoterapeuta" to už je spíše najde velký domov se státním zřizovatelem“ (R-274),
- „V našem zařízení vnímám spoluprací jako velmi dobrou. Pokud se jedná ale o ČR je nedostačující, vzhledem k časté nevědomosti odborné společnosti.“ (R-277),
- „Hlavní problém vnímám v postavení ergoterapeutů. Mnohdy neznalost oboru jinými profesionály. Obor ergoterapie je v ČR zatím nedoceněn a opomíjen. V sociálních službách suplují jejich činnost pracovníci v sociálních službách, kteří nemají k těmto činnostem odborné vzdělání. Někde se to dělá lépe někde hůře.“ (R-328),
- „Jako hlavní problém vnímám, že ergoterapeut v sociálních službách není vnímán jako důležitý. Neznám v našem kraji jediný DpS nebo i DZR kde by byl ergoterapeut zaměstnán. Všude mají "pouze" PSS aktivizační. Ergo je vnímáno něco jako nedůležité a nepotřebné.“ (R-331).

30. otázka – Jestliže jste v předchozí otázce hodnotil/a spolupráci mezi ergoterapeuty a dalšími profesionály jako „nedostatečná“, co by spolupráci mohlo zlepšit?

- „Propojenost sociální a zdravotní péče, lepší informovanost o možnosti ergoterapie u pacientu s demencí u široké veřejnosti“ (R-11),
- „Možnost zaměstnat ergoterapeuta v zařízení.“ (R-100),
- „Personální zajištění odborným ergoterapeutem“ (R-101),
- „Finanční prostředky na ergoterapeuta.“ (R-169),
- „Osvěta o ergoterapii, zajištění přednášek s důrazem na ergoterapii, grantová podpora na vybavení a školení“ (R-199),
- „Větší propagace oboru a zařazení předmětu ergoterapie do vzdělávacích programů všech členů multioborového týmu.“ (R-214),
- „rozšíření ergoterapie do sociálních služeb“ (R-242),
- „Mělo by vše být jasně nastaveno i v příslušných zákonech a vyhláškách a s tím souvisí i finanční podpora ze strany státu. Finančně to pro klienty je nedostupné. Využíváme v rámci školení některé formy a metody práce, které pak využívají pečovatelé, pracovníci v přímé péči v terénu.“ (R-289),
- „Zlepšit povědomí o profesi ergoterapie mezi odbornou i laickou veřejností. Nutné tuto profesi zakotvit i legislativně např. v zákoně o sociálních službách apod.“ (R-327),

- „Vyšší osvěta ergoterapie v seniorském věku, zamyšlení vedení domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem o počtu zdravotníků v organizaci (u nás raději volí vedení zaměstnat všeobecnou sestru než ergo, zdá se mu to přínosnější).“ (R-330),
- „Zakotvení povinnosti mít ergoterapeuta v DS, DZR v zákoně o SS“ (R-338).

35. otázka – Co Vám v systému péče o soby s demencí v České republice chybí?

