Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie

Simona Voborníková

Možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách

Job Opportunities for Occupational Therapists in Social Services

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2021

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D., za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty v průběhu tvorby této práce.

Velké poděkování patří také pracovníkům České asociace ergoterapeutů, kteří mi pomohli s šířením dotazníku. Ráda bych také poděkovala všem ergoterapeutům a ergoterapeutkám, kteří svým vyplněním dotazníku zásadně přispěli do výzkumu v této práci.

Poděkování patří také příteli, rodině a přátelům, kteří mi během studia byli nezbytnou podporou.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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, 22.4.2021 Simona Voborníková

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

VOBORNÍKOVÁ, Simona. *Možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách. [Job Opportunities for Occupational Therapists in Social Services].* Praha, 2021. 89 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Simona Voborníková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Název bakalářské práce: Možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách

Abstrakt bakalářské práce:

Východiska: Ergoterapie nalézá široké uplatnění kromě zdravotnictví také v sociálních službách. V České republice tato oblast dosud nebyla nijak blíže mapována. V rámci sociálních služeb je značný problém s úhradou zdravotnických pracovníků, ergoterapeuti se potýkají také s nejednotnou oficiální pozicí v rámci sociálních služeb.
Cíl: Cílem práce je zmapovat a popsat současnou situaci uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice. Pro naplnění cíle jsou zvoleny čtyři otázky bakalářské práce.
Metodika: Je sestaven strukturovaný dotazník určený všem ergoterapeutům pracujícím v oboru ergoterapie v České republice, který je rozesílán on-line formou. Dotazník se dělí na hlavní dvě části. Je sestaven tak, aby se pomocí něho daly zodpovědět otázky bakalářské práce.
Výsledky: Je získáno 265 odpovědí od respondentů. Výsledky dotazníku jsou detailně zpracovány pomocí popisné statistiky, grafů a tabulek. Téměř polovina respondentů uvádí působení v sociálních službách. Jsou zjištěny typy sociálních služeb, ve kterých se ergoterapeuti uplatňují, jejich oficiální pracovní pozice, úhrada a náplň práce.
Závěr: Přestože je o tomto tématu v České republice málo informací, v rámci sociálních služeb působí značná část ergoterapeutů, jak dokazují výsledky této bakalářské práce. Nejvíce ergoterapeutů uvádí práci v domovech pro seniory, nicméně respondenti uvádí svou působnost i v široké škále dalších sociálních služeb.

Klíčová slova: ergoterapie, sociální služby, pracovní uplatnění, Česká republika, dotazníkové šetření

BACHELOR THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Simona Voborníková

Supervisor: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Title: Job Opportunities for Occupational Therapists in Social Services

Abstract:

Background: In addition to healthcare, occupational therapy is also widely used in social services. In the Czech Republic, this area has not yet been mapped in any detail. Within social services, there is a significant problem with the payment of health care workers, occupational therapists also face a non-uniform official position within social services.

Goal formulation: The work aims to map and describe the current situation of employment of occupational therapists in social services in the Czech Republic. Four questions of the bachelor's thesis are chosen to fulfill the goal.

Methodology: A structured survey is compiled for all occupational therapists working in the field of occupational therapy in the Czech Republic, which is sent online. The survey is divided into two main parts. It is designed so that the questions of the bachelor's thesis could be answered with the help of it.

Results: 265 responses are received from respondents. The results of the survey are processed in detail using descriptive statistics, graphs, and tables. Almost half of the respondents state that they work in social services. The types of social services in which occupational therapists work, their official job positions, payment, and job description are identified.

Conclusion: Although little is known about this topic in the Czech Republic, a large number of occupational therapists work in social services, as proved by the results of this bachelor's thesis. Most occupational therapists reported working in nursing homes, however, respondents also mentioned their activity in a wide range of other social services.

Key words: occupational therapy, social services, job opportunities, Czech Republic, survey

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	**Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele**	**Signatura závěrečné práce**	**Datum**	**Podpis**

OBSAH

1 ÚVOD 1

2 TEORETICKÁ ČÁST 3

2.1 Sociální služby 3

2.1.1 Rozdělení sociálních služeb 3

2.1.2 Zřizovatelé sociálních služeb 4

2.1.3 Financování sociálních služeb 4

2.2 Zdravotní péče v sociálních službách 4

2.2.1 Pojem zdravotní péče 4

2.2.2 Podmínky poskytování zdravotní péče v sociálních službách 5

2.2.3 Hrazená zdravotní péče v sociálních službách 7

2.3 Ergoterapie a možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů 8

2.4 Pracovní uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách 9

2.5 Intervence ergoterapeutů v sociálních službách 11

2.5.1 Ergoterapie v rámci pobytových služeb 11

2.5.2 Ergoterapie v rámci terénních služeb 15

2.5.3 Ergoterapie v rámci ambulantních služeb 17

3 PRAKTICKÁ ČÁST 19

3.1 Cíl práce 19

3.2 Otázky bakalářské práce 19

3.3 Metodologie 19

3.3.1 Výzkumný soubor a výběr vzorku 20

3.3.2 Dotazník 21

3.3.3 Průběh realizace výzkumu 23

3.3.4 Metody analýzy dat 23

3.3.5 Etika výzkumu 24

3.4 Výsledky dotazníkového šetření 25

3.5 Shrnutí výsledků ve vztahu k otázkám bakalářské práce 47

4 DISKUZE 49

5 ZÁVĚR 57

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 59

7 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK 67

8 SEZNAM PŘÍLOH 68

9 PŘÍLOHY 69

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – všední denní činnosti (angl. Activities of Daily Living)

AOTA – American Occupational Therapy Association

ART – Active Recovery Triad

CAOT – Canadian Association of Occupational Therapists

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

ČR – Česká republika

DPČ – Dohoda o pracovní činnosti

DPP – Dohoda o provedení práce

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

PANat – Pro-aktivní léčebná Aplikace v Neurorehabilitaci se vzduchovými dlahami a dalšími pomůckami (z angl. Pro-Active approach to Neurorehabilitation integrating air splints and other therapeutic tools)

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

1.LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

1 ÚVOD

V České republice je péče o klienty/pacienty rozdělena mezi Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) (Janečková a Vepřková, 2017). Ergoterapie je zdravotnický obor, který nachází uplatnění v obou těchto odvětvích, ve zdravotnictví i v sociálních službách. Dále také v oblasti pedagogické a v rámci pracovní rehabilitace. (Švestková, 2015) Přestože jsou ergoterapeuti rostoucí pracovní silou, mnohdy nedokážou vyhovět potřebné poptávce po ergoterapeutických službách (State of Victoria, 2018).

V sociálních službách nalézá ergoterapie stále větší uplatnění. Konkrétně v sociálních službách pro seniory, v oblasti komunitní péče a v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním (Krivošíková, 2011). Ergoterapeuti pracují v denních stacionářích, domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistenci, v terapeutických dílnách pro osoby s duševním onemocněním, v sociálně aktivizačních službách pro seniory, dospělé a děti, dále v chráněném bydlení, v programech pracovní a předpracovní rehabilitace, v rané péči a v rámci chráněného zaměstnávání. (Jelínková a Krivošíková, 2007; Švestková, 2015) Terapeuti mohou docházet za klienty i do jejich domácího prostředí (Švestková, 2015). Kadeřábková (2020) uvádí, že se v sociálních službách v České republice uplatňuje 17 % ergoterapeutů.

Ergoterapeuti pomáhají zásadně zlepšit kvalitu života klientů. Na rozdíl od péče ve zdravotnictví jde v sociálních službách jde mnohdy o udržení funkčnosti než o zlepšování zdatnosti klientů. Nezbytná je včasnost ergoterapeutických služeb, která umožňuje vyšší efektivitu terapií a lepší zapojení klientů do každodenních činností. (Riley, 2012)

Brůha a Prošková (2011) uvádí, že ergoterapeut v rámci sociálních služeb může jednak poskytovat zdravotní (rehabilitační) péči, ale také smí působit i jako pracovník sociálních služeb.

Jedním z hlavních problémů ohledně uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách je, že nejsou začleněni mezi okruh pracovníků sociálních služeb, jak je definuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *„V praxi nejsou ergoterapeuti v sociálních službách zaměstnávání jako ergoterapeuti dle zákona č. 96/2004 Sb., ale jsou vedeni jako pracovníci sociálních služeb*“. (Jelínková a Krivošíková, 2007, s. 13) Zároveň v rámci sociálních služeb mnohdy dochází k nedostatečné úhradě zdravotnických pracovníků ze strany sociálních služeb (MPSV, 2015).

Přestože se v sociálních službách uplatňuje značné množství ergoterapeutů, tato oblast není v České republice doposud nijak mapována. Chybí souhrnné informace o uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách. Práce by měla přinést nové souhrnné poznatky k tomuto tématu a celkově zlepšit povědomí o ergoterapeutech, kteří pracují v sociálních službách.

Cílem bakalářské práce je popsat a zmapovat současnou situaci v uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách. Autorka volí k naplnění cíle čtyři otázky bakalářské práce. Je zjišťováno, jaká část ergoterapeutů v sociálních službách působí, dále v jakých typech sociálních služeb se ergoterapeuti uplatňují, na jakých pozicích oficiálně působí a kým jsou hrazeni. Poslední otázka se zabývá náplní práce ergoterapeutů v sociálních službách. Pro naplnění cíle této práce je sestaven strukturovaný dotazník určený všem ergoterapeutům pracujícím v oboru ergoterapie v České republice.

Terminologicky se pro uživatele služeb využívají dva pojmy – pacient a klient. Pacient je osoba využívající služby v rámci zdravotnictví, pojem klient je používán v kontextu se sociálními službami (Švestková, 2015). Jelikož se tato práce zabývá sociálními službami, autorka využívá pojem klient.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“) popisuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují podporu a pomoc osobám *„za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogičtí pracovníci, zdravotničtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci poskytující sociální služby. (Česko, 2006)

Sociální služby jsou tvořeny různými typy služeb, které mají za cíl vyjít vstříc osobám určitých skupin společnosti v rámci uspokojování jejich životních potřeb. Jedná se o služby poskytující péči o seniory, osoby se zdravotním postižením či o osoby s nějakými sociálními problémy. Dále sociální služby zahrnují i oblast bydlení, vzdělávání a poradenské služby. (Arnoldová, 2015)

2.1.1 Rozdělení sociálních služeb

Dle zákona o sociálních službách zahrnují sociální služby sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Existují tři formy poskytování sociálních služeb: a) **služby pobytové**, které zahrnují sociální služby, kde je možnost ubytování; b) **služby ambulantní,** kam klienti dochází samostatně nebo jsou doprovázeny, tyto služby nenabízejí ubytování; c) **služby terénní,** kde pracovníci docházejí za klienty do jejich přirozeného prostředí. (Česko, 2006)

Zákon o sociálních službách dále určuje konkrétní typy sociálních služeb patřící mezi **služby sociální péče**. Jedná se o tyto služby: pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, osobní asistence, centra denních služeb, týdenní a denní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Mezi **služby sociální prevence** řadí zákon následující: raná péče, sociální rehabilitace, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby

se zdravotním postižením, terapeutické komunity, sociálně terapeutické dílny, tlumočnické služby, noclehárny a terénní programy. (Česko, 2006)

Sociální poradenství dělí zákon o sociálních službách na základní a odborné. Základní sociální poradenství je poskytováno v rámci všech druhů sociálních služeb a pomáhá získat potřebné informace k vyřešení nepříznivé životní situace. Naproti tomu odborné sociální poradenství je poskytováno v rámci poraden různých typů a zaměřuje se na konkrétní problematiku. (Česko, 2006)

2.1.2 Zřizovatelé sociálních služeb

Dle MPSV jsou poskytovateli sociálních služeb kraje a obce, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby a samo MPSV. Kraje a obce kromě zřizování některých sociálních služeb usilují o zjišťování potřeb lidí, díky čemuž se následně usilují o dosažení vhodných podmínek pro sociální služby. Pět specializovaných ústavů sociální péče aktuálně zřizuje MPSV. (MPSV, 2020b)

2.1.3 Financování sociálních služeb

Sociální služby získávají peníze z mnoha zdrojů. Největším příjmem sociálních služeb jsou dotace od Ministerstva práce a sociálních věcí, dále příspěvky na péči od klientů, které jsou daným klientům přisuzovány na základě tíže závislosti na druhých osobách, a úhrady uživatelů. Úhrady uživatelů jsou používány především k financování ubytování a stravy. Dalšími zdroji financí sociálních služeb jsou příspěvky a dotace krajů a obcí, zdravotní pojištění, evropské dotace a ostatní zdroje, mezi které patří různé dary, příjmy z prodeje vlastních výrobků či služeb, různé granty či prostředky z fondů Evropské unie. (MPSV, 2019)

2.2 Zdravotní péče v sociálních službách

Tato kapitola se zabývá zdravotní péčí v sociálních službách. Autorka popisuje, co pojem zdravotní péče znamená, jaké jsou podmínky poskytování a úhrady zdravotní péče v sociálních službách.