- „preventivní programy, včasná detekce onemocnění a cílená pomoc pečujícím“ (R-1),
- „Jasně stanovené role ergoterapeuta v sociálních službách.“ (R-6),
- „Dostupnost, spolupráce mezi zdravotníky, snaha rodiny - opravdová chuť a snaha o zlepšení, připustit si, že někdo z rodiny je dementní je náročné, chybí informace od zdravotníků, není podpora pro rodiny“ (R-9),
- „Více vystudovaných ergoterapeutů. Je problém takového zaměstnance sehnat. A samozřejmě lepší finanční ohodnocení pro takového zaměstnance.“ (R-15),
- „více odlehčovacích služeb a denních stacionářů s dostatečným financováním státu“ (R-50),
- „průchodnost systému mezi terénní a pobytovou péčí“ (R-54),
- „Dostupnost ergoterapeutické domácí péče pro osoby, které nejsou v pobytovém zařízení.“ (R-58),
- „Více pobytových zařízení, která by byla primárně pro tyto lidi. Většinou jsou tato zařízení obsazená. Přitom poměr těchto osob s tímto onemocněním se neustále zvyšuje.“ (R-64),
- „Terénní služby, ambulantní služby, osvěta tohoto onemocnění a podpora v domácí péči“ (R-69),
- „Včasná diagnostika, neochota lékařů spolupracovat se sociální službou“ (R-79),
- „dostatečně informovaná veřejnost, síť kognitivních poraden, podpora rodin a jejich edukace, spolupráce lékařů /neurologové, psychiatři/ s rodinou“ (R-87),
- „Na sociální služby typu Domov pro seniory je neustálý převis žadatelů - není dostatek míst, takže zřejmě chybí dostatek zařízení, která by žadatele přijala. Nedostatek terénních ergoterapeutů - drtivá většina pracuje v institucích (nemocnice, domovy, léčebny, ústavy...). Nedostatek ergoterapeutů obecně. Vždyť ročně mi chodí průměrně pracovních nabídek.“ (R-89),
- „Komplexnost. Chybí odborný geriatr, který by dokázal specialisty lékaře koordinovat a medikaci dle znalosti všech symptomů člověka s demencí adekvátně upravit. Chybí dostupný personál, nemáme zdravotní sestry fyzioterapeuty a ani ergoterapeuty.“

Takže chybí systémové řešení a nikdo se po dlouhé době, co se této oblasti věnují do něj nepustil.“ (R-93),

- *„více pobytových zařízení, komplexní léčba, rychlejší diagnostika - dlouho trvá než se zjistí, že člověk má demenci - většinou až začne mít výrazné problémy, navíc není kapacita psychiatrů“ (R-126),*
- *„Celková osvěta společnosti, demence je nemoc jako každá jiná a může potkat kohokoliv z nás v jakémkoliv věku, nepouze ve stáří. Spousta rodin neumí s člověkem s demencí pracovat, nechtějí si situaci připustit a kolikrát se za svého blízkého až stydí. Samozřejmě nedostatek pobytových zařízení.“ (R-128),*
- *„spolupráce zdravotní a sociální oblasti, větší podpora poradenství pro pečující osoby, odtabuizování péče o lidi s demencí“ (R-135),*
- *„strategie do budoucna (její vytvoření se stále odkládá) - chybí zaměstnanci, místa ve specializovaných zařízeních, podpora pečujícím osobám aj.“ (R-148),*
- *„Zřízení pro mladé lidi, u kterých je diagnostikována demence. Zařízení jsou uzpůsobena seniorům. Lidé, např. 30-55 let se v raném stadiu jako senioři necítí. V prvním stupni je pro ně nesmírně náročné, když jsou umístěni do takového zařízení a vidí okolo sebe jen seniory s 2. a 3. stupněm demence.“ (R-157),*
- *„funkční propojení služeb terénních, odlehčovacích pobytových a ambulantních, edukace rodinných pečujících a veřejnosti“ (R-172),*
- *„dostatek pobytových zařízení, jiný systém terénní péče, více financí, adekvátní ohodnocení“ (R-183),*
- *„Celkově větší podpora a váha ergoterapie, více pracovníků v zařízení na počet osob s demencí. Vybavení.“ (R-202),*
- *„- vzhledem k narůstajícímu počtu těchto osob větší podpora terénních služeb, podpora pro rodiny a více specializovaných pobytových zařízení (zejména typu domov se zvláštním režimem) - obecně financování sociálních služeb je nesystematické a nejisté - snad i větší osvěta laické veřejnosti“ (R-212),*
- *„Celkově větší podpora pečujících, kteří se starají o osoby s demencí v domácím prostředí (větší nabídka respitních pobytů, odlehčovací služby v domácím prostředí, poradenství, možnost zlepšování kognitivních funkcí).“ (R-254),*
- *„Dlouhá doba od zjištění po samotnou realizaci ergoterapie. Ergoterapie je spíše poskytována v nemocnicích, sociálních centrech, domovech, denních centrech. Ambulantní je zatím ve stadiu rozvoje a není ji dost.“ (R-267),*