2.2.1 Pojem zdravotní péče

Vymezit pojem, co to znamená zdravotní péče, není až tak jednoznačné. Do zdravotní péče patří všechny druhy zdravotní péče a výkony, které jsou vymezené předpisy o veřejném

zdravotním pojištění. Patří sem však i výkony, které nejsou vždy hrazené veřejným zdravotním pojištěním. (Brůha a Prošková, 2011)

„Zdravotní péče je soubor zdravotnických postupů a činností směřujících k udržení a prodloužení života, k udržení nebo zlepšení zdravotního stavu fyzických osob, ochraně, upevnění a rozvoji jejich zdraví a k zdravému vývoji nových generací.“ (Arnoldová, 2016, s. 66)

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách stanovuje, že mezi zdravotní služby patří mimo jiné „*poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče.“* (Česko, 2011) Mezi zdravotnické pracovníky patří kromě dalších zdravotnických povolání i ergoterapeut, jak stanovuje Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání (Česko, 2004).

Zdravotní péče dle Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách znamená provádění činností, které mají vést k „*předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu“*, k *„udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu“*, k pomoci osobám v oblasti reprodukce, dále ke zjišťování a posuzování zdravotního stavu osob a také k „*udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení*“. Do zdravotní péče patří mimo jiné i výkony „*preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetřovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky*“, které jsou prováděny se stejným účelem. (Česko, 2011)

2.2.2 Podmínky poskytování zdravotní péče v sociálních službách

Dle zákona o sociálních službách poskytování zdravotní péče výslovně nepatří mezi povinnosti většiny poskytovatelů sociálních služeb. Pouze týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem mají povinnost doložit, jakým způsobem je u nich zajišťována zdravotní péče. Ostatní sociální zařízení mají však mimo jiné povinnost „*vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby*“. (Česko, 2006) Z čehož lze dovodit, že mezi tyto podmínky patří i zajištění dostatečné zdravotní péče (Brůha a Prošková, 2011).

Rehabilitační a ošetřovatelskou péči by měla již zmiňovaná pobytová zařízení sociálních služeb zajišťovat prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří *„mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu“*, jak uvádí zákon o sociálních službách. (Česko, 2006) Dle tohoto zákona podmínky výkonu činnosti

zdravotnických pracovníků stanovuje mimo jiné Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotních povoláních, který kromě dalších nelékařských zdravotnických povolání stanovuje výši kvalifikace k vykonávání povolání **ergoterapeuta**. Ergoterapeut nabude odborné způsobilosti absolvováním: *„akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,“* dále vystudováním *„tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005.“* Zákon uvádí také jako platné vzdělání k výkonu povolání ergoterapeuta absolvování *„střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999“* nebo dokončení *„střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.“* (Česko, 2004)

Co se týče podrobnějších podmínek rozsahu, hrazení a podmínek zabezpečení zdravotní péče v sociálních službách, zákon o sociálních službách v tomto ohledu odkazuje na Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů a Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. (Česko, 2006)

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách zmiňuje, že *„poskytovatel může poskytovat pouze zdravotní služby uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb“,* avšak bez získání oprávnění se mohou poskytovat mimo jiné *„zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách“.* Poskytovatel zařízení sociálních služeb je zavázán poskytování zdravotních služeb ohlásit příslušenému krajskému úřadu, a to ještě před zahájením poskytování zdravotní péče. Dále je poskytovatel povinen dodržovat následující povinnosti: *„poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb*“. Následující povinností je *„uzavřít pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout; toto pojištění musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb“.* Nelze také opomenout, že *„poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb“.* Dále poskytovatel sociálních služeb musí odborně nakládat se zdravotní dokumentací. (Česko, 2011)

2.2.3 Hrazená zdravotní péče v sociálních službách

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Česko, 1997) říká, že pokud není stanoveno jinak, hrazeny jsou zdravotní služby pouze tehdy, pokud jsou na základě ordinace ošetřujícího lékaře.

Dle tohoto zákona je hrazenými službami i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům. Tato péče se poskytuje mimo jiné jako zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb a také, v případě uzavření zvláštní smlouvy mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem pobytových sociálních služeb, jako ošetřovatelská péče poskytovaná pojištěncům umístěných v daných zařízeních pobytových sociálních služeb. Tato péče musí být na základě ordinace ošetřujícího lékaře a musí být poskytována odborně způsobilými zaměstnanci těchto sociálních zařízení. (Česko, 1997)

Zdravotní pojišťovny uzavřou smlouvu se sociálním zařízením poskytujícím pobytové sociální služby v případě, že o to poskytovatel daného zařízení požádá. Zároveň musí poskytovatel dokázat, že ošetřovatelská péče bude zajišťována pomocí odborně způsobilých zdravotnických pracovníků daného poskytovatele. (Česko, 1997)

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Česko, 1998) stanovuje odbornost 913 – ošetřovatelská péče v sociálních službách. Poskytnuté zdravotní služby se vykazují v pobytových zařízeních sociálních služeb příslušnými výkony odbornosti 913, a to na základě indikace ošetřujícího lékaře. Odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách byla vytvořena v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách (Caltová a Salcman Kučerová, 2016). Žádná taková odbornost však pro ergoterapeuty či fyzioterapeuty neexistuje. Aby byly fyzioterapeutické a ergoterapeutické výkony proplácené pojišťovnami, musely by mít pojišťovny nasmlouvané s pobytovými zařízeními sociálních služeb výkony odbornosti 917 – ergoterapeut a 918 – fyzioterapeut. Zdravotní pojišťovny nemají povinnost proplácet tyto výkony, na rozdíl od výkonů všeobecných sester v sociálních službách. Z tohoto důvodu jsou ergoterapeuti a fyzioterapeuti placeni z rozpočtů sociálních pobytových zařízení. (Bouzek, 2011)

Nedostatečné hrazení rehabilitační a ošetřovatelské péče ze strany sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo nazváno jako jedna ze slabých stránek sociálních služeb (MPSV, 2015). Ze statistik vyplývá, že zdravotní pojišťovny proplácí pouze 15 % zdravotních výkonů provedených v sociálních službách (Průša a kol., 2015). Zdravotní výkony však nemohou být hrazeny z dotací MPSV, jelikož mají být hrazeny právě zdravotními

pojišťovnami. Zdravotní péče musí být tedy proplacena z jiných zdrojů, nejčastěji se jedná o příspěvky zřizovatelů. (MPSV, 2019)

2.3 Ergoterapie a možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů

Tato kapitola na úvod představuje obor ergoterapie, demografické údaje ergoterapeutů a následně zobrazuje různé možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů.

Ergoterapie je zdravotnická profese, která se snaží pomoci osobám, aby mohli vykonávat činnosti, které jsou pro ně důležité. Jedná se o tři kategorie činností – péče o sebe (např. sebesycení, oblékání); produktivita (možnost účastnit se pracovního či vzdělávacího procesu) a volný čas. Terapeuti se snaží o překonání překážek, které osobám ve vykonávání těchto činností brání. (CAOT, 2016a) Ergoterapeuti mají holistický pohled na člověka, snaží se o přizpůsobení činnosti či prostředí dané osobě, která je sama součástí terapeutického týmu a podílí se na stanovování terapeutických cílů (AOTA, 2021).

Celkový počet ergoterapeutů má v posledních letech tendenci růst (Commonwealth of Australia, 2020). Přestože jsou ergoterapeuti v současné době stoupající pracovní síla, počty ergoterapeutů mnohdy nedokážou vyhovět potřebné poptávce po ergoterapeutických službách (State of Victoria, 2018).

Naprostou většinu ergoterapeutů v České republice (98,7 %) představují ženy (Kadeřábková, 2020). Tento údaj se v jednotlivých státech mírně liší. Zahraniční zdroje udávají podíl žen kolem 90 % (Commonwealth of Australia, 2020; Oregon Health Authority, 2019).

Co se týče věkového rozložení ergoterapeutů, Kadeřábková (2020) popisuje, že v České republice představuje podíl 42 % věková kategorie ergoterapeutů ve věku 20–30 let a stejný počet věková skupina 31–40 let. Celkem je tedy 84 % ergoterapeutů do věku 40 let. Velké zastoupení této věkové skupiny potvrzuje například australská studie, která uvádí zhruba polovinu ergoterapeutů mladších 35 let (Commonwealth of Australia, 2020). Oproti tomu v některých jiných zemích představuje největší část (53 %) věková skupina ergoterapeutů ve věku 35–54 let (Oregon Health Authority, 2019).

Pracovní uplatnění ergoterapeutů rozděluje Kanadská asociace ergoterapeutů do čtyřech hlavních sektorů: a) **domov a komunita**, zahrnující např. domácí péči, komunitní centra duševního zdraví, domy na půl cesty; b) **instituce**, mezi které patří např. rehabilitační centra, nemocnice, domovy s pečovatelskou službou, zařízení dlouhodobé péče či školy; c) **průmysl a obchod**, zahrnující např. rehabilitační či architektonické firmy a d) **státní úřady**, kam patří

především poradenství ohledně různé formy podpory při zdravotním znevýhodnění. (CAOT, 2016a)

Klusoňová (2011) shrnuje pracovní uplatnění v praxi a uvádí, že ergoterapeuti působí ve zdravotnických zařízeních, které mohou být hospitalizačního i ambulantního typu. Dále v rehabilitačních centrech a ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v domácí péči, v lázních, v odborných léčebnách, v ústavech sociální péče a v zařízení pro seniory. Dále v chráněných dílnách, na úřadech či v posudkových komisích, v pojišťovnách, ve stacionářích pro dospělé i děti, v zařízeních pro tělesně nebo smyslově postižené děti, v oblasti vzdělávání ergoterapeutů. Mohou se také věnovat ergonomii na různých pracovištích. Švestková (2015) kromě oblasti zdravotně sociální a pedagogické uvádí ještě uplatnění v předpracovní a pracovní rehabilitaci, včetně práce s menšinami naší společnosti, ze kterých uvádí konkrétně vězeňství.

Kadeřábková (2020) uvádí, že v České republice pracuje 77 % ergoterapeutů ve zdravotnických zařízeních. V sociální sféře se uplatňují ergoterapeuti ve značně menším zastoupení, a to pouze v 18 %. Jenom 2 % ergoterapeutů pracují na pedagogických pracovištích a stejný počet působí v jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ).

Dle zahraničních zdrojů pracují ergoterapeuti převážně u jednoho zaměstnavatele. U dvou nebo více zaměstnavatelů pracuje 18 % ergoterapeutů. Jako OSVČ působí 4 %. (State of Victoria, 2018)

Většina ergoterapeutů působí v přímé péči s pacienty/klienty. Ostatní působí například na manažerských pozicích, jako pedagogové či pracovníci ve výzkumu. (Commonwealth of Australia, 2020)

Ergoterapeuti nachází své uplatnění u všech věkových skupin (dětský věk, adolescence, dospělí, senioři). Nejvíce ergoterapeutů působí u dospělých a seniorů. U mladších věkových skupin pracuje značně menší procento ergoterapeutů. (State of Victoria, 2018)

2.4 Pracovní uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách

Tato kapitola popisuje pracovní uplatnění a postavení ergoterapeutů v rámci sociálních služeb. Zaměřuje se také na problematiku nejednotné pracovní pozice ergoterapeutů v sociálních službách.

Ergoterapeuti pomáhají zásadně zlepšit kvalitu života klientů. Avšak oproti péči ve zdravotních službách, v sociálních službách jde spíše o udržení funkčnosti nežli o zlepšování zdatnosti klientů. Nezbytná je včasnost ergoterapeutických služeb, která umožňuje vyšší kvalitu těchto služeb a lepší zapojení klientů do každodenních činností. (Riley, 2012)

Ergoterapie v sociálních službách nalézá stále větší uplatnění. Konkrétně v sociálních službách pro seniory, v oblasti komunitní péče a v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním (Krivošíková, 2011). Ergoterapeuti se uplatňují v denních stacionářích, domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistenci, terapeutických dílnách pro osoby s duševním onemocněním, sociálně aktivizačních službách pro seniory, dospělé a děti, dále v chráněném bydlení, programech pracovní a předpracovní rehabilitace, rané péči, v rámci chráněného zaměstnávání. (Jelínková a Krivošíková, 2007; Švestková, 2015) Terapeuti mohou docházet za klienty i do jejich domácího prostředí (Švestková, 2015).

Součková (2013) popisuje, že ergoterapie je poskytována v 65 % zařízeních sociálních služeb. Nejvíce se ergoterapie uplatňuje v domovech se zvláštním režimem. V menší míře je prováděna v centrech denních služeb, týdenních a denních stacionářích. Dále v pořadí jsou domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Nejmenší zastoupení ergoterapie mají sociálně terapeutické dílny, které dle výzkumu poskytují ergoterapii pouze z 50 %. Autorka tohoto výzkumu však sledovala pouze tyto zařízení sociálních služeb.