- „Komplexnost, předvídatelné financování a lidé "pečovatelé" dostatečně vzdělaní a motivovaní = správně ocenění“ (R-273),
- „Větší propojení zdravotní a sociální oblasti. Někdy mi přijde, že zdravotničtí pracovníci nemají dostatek informací, jak se poskytuje péče v sociálních zařízeních.“ (R-286),
- „Neefektivní primární péče - záchyt praktickým lékařem a následné vyšetření specialistou, někdy mám pocit, že demenci praktický lékař bagatelizuje, Neinformovanost o projevech a možnostech léčby laické veřejnosti, Nejednotnost v péči a práci s klienty s demencí, Není kapacita lůžek sociální péče“ (R-307),
- „Myslím si i ze zkušeností z mého okolí, že záchyt u obvodních lékařů a následné převedení a doporučení na profesionály pokulhává. Rodiny nejsou kvalitně informovány o možnostech a tzv. co si nenajdou sami, tak neví. Bohužel pokud se jedná o laika a neví co má hledat, tak se v informacích a nabízených službách těžko orientuje. Takže podle mě chybí ten primární záchyt a konkrétní doporučení pro rodiny.“ (R-327),
- „Kvalifikovaný zdravotnický a pečovatelský personál, odborná příprava zaměstnanců (vzdělání v oblasti demence), nedostatečné pobytové služby.“ (R-351),
- „včasná diagnostika, poradenství rodině v počáteční fázi onemocnění, návaznost, diferenciací nabídky služeb dle aktuálních potřeb osoby s demencí/ její rodiny“ (R-352).

36. otázka – Co Vy osobně, jako pracovník podílející se na péči o osoby s demencí, považujete za nejdůležitější v péči?

- „včasná diagnostika a individualizovaná pomoc, spolupráce ergoterapeutů s praktickými lékaři na monitorování nemocných a cílení nabídky pomoci/ služeb“ (R-3),
- „empatie, zajištění bezpečnosti jak pro klienta s demencí tak pracovníka, který mu péči poskytuje. komplexní podpora v multidisciplinárním týmu“ (R-5),
- „Klidný přístup, akceptující tempo klienta. Empatické jednání s časem na klientovo potřeby. Bohužel mnohdy nelze uskutečnit.“ (R-7),
- „individuální přístup, čas, empatie“ (R-10),
- „individuální přístup ke klientům, kvalifikovaný personál, spolupráce s rodinou“ (R-14),
- „Vztah k lidem, pochopení, empatii, vzdělání“ (R-17),

- „Komunikace, empatie, aktivizace“ (R-26),
- „Trpělivost, lidský přístup, společné hledání příčin problémů a hlavně ochota rodin nemocných, zapojit se.“ (R-32),
- „1) dostatek času na procvičování kognitivních funkcí 2) iformovanost rodinných příslušníků 3) některé rodiny berou ergoterapii jako nadstandard, který si často nemohou z finančních důvodů dovolit - k tomuto stavu přispívá naprosto katastrofální prodleva ve vyřizování PnP“ (R-39),
- „Respektující přístup, Dostatek času, Komplexnost péče, častý trénink, režim dne (ET zainstruuje, rodina/pečovatelé provádějí)“ (R-42),
- „Nelze určit jednu konkrétní činnost. Nejdůležitější mi však přijde správná diagnostika pro zajištění individuálního přístupu k pacientovi a zajištění navržení vhodného terapeutického plánu pro daného pacienta. Bez správné reliabilní a validní diagnostiky podložené EBM nemůžu dosáhnout efektivní terapie a postupu rhb.“ (R-48),
- „spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků v domácím prostředí (dostupnost domácí péče ČČK, terénní hospic apod.)“ (R-73),
- „dostatek času pro individuální péči o klienta + odborně vyškolený pracovník, v přímé péči , který rozumí projevům nemoci a není přetížen“ (R-114),
- „Zajištění bezpečí a klidného a respektujícího prostředí. Spolu s aktivním programem dne.“ (R-152),
- „profesionální a zároveň empatický přístup“ (R-191),
- „mít vzdělané pracovníky v oblasti péče o osoby s demencí“ (R-202),
- „Považuji pravidelný kontakt s klientem a dodávání tak komplexní ergoterapeutické péče. Multidisciplinární spolupráce, odborník, klient, rodina.“ (R-213),
- „vytvořit klientům bezpečné a srozumitelné prostředí - stavební, komunikační, orientační, procesní, akceptovat specifika klientů a věnovat se jejich kognitivním schopnostem promyšleně a systémově“ (R-218),
- „laskavost, autentičnost, trpělivost, přijetí; uspokojení všech potřeb rovnoměrně a individuálně - neupřednostňovat fyzické potřeby na úkor psychických, sociálních a spirituálních;“ (R-220),
- „multioborovou spolupráci, koordinaci a komunikaci s rodinou a neformálně pečujícími.“ (R-224),

- „Empatii, humánní zacházení, trpělivost (někdy je lepší pro daného člověka jen "být" než vymýšlet co vše v rámci ergoterapie pro něj mohu udělat). V rámci týmu určité komunikace a spolupráce, která je ve většině případů absolutně nedostačující“ (R-232),
- „Nejdůležitější je zachování důstojnosti klienta, vnímání jedince jako člověka, jako jedinečnou osobu, která je nemocná a své chování a projevy jsou touto nemocí ovlivněny. U pečovatelů nastavit myšlení tak, aby nevnímali některé projevy jako útok na vlastní osobu, nebo tzv. naschvály a uvědomit si, že se jedná o projev nemoci.“ (R-328),
- „posilovat klienta v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím - zaměření na soběstačnost“ (R-337),
- „Dostatek vyškolených zaměstnanců, jejich vzdělávání a následně ale i dostatečné ohodnocení.“ (R-343),
- „Kvalifikovaný, odborný personál v odpovídajícím počtu k počtu osob s demencí (hluboký nedostatek!! - máme co zlepšovat). Součinnost s MZ ČR !!“ (R-350),
- „Individuální přístup ke každému klientovi, hledání vhodných přístupů a spolupráce s rodinou“ (R-351).

37. otázka – V čem Vy osobně, coby pracovník podílející se na péči o osoby s demencí, spatřujete obtíže/náročnost/nedostatky v systému péče o tyto klienty/pacienty?

- „Málo kvalitních pracovníků (pečovatelů), obecně máme velmi málo lidí, kteří tuto práci chtějí dělat, protože za hranicemi dostanou jednou tolik.“ (R-15),
- „Obrovský nedostatek kvalitního a kvalifikovaného personálu, která plyne (mimo jiné) také z malé prestiže pomáhajících profesí. To mě také s*re.“ (R-18),
- „velký počet klientů na minimální počet zaměstnanců, kdy se sotva stihá základní péče, je těžké udržet kvalitu, fluktuace zaměstnanců, není psychohygienu zaměstnanců vedoucí k vyhoření, velká zařízení pro "stovky" klientů (odosobnění péče)“ (R-19),
- „financování, nedostatek kvalitního personálu na trhu práce“ (R-22),
- „Nedostatečné vzdělání v oblasti péče o klienty s demencí a nedostatek pracovníků, nezájem ze strany společnosti situaci řešit“ (R-40),
- „Malý počet ergoterapeutů v organizaci - není možno se věnovat všem klientům v rozsahu, který by byl přínosný pro aktivizaci a zlepšování kvality jejich života.“ (R-56),