Ergoterapeut s odbornou kvalifikací působí pouze v 11 % zařízeních. V ostatním případě je ergoterapie prováděná jiným pracovníkem multidisciplinárního týmu, pečovatelem nebo sociálním pracovníkem (Součková, 2013). Nedostatek kvalifikovaných ergoterapeutů potvrzuje i Malíková (2020) v rámci domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Jirků a Vacková (2020) popisují nedostatek ergoterapeutů a fyzioterapeutů v sociálních službách pro osoby po získaném poškození mozku. I zde jsou terapie mnohdy prováděny jinými pracovníky (např. aktivizačními pracovníky, zdravotními sestrami) bez příslušné kvalifikace.

Brůha a Prošková (2011) uvádí, že ergoterapeut v rámci sociálních služeb může jednak poskytovat zdravotní (rehabilitační) péči a jednak může působit i jako pracovník sociálních služeb, který *„je oprávněn vykonávat základní výchovnou nepedagogickou činnost.“*.

To potvrzuje i zákon o sociálních službách, ze kterého vyplývá, že ergoterapeut může vykonávat v sociálních službách pozici pracovníka v sociálních službách, který vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá *„v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.“* (Česko, 2006)

Jelínková a Krivošíková (2007, s. 13) uvádí, že jeden z hlavních problémů ohledně uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách je to, že nejsou ergoterapeuti začleněni mezi okruh pracovníků sociálních služeb, jak je definuje zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *„V praxi nejsou ergoterapeuti v sociálních službách zaměstnávání jako ergoterapeuti dle zákona č. 96/2004 Sb., ale jsou vedeni jako pracovníci sociálních služeb*“. To znamená mnoho problémů. Nestanovení ergoterapeuta v sociálních službách zákonem může způsobit například problém zařadit ho do multidisciplinárního týmu odborníků.

Bouzek (2015) popisuje, že ergoterapeuti jsou v pobytových zařízeních sociální péče problematickou skupinou. Přestože ergoterapeut patří mezi zdravotnické pracovníky, v rámci sociálních služeb je často zaměstnán jako sociální pracovník. Jeho náplní práce je poté například arteterapie.

2.5 Intervence ergoterapeutů v sociálních službách

V následující části bakalářské práce autorka popisuje intervenci ergoterapeutů v rámci sociálních služeb. Pro přehlednost je kapitola rozdělena na ergoterapii v rámci pobytových, terénních a ambulantních služeb. Toto základní rozdělení je využito ze zákona o sociálních službách, který popisuje tyto tři formy poskytování sociálních služeb. Při přenesení do konkrétních typů služeb toto rozdělení není přesně striktní, neboť jednotlivé služby mohou být poskytovány kombinací forem, jak udává tento zákon. (Česko, 2006)

Pro účely bakalářské práce jsou popsány pouze nejčastější typy těchto služeb.

2.5.1 Ergoterapie v rámci pobytových služeb

Mezi pobytové služby řadí zákon o sociálních službách domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, odlehčovací služby, terapeutické komunity a další. Některé z těchto služeb nejsou čistě pobytové a mohou poskytovat i služby ambulantní či terénní. (Česko, 2006)

DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Mezi pobytové sociální služby určené **seniorům** patří především domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Malíková, 2020).

Jak popisuje zákon o sociálních službách, domov pro seniory je pobytové sociální zařízení, které je určeno osobám, jež nejsou soběstační především kvůli svému věku. Domov

se zvláštním režimem je určen pro klienty trpící závislostmi na návykových látkách, duševním onemocněním nebo osobám s různými typy demencí, kteří kvůli těmto příčinám mají sníženou soběstačnost a jsou odkázáni na péči druhé osoby. (Česko, 2006).

V posledních letech značně roste podíl osob ve věku nad 65 let v naší populaci. Tento podíl se bude s velkou pravděpodobností v nadcházejících letech stále zvyšovat (Malíková, 2020).

V pobytových zařízeních sociální péče pro seniory mají ergoterapeuti dlouhou historii, především kvůli jejich komplexnímu náhledu na člověka, kde pohlížejí na každého ve vztahu osoba – prostředí – zaměstnání (Dancewicz a Bissett, 2020). Pro kvalitní práci, individuální přístup a motivaci klientů je důležité se o klienty zajímat, znát jejich zdravotní i sociální stav a další informace s tím související (Suchá, 2013).

Malíková (2020) uvádí, že se u seniorů ergoterapie zaměřuje na podporu a udržování tvůrčích dovedností klienta, především na oblast jemné motoriky. Jsou zde také prováděny pohybové aktivity, oddechové aktivity, relaxace, různé společenské aktivity a reminiscenční terapie. Pravidelné fyzické cvičení přizpůsobené individuálně na daného klienta má u seniorů zásadní význam pro udržení dobré fyzické kondice (Frändin a kol., 2016).

Dle Suché (2013) se ergoterapeut věnuje u seniorů nácviku personálních všedních denních činností (ADL). V těchto intervencích se využívají kompenzační pomůcky nebo učení se činností modifikovaným způsobem. U seniorů se nejčastěji využívají následující typy pomůcek. Pomůcky k sebesycení (např. ergonomické příbory a hrnečky), pomůcky k oblékání (navlékače ponožek a punčoch, prodloužené lžíce na boty, zapínače knoflíků), pomůcky podporující mobilitu (chodítka, berle či vozíky), pomůcky do koupelny (madla, zvýšený nástavec na toaletu, sedačka na vanu či stolička do sprchy). Dále jsou pro seniory vhodné například dávkovače léků či podavače předmětů.

V rámci ergoterapie je snaha o to, aby se prolínalo mnoho podnětů, činností a metod. V průběhu činností se často pouští oblíbená hudba klientů, nebo dochází ke stimulaci čichu pomocí inhalace olejů. Také je využíváno střídání aktivních činností s relaxací, reminiscenční terapií a prvky volnočasových aktivit z důvodu udržení koncentrace klientů. V rámci aktivizace klientů zařazujeme do programu i skupinová pohybová a dechová cvičení. Pro zpestření se zde mohou konat oslavy při různých příležitostech. Ergoterapeut během terapií musí dbát na dostatečný pitný režim klientů. (Malíková, 2020)

Na geriatrickém pracovišti se ergoterapeuti mohou setkat s klienty po fraktuře stehenní kosti, po cévní mozkové příhodě, po operacích. Seniorům trvá rekonvalescence obvykle déle

než mladším osobám. Dále s touto skupinou souvisí rozvoj demence a snížení kognitivních funkcí. (Suchá, 2013; Murman, 2015)

U **klientů s poruchou kognitivních funkcí** může ergoterapie proces zhoršování kognitivních funkcí výrazně zpomalit či kognitivní schopnosti dokonce zlepšit. Výše kognitivního zlepšení závisí především na času stráveném ergoterapeutickými intervencemi. Studie dokazuje, že dvě hodiny ergoterapie týdně postačí k udržení kognitivních schopností. Deset hodin týdně vede k výraznému zlepšení kognitivních funkcí, a to především ke zlepšení paměti a pozornosti. Zlepšení kognitivních schopností může mít následně vliv na vykovávání všedních denních činností. (Peralta, Gascón a Latorre, 2017) U klientů s kognitivními poruchami jsou do terapií mnohdy zapojeni rodinní příslušníci, kteří jsou nápomocni při stanovování terapeutických cílů. Zároveň se klienti v některých případech sami méně angažují v terapiích než klienti bez kognitivních poruch. (Sackley a kol., 2015)

Kognitivní funkce je možno trénovat cíleně (se zaměřením na konkrétní oblast kognitivních funkcí, např. paměť, pozornost), nebo komplexně, a to při nácviku ADL. V rámci cíleného tréninku na paměť je využíváno zapamatování obrázků či slov. Trénink kognitivních funkcí komplexní formou může probíhat při nějaké všední činnosti, jako je například vaření. Kromě samotného tréninku ergoterapeut v rámci terapie kognitivních funkcí využívá kompenzační mechanismy či pomůcky. Mezi pomůcky se řadí např. diář, budík, mobil a další. (Švestková, 2015)

U **klientů s demencí** se ergoterapeut věnuje především tréninku kognitivních funkcí a nácviku soběstačnosti v ADL. Ergoterapeutické intervence v oblasti kognitivních funkcí mohou probíhat skupinově i individuálně. Skupinový trénink podporuje komunikační schopnosti klientů, zároveň pro ně může být zábavnější. Výhodou naopak individuálního tréninku je více zacílená práce na daného klienta. Důležité je seniory správně motivovat a podporovat je v činnostech, na které ještě mají funkční a kognitivní schopnosti. (Suchá, 2013)

Trénink ADL je u klientů s demencí značně ztížený, především kvůli zhoršení kognitivních funkcí. Ergoterapeut při nácviku soběstačnosti nesmí zapomenout na to, jak byl doposud klient zvyklý danou činnost provádět. Důležitá je také pravidelnost v činnostech a denní režim. Vhodný je pro klienta stálý terapeut a kratší intervence prováděné víckrát za den. Je podstatné dbát na správný způsob komunikace. Pro klienta je vhodné, když ergoterapeut předvádí dané činnosti na sobě, mluví srozumitelně a postup opakuje. (Suchá, 2013)

Funkční i kognitivní stav se může u klientů v pobytovém zařízení výrazně zhoršit při nástupu deliria. Ergoterapeut zde hraje zásadní roli v nefarmakologické péči. U klientů s deliriem je důležité, stejně jako u klientů s demencí, vhodně upravit prostředí (např. snížení

stresujících stimulů, dostatečné osvětlení). Ergoterapeuti se také snaží o zachování co největší mobility klientů. V případě deliria je důležitá spolupráce s rodinou a pečujícími. (Pozzi a kol., 2020)

Nácviku ADL se ergoterapeut věnuje i u klientů po **cévní mozkové příhodě.** Probíhá trénink celkové mobility a přesunů, který zahrnuje nácvik mobility na lůžku, stání, chůze a přesunů na židli. Jako další bod ergoterapeutické intervence je uvedena komunikace, která může zabrat až polovinu času terapií. Zahrnuje například edukaci klientů, pečujících i rodinných příslušníků, objednávání různého vybavení či jenom vyslechnutí klientů. Ergoterapeuti se věnují také oblasti prostředí – to zahrnuje výběr kompenzačních pomůcek jako je například mechanický vozík, pomůcky pro chůzi, upravené příbory či nástavec na toaletu. Kromě již zmiňovaných oblastí řeší ergoterapeuti také zvyšování rozsahů pohybu při omezení či terapii jiných poškození. (Sackley a kol., 2015)

V domovech se zvláštním režimem probíhá péče také o osoby s duševním onemocněním. U klientů s **duševním onemocněním** se ergoterapeuti snaží o nalezení činností, zásadních pro život klienta, a to ve spolupráci s klientem i jeho rodinou. Na těchto činnostech jsou postavené cíle klienta. Ergoterapeut pomáhá hledat klientovi strategie, jak se vypořádat s následky duševního onemocnění. Pomáhá klientovi najít smysluplné využití jeho času, činnosti, které budou pro jeho život naplňující a smysluplné. Ergoterapeuti se mohou věnovat také nácviku sociálních dovedností či úpravě denního režimu. (CAOT, 2016c)

Ergoterapie v pobytových zařízení pro seniory probíhá dle týdenních plánů, a to většinou v dopoledních hodinách, ve kterých je klientům zařazeno více pohybových prvků než odpoledne. Ergoterapie může probíhat i odpoledne, kde jsou klientům zařazovány obecně především nenáročné aktivity, aby nedocházelo ke zvyšování jejich únavy. Toto uspořádání je zde z důvodu rozdílné výkonnosti klientů v průběhu dne. (Malíková, 2020) Pokud se klienti ze zdravotních nebo jiných důvodů nemohou účastnit společných aktivit, ergoterapeut je navštěvuje na pokoji, kam také přináší potřebné pomůcky. (Malíková, 2020)

Domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem se mnohdy mohou potýkat s nedostatečnou kvalifikací pracovníků ergoterapie, proto jsou hlavní náplní často pouze aktivizační činnosti (Malíková, 2020). Důležitost odborné kvalifikace však zdůrazňují například Livingstone, Hefele a Leland (2020), kteří ve své studii potvrdili, že kvalitnější péči v domovech seniorů poskytují odborníci s odbornou kvalifikací.

DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM je dle zákona o sociálních službách určen pro osoby se zdravotním postižením, kteří z důvodu svého zdravotního omezení nejsou plně soběstační (Česko, 2006).

Stočková (2010) popisuje, že domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují ergoterapii formou ergoterapeutických dílen, ve kterých se klienti aktivizují pomocí práce se dřevem, šitím, pletením, tkaním či dalšími kreativními aktivitami. Tyto aktivity mají u klientů příznivý vliv na duševní a tělesnou pohodu.

2.5.2 Ergoterapie v rámci terénních služeb

Zákon o sociálních službách říká, že *„terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí“.* Jako terénní služby mohou být poskytovány následující: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, čitatelské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociální rehabilitace a další. (Česko, 2006)

V posledních letech, jedná se o dobu po vzniku nového zákona o sociálních službách, dochází k rozšiřování ambulantních služeb a služeb v domácím prostředí klientů či v oblasti komunit. Senioři tak nemusí nutně odcházet do péče ústavní. V současné době však o terénní a ambulantní služby není zatím takový zájem, pravděpodobně z důvodu, že tyto služby nejsou u nás tak hluboce zažité. (Malíková, 2020)

Dle Kadeřábkové (2020) pro své intervence využívají ergoterapeuti, kteří pracují v České republice v sociálních službách, domácí návštěvy až čtyřikrát častěji než ergoterapeuti, kteří se uplatňují ve zdravotnictví.