- „nedostatek času se věnovat všem klientům spojené s větší a větší administrativou“ (R-64),
- „nedostatek personálu - chtělo by navýšit systematizovaná místa“ (R-68),
- „více prostoru pro individuální práci (větší personální obsazení), které je nedostatečné z důvodu omezených financí a rozvoj typu ambulantních služeb péče /denní stacionáře, centra denních služeb/ pro odlehčení v péči pečujícím. Rozvinout dostatečnou síť ambulantních sociálních služeb péče, tak jako je síť v předškolním vzdělávání pro děti.“ (R-110),
- „Nedostatkem v péči o klienty s demencí je velký počet klientů v zařízení (100 a více), dále pak nerovný systém v dotacích ze státního rozpočtu, který není spravedlivý.“ (R-119),
- „nedostatek finančních prostředků, nedostatek specializované péče, nedostatek lékařů k vyšetření typu demence, nedostatek míst v domovech se zvláštním režimem“ (R-122),
- „náročnost vyplývající z jejich onemocnění - různé projevy, které mohou být obtížné, těžce zvladatelné, nutnost proškoleného empatického personálu, který má prostor a čas se klientům věnovat, obecně poslední roky se zvyšuje výrazně podíl žadatelů na DZR oproti žadatelům na DS, kapacity nestačí, je málo OS pro tuto cílovou skupinu pro odpočinek pečujícím“ (R-137),
- „Pece je velmi prychicky a fyzicky narocna, doporučila bych více se zaměřit na podporu pečujících osob v domácím prostředí.“ (R-139),
- „terénní služby nemají kapacitu na to, aby mohly poskytnout delší péči - hlavně pomoc při orientaci v pohybu doma a mimo domov. Klienti se cítí osamocení. Rodinní příslušníci, kteří jsou převážně sendvičová generace - děti, zaměstnaní a stárnoucí rodiče, nemají energii a čas na pomoc rodičům.“ (R-142),
- „jedná se o velice obtížnou péči a NIKDO z úředníků, vlády atd. to takto nevnímají“ (R-150),
- „Je to práce náročná jak fyzicky, tak i po té psychické stránce. Myslím si, že pokud k tomu člověk opravdu není stvořen jak se říká, tak mu ta práce spíš vezme než dá.“ (R-154),
- „pozdní diagnostika, často bagatelizovaná rodinou a někdy i obvodním lékařem, neadekvátní léčba, nespolupráce zainteresovaných“ (R-173),
- „Kromě pobytové sociální služby typu domov se zvláštním režimem není pro pečující v domácím prostředí v podstatě žádná pomoc - odlehčovací služby povětšinou

tyto klienty nepřijímají, následné péče nejsou na péči i osoby s duševním onemocněním plně uzpůsobené.“ (R-211),

- *„často je z různých důvodů hrozná spolupráce s rodinou, hrozná spolupráce s obrovským množstvím odborných lékařů (ano i ve městě!), psychická zátěž pracovníků je vysoká, nízké povědomí laické i odborné veřejnosti o projevech a dopadech demence, nízké povědomí o komunikaci s lidmi trpících některým druhem demence“* (R-223),
- *„Obtížemi si procházejí rodiny, které mají v domácí péči osobu s demencí a bohužel nedostatek lůžek v sociálních službách neumožňuje člověka s demencí přijmout a tak jsou odkázáni na péči vlastní, ovšem pečujícími osobami jsou osoby v produktivním věku, kteří musí docházet do zaměstnání.*“ (R-244),
- *„obtížné umístění seniora potřebující pobytovou péči do zařízení z důvodu nedostatku volných kapacit (většinou akutní potřeba např. z důvodu rychlého zhoršení celkového stavu)“* (R-260),
- *„Nedostatek informací u praktických lékařů. Neznalost o možnostech jiných než pobytových služeb. Málo terénních služeb.*“ (R-277),
- *„Nedostatek osvěty pro veřejnost, špatné vyhodnocování stavu klienta pracovníky ÚP a neodpovídající výše PnP - z toho plynoucí nedostatek podpory pečujících...“* (R-283),
- *„není informovanost, nedostatečný počet zaměstnanců v zařízeních, finance pro možnost zaplatit si osobní asistenci, aby mohli tito lidé zůstat co nejdéle v domácím prostředí“* (R-285),
- *„Nedostatečné kapacity pobytových služeb, nemáme kam zájemce o službu odkazovat. Zároveň je velmi malé povědomí veřejnosti o péči o osobu s demencí, chybí osvěta.*“ (R-293),
- *„Nedocenenost ergoterapeuta v péči o tyto pacienty. Spíše nevědomost... o jakou profesi jde.*“ (R-294),
- *„neinformovanost široké veřejnosti, demence jako tabu, téma, o kterém se lidé dozvídají, až se jich bytostně týká, neznalost sítě sociálních služeb“* (R-299),
- *„Neznalost oboru ze strany laiků i profesionálů, nedostatečný důraz na roli a potřebu ergoterapie“* (R-300),
- *„nedostatečný systém péče v ČR - nejsou specializovaná pracoviště, málo personálu s odpovídající kvalifikací, není podpora státu“* (R-310),

- „1) špatně fungující spolupráce mezi sociální a zdravotní sférou 2) nedostatečná informovanost veřejnosti o problematice demence a často rozporuplné nebo neucelené informace o této problematice, které rodiny klientů obdrží nebo si z různých zdrojů zjistí 3) špatně fungující úřady práce a správy soc. zabezpečení - přiznání PnP trvá velmi dlouho a přiznaný stupeň je často neadekvátní (příliš nízký) 4) nedostatečný počet sociálních služeb, jejichž pracovníci by se mohli klientům s demencí věnovat“ (R-322),
- „Dlouhé čekací doby na odborné vyšetření, málo pobytových nebo odlehčovacích míst pro klienty. Péče v soukromém zařízení je nákladná a rodiny si ji nemohou dovolit.“ (R-324),
- „Nedostatečná provázanost a dostupnost služeb v rámci sociálně zdravotního pomezí.“ (R-327),
- „Ve většině zařízení je brán ergoterapeut (případně aktivizační pracovník) stále jako někdo "podřadný" svou profesí. Je to velmi smutné a frustrující. Také jsem si to zažila a v takové profesní atmosféře bych nechtěla ani nemohla pracovat.“ (R-330),
- „Roztříštěnost a nesoulad v kompetencích.“ (R-334),
- „Hlavně to, že tato péče není zahájena včas. Klienti se do zařízení dostávají často ve vážném stavu bez zahájené léčby demence.“ (R-347).

38. otázka – Co by podle Vás mohlo stávající situaci v péči o osoby s demencí v České republice zlepšit?

- „bonifikace praktických lékařů zdravotními pojišťovkami za screeningové vyšetření pacientů, větší podpora prevence ze strany zdr. pojišťoven, zapojení terapeutických profesí do terénních služeb“ (R-1),
- „podpora sociální politiky v zřizování nových služeb, finanční ohodnocení zaměstnanců“ (R-10),
- „Nastavení komplexní péče o tyto klienty. Spolupráce sociálních služeb mezi sebou a edukace rodinných příslušníků.“ (R-18),
- „zaměření na prevenci, včasné diagnostikování a s tím souvějící nastavení péče, indikace léků a využívání komunitní sociální služby (socializace a aktivizace uživatelů je přínosná nejen pro osoby s demencí)“ (R-21),
- „Naplnit vizi NAPAN a mít v každém kraji funkční síť poraden jak pro nemocné, tak pro pečující a celou komunitu. líbí se mi model Dementia friendly“ (R-23),
- „Nastavení vhodnějšího systému podpory a pomoci pečujícím, informovanost, vyšší finanční podpora programů pro osoby s demencí“ (R-34),

- „viz výše, podpora terénních služeb, zvýšení příspěvku na péči, podpora pečujících (odlehčovací služby)“ (R-35),
- „Dostupnost lékařů, spolupráce mezi jednotlivými složkami - domov - lékař - odborný lékař - rodina, domov seniorů - vzájemná tolerance, respekt.. Poslední dobou se setkávám s nezájmem lékařů o tyto lidi ve vysokém věku léčit a zabývat se jimi.“ (R-40),
- „Sednout si nad věc a konečně této oblasti dát řád a strukturu.“ (R-62),
- „Podpora pečujících rodin o člověka s demencí, často ani nedostane příspěvek na péči..., podpora terénní odlehčovací péče a osobní asistence,zvládnout to doma co to jde. Dudování DZR, budou potřeba, tak jako tak..., finanční ocenění a společenské uznávání profese pečovatel, pracovník v sociálních službách.“ (R-87),
- „Rozšíření povědomí o oboru ergoterapie. Malokdo ví, kdo je to ergoterapeut a co dělá.“ (R-89),
- „větší pozornost směrem k demenci, protože počet dementních občanů se zvyšuje - napříč i věkovým spektrem, posouvá se do nižších věkových hladin a bude to do budoucna veliký sociální problém“ (R-91),
- „Jednoznačně chybi koncepce péče o lidi s demencí, která by měla konkrétní a splnitelné kroky, abychom alespoň za 10 let byli jinde než jsme teď.“ (R-93),
- „Možná personální standardy, které by počítali s ergoterapeutem, fyzioterapeutem apod.“ (R-94),
- „více pobytových služeb s nižší kapacitou - rodinný přístup péče o pečující osoby“ (R-97),
- „Nastavení personálního standardu a jeho dodržování. Kvalitní personál.“ (R-98),
- „Zvýšení kapacit odlehčovacích služeb, jak pobytových, terénních, ambulantních, dostupnost kvalifikovaných odborníků.“ (R-100),
- „Přizpůsobit se vývoji (narůstajícímu trendu rozvoje demence ve společnosti) a dlouhodobě edukovat celou společnost o těchto stavech. Zřídit více odborných pobytových služeb. Podporovat pečující odborníky. Lépe poučit všechny odbornosti medicíny o těchto stavech, výrazně poučit pracovníky ÚP při hodnocení nesoběstačnosti atp....“ (R-101),
- „vše je prakticky zakleto ve finančních možnostech, jedná se dokola diskutovanou problematiku, do které se nikomu (z vládních činitelů) nechce sáhnout - tedy zrušit cenovou vyhlášku, umožnit větší doplatky klientům či jech rodinám (zvláště, když mají