OSOBNÍ ASISTENCE A PEČOVATELSKÁ SLUŽBA jsou služby, které jsou určené osobám, kteří z důvodu svého zdravotního postižení, chronického onemocnění či vysokého věku nejsou plně soběstační. Pečovatelská služba je též poskytována ambulantní formou a rodinám s dětmi, jak popisuje zákon o sociálních službách. (Česko, 2006)

Cílem ergoterapie v domácí péči je dosažení co největší kvality klientova života, zlepšovat jeho zdravotní stav a pomoci mu být co nejvíce nezávislý ve svém přirozeném prostředí. Odborníci se v domácím prostředí věnují jak klientům s mírnými zdravotními problémy, tak klientům s těžkým zdravotním postižením. (Government of Canada, 2016) Ergoterapie poskytovaná v rámci domácího nebo komunitního prostředí se věnuje všem oblastem, které jsou pro klienta důležité a napomáhá klientovi v naplňování jeho životních rolí.

Domácí ergoterapeutická péče dokáže snížit potřebu lékařské pomoci nebo hospitalizace. (CAOT, 2016b)

Ergoterapeut se v domácím prostředí snaží o maximální soběstačnost klienta. Hodnotí jak interiér, tak exteriér bytu, a na základě zjištěných informací doporučuje úpravy a vhodné kompenzační pomůcky. (Švestková, 2015)

Pro **seniory** je mnohdy velice důležité zůstat žít v domácím prostředí, ve kterém může probíhat i rehabilitace. V rámci rehabilitace seniorů je také nezbytná spolupráce rodiny. (Randström a kol., 2013) Jestliže je klient závislý na pomoci druhých osob, je vhodné, aby měl zajištěné pečovatelské či asistenční služby, pomoc rodiny nebo domácí zdravotnickou péči. Senioři, kteří žijí v domácím prostředí mohou mít více sociálních kontaktů, díky návštěvám rodin, sousedů či mohou mít vlastní domácí mazlíčky. Ergoterapeut klienty motivuje k různým aktivitám. U seniorů, kteří žijí sami, je důležité jim pomoci najít vhodné zájmy a činnosti, díky nimž senioři zůstanou více aktivní. (Klusoňová, 2011)

Senioři mohou být omezeni strachem z pádu, především pokud se vrací do domácího prostředí po operaci, úrazu či cévní mozkové příhodě (Randström a kol., 2013). Taylor a kol. (2017) uvádí vhodnou individuální intervenci úprav domácího prostředí k prevenci pádů. Jedná se např. o odstranění prahů v domácnosti, odstranění koberečků, přidání dostatečného a vhodně dostupného osvětlení, přidání zábradlí, upravení výši pohovky a postele, odstranění případných překážek v cestách, zvýšení toalety, přidání protiskluzné podložky do koupelny. Kromě úprav domácího prostředí je vhodný také trénink rovnováhy a svalové síly, kontrola medikace a kontrola zraku (Capolillo a Iliffe, 2014; Suchá, 2013).

Studie věnující se klientům po **totální endoprotéze kyčle** potvrzuje, že domácí návštěvy ergoterapeutů značně zvyšují efektivnosti ergoterapie. Ergoterapeuti při domácích návštěvách mohou lépe doporučit konkrétní úpravy domácího prostředí. Jsou doporučovány kompenzační pomůcky do domácnosti, především stolička do sprchy, madla k toaletě, výškově nastavitelná židle nebo podavač na předměty. Dále terapeuti doporučují domácí úpravy jako například odstranění koberečků, úpravy přístupu do domu, či změnu umístění postele. Je věnována pozornost také úpravám samotného provádění personálních a instrumentálních ADL, ve vztahu ke zvýšení bezpečnosti. (Lockwood a kol., 2020)

Ergoterapie má své velké uplatnění i v domácí péči o klienty s **Alzheimerovou nemocí.** Terapeuti se zaměřují na nácvik ADL, konkrétní smysluplné činnosti, rozvoj psychomotorických a senzorických schopností, rozvoj kognitivních funkcí, úpravy domácího prostředí a poradenství pro pečovatele. Ergoterapeutické intervence jsou efektivní při každodenní frekvenci od rané fáze onemocnění. U klientů s Alzheimerovou nemocí je efektivní

ergoterapie v přirozeném prostředí klienta, kde je možno používat předměty jemu běžně známé. Ergoterapie umožňuje klientům žít samostatnější život ve svých domovech a možnost zůstat co nejdéle v domácím prostředí. (Ávila a kol., 2018)

Domácí ergoterapie hraje také nezastupitelnou roli u klientů po **cévní mozkové příhodě.** U klientů v rámci jedné studie nastalo prokazatelné zlepšení kognitivních funkcí a provádění ADL. Techniky ergoterapie jsou zaměřeny na zlepšení či pouze udržení schopností klienta, ale také na prevenci. V rámci terapií probíhá nácvik personálních a instrumentálních ADL, stimulace kognitivních funkcí, psychomotorických dovedností, poradenství pro rodinu, hodnocení a úprava domácího prostředí, aplikace ortéz a dlah, nácvik držení těla, doporučení a nácvik používání různých informačních a komunikačních technologií, poradenství ohledně práce, studia či trávení volného času. (Ávila a kol., 2014)

Do terénních sociálních služeb patří také sociální služba RANÁ PÉČE, která se věnuje **dětem** do 7 let se zdravotním postižením, jak popisuje zákon o sociálních službách (Česko, 2006). V rámci rané péče je kladen důraz na vývoj dítěte v jeho přirozením domácím prostředí. Ergoterapeut se snaží začlenit terapie do denních rutin rodiny. Ergoterapie pomáhá zlepšit kognitivní, smyslové i motorické schopnosti dětí. Zaměřuje se také na komunikaci a pomáhá dětem učit je herní dovednosti. Ergoterapeuti se snaží v co největší míře podporovat fyziologický vývoj dětí. Mají velkou roli při psychické podpoře rodiny. (Opp, 2021)

2.5.3 Ergoterapie v rámci ambulantních služeb

Mezi ambulantní sociální služby zákon o sociálních službách řadí centra denních služeb, denní stacionáře, kontaktní centra, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci. Ambulantně mohou být také poskytovány průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, pečovatelské služby, raná péče, tlumočnické služby a další. Formy poskytování sociálních služeb se v některých případech prolínají. (Česko, 2006)

DENNÍ STACIONÁŘE A CENTRA DENNÍCH SLUŽEB jsou určeny klientům, kteří vyžadují pomoc druhé osoby z důvodu zdravotního postižení nebo věku. Centra denních služeb jsou určena také pro osoby s chronickým onemocněním. Denní stacionáře se mohou zaměřovat rovněž na osoby s chronickým duševním onemocněním, jak udává zákon o sociálních službách. (Česko, 2006) Mezi těmito dvěma typy sociálních služeb je rozdíl v poskytnuté míře pomoci

při všedních denních činnostech. Větší míru pomoci poskytují stacionáře. (Bendová a Zikl, 2011)

V rámci ergoterapie ve stacionářích pro osoby s **tělesným a mentálním postižením** probíhá doporučování kompenzačních pomůcek k provádění ADL, nácvik grafomotoriky, bazální stimulace či ergodiagnostika. (Centrum Arpida, 2020)

Ve stacionářích a denních centrech jsou mnohdy organizovány ergoterapeutické dílny. Ty mohou mít různé oblasti zaměření, například výtvarné či řemeslné. Dílny pomáhají klientům v jejich sociálním a psychomotorickým rozvoji a dávají osobám s těžkým handicapem možnost seberealizace. (Slowík, 2016)

V rámci denního stacionáře u dětí s **kombinovaným postižením** probíhá nácvik motorických dovedností, soběstačnosti, kognitivních funkcí, smyslů a rozvoj vnímání tělesného schématu. Ergoterapeuti se zaměřují také na hodnocení a úpravu domácího prostředí, výběr vhodných kompenzačních pomůcek. (Vilímcová a Hrabalová, 2021)

Ve stacionářích pro osoby s **duševním onemocněním** je klient pomocí individuálně stanovených cílů veden k procesu zotavení – recovery (Hultqvist a kol., 2017). Tjörnstrand. Bejerholm a Eklund (2013) popisují důležitost denních stacionářů pro osoby s duševním onemocněním. Denní stacionáře mohou být dvou typů, nebo v kombinaci. První typ je charakterizován tím, že účastníci mají nějaký produktivní cíl (např. výroba nějakého produktu, oprava nábytku) a druhý je pouze volnočasový, sloužící především jako místo k setkávání. Autoři uvádí, že ergoterapeuti v těchto zařízeních působí v menší míře. Denní centra pomáhají klientům určit si strukturu dne, naučit se něco nového či dávají klientům možnost převzít za něco zodpovědnost.

Ergoterapie má své uplatnění i v denních stacionářích pro **seniory**. Breaz a Moldovan (2017) popisují aktivní zapojení seniorů v denním stacionáři do pracovních činností jako je šití a pletení oblečení pro děti a vyrábění dřevěných hraček. Při docházení seniorů do denních stacionářů u nich výrazně poklesly depresivní nálady a došlo k navázání nových kontaktů.

SOCIÁLNÍ REHABILITACE je služba, která vede klienty k co největší samostatnosti a soběstačnosti ve společnosti. V rámci sociální rehabilitace probíhají aktivizační, vzdělávací a výchovné činnosti, nácvik péče o vlastní osobu a další činnosti pomáhající klientovi k sociálnímu začlenění, jak uvádí zákon o sociálních službách. (Česko, 2006) Dle Klusoňové (2011) sociální rehabilitace pomáhá klientům řešit jejich ekonomické zajištění (důchody a příspěvky) a jejich zapojení do společnosti i do zdravé populace. Řeší všechny oblasti týkající se sociálních problémů. V rámci sociální rehabilitace má ergoterapie rozsáhlé uplatnění.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zmapovat a popsat současnou situaci v uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice.

3.2 Otázky bakalářské práce

Pro naplnění cíle této práce jsou vytvořeny následující otázky bakalářské práce.

1. Jaká část ergoterapeutů se uplatňuje v sociálních službách?
2. Ve kterých typech sociálních služeb se ergoterapeuti uplatňují?
3. Na jaké pozici ergoterapeuti v sociálních službách oficiálně působí a z jakých finančních zdrojů jsou hrazeni?
4. Jaká je náplň práce ergoterapeutů v sociálních službách?

3.3 Metodologie

Výzkum v této práci je smíšený, dochází v něm ke kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod, které se vzájemně doplňují. Autorka volí tento typ výzkumu z důvodu využití prvků z kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum má jednu z předností, že jeho výsledky lze zobecnit na celou populaci. Dále provádění tohoto výzkumu není přímo ovlivňováno jeho autorem. Kvantitativní výzkum vychází z předem stanovených hypotéz, které ověřuje. Oproti tomu kvalitativní výzkum nové teorie tvoří. Zde existuje také velká provázanost s tímto výzkumem. Nejsou stanoveny přesné hypotézy, neboť daná oblast není dosud na našem území tak podrobně prozkoumána. Autorka stanovuje pouze výzkumné otázky. Usiluje o vytvoření nových teorií. Smíšený výzkum umožňuje dosáhnout celkově komplexnějších a úplnějších znalostí, ze kterých při dostatečně velkém vzorku můžeme provést zobecnění. (Hendl, 2016)

V rámci této práce autorka provádí jednorázové průřezové šetření pomocí dotazníku (Hendl, 2015; Hendl a Remr, 2017). Jednorázové šetření je vybráno z důvodu potřeby zmapovat aktuální situaci. Pro potřeby této bakalářské práce je vytvořen strukturovaný dotazník (viz Příloha č. 1), který byl rozesílán online formou. Dotazník je sestaven tak, aby pomocí něho bylo možné zodpovědět otázky bakalářské práce. Výhodou takového dotazníku je, že vede k ekonomickému získání dat a je vhodný pro použití u velkého vzorku osob. Mezi hlavní nevýhody dotazníku patří, že otázky nemusí být pro respondenta dostatečně srozumitelné.

(Hendl a Remr, 2017) Metoda dotazníku je vybrána především proto, že umožňuje získat data od velkého množství osob a není nijak finančně náročná.

3.3.1 Výzkumný soubor a výběr vzorku

Autorka volí stejná kritéria výzkumného souboru jako uvádí Kadeřábková (2020) ve své diplomové práci. V rámci této diplomové práce je provedeno rozsáhlé dotazníkové šetření vedoucí ke zjištění profilu profese ergoterapie v České republice (Kadeřábková, 2020). V rámci této bakalářské práce je prováděn podobný výzkum, pro obdobný vzorek respondentů, avšak s cílem se zaměřit především na sociální služby