klienti majetek), dotovat zcela jen nemajetné atd. Bez takovýchto opatření si budeme moci dovolit jen ty služby, na které budou v rozpočtu prostředky.“ (R-118),

- *„jednotný informační portál a sociální služba, která by byla schopná provázet pečující a klienta celý procesem od počátečních stavů až po konečné. Tj. od poradenství po navazující služby pro pečující i klienty. Ideálně vše v rámci jedné organizace.“ (R-133),*
- *„kvalitní zavedení ergoterapie do praxe, považovat ji za podstatnou součást péče o seniora, doplňovat si vzdělávání a rozšiřovat si svoje obzory“ (R-139),*
- *„Spolupráce s lékaři už na úrovni obvodních. Měli by testovat a také doporučovat služby organizací, které mohou lidem pomoci. Lékaři by měli být v tomto směru více zaškoleni a ochotni spolupracovat.“ (R-142),*
- *„zázrak :)“ (R-148),*
- *„Zvýšit poskytovatelům sociálních služeb mzdy, aby odpovídaly pracovnímu nasazení a odváděné práci zaměstnanců a nebyli neustále podhodnocováni.“ (R-157),*
- *„ZMĚNÝ V LEGISLATIVĚ, ZMĚNA SYSTEMU A ZMĚNA FINANCOVÁNÍ“ (R-193),*
- *„propracovanější systém pomoci, který na sebe vzájemně navazuje a je schopen reagovat na všechny potřeby člověka s demencí ve všech stádiích onemocnění“ (R-203),*
- *„Kdyby se NAPAN neorientoval tak výrazně na zdravotnictví a přenesl by část činností na odborné sociální poradenství a domovy se zvláštním režimem jako "testovací a edukační centra" v regionech“ (R-207),*
- *„Snad lepší/stabilnější systém financování, legislativní změny, další pobytová zařízení se specializovanou péčí, ale budovaná systematicky a rovnoměrně, zároveň ekonomicky efektivní.“ (R-212),*
- *„Reforma zdravotní a sociální péče s důrazem na sociálně zdravotní pomezí. Novela zákona o sociální péči (spojení asistenční a pečovatelské služby)“ (R-237),*
- *„finanční podpora dalších pracovníků - ergoterapeutů do terénních služeb“ (R-284),*
- *„Když se do toho někdo pustí, tak se jistě najde cesta. Hodně štěstí!“ (R-291),*
- *„Větší zájem a péče o pacienta v počátečním stádiu demence, hlavně ze strany rodiny a obvodních lékařů.“ (R-300),*
- *„Změnit systémové nastavení - snížit čekací doby na jakoukoliv formu pomoci, mít kvalifikovanější pracovníky, podpořit dobrovolnictví.“ (R-340),*

- *„Edukace o demenci, destigmatizace demence, dostatek pracovníků v přímé péči“*
(R-349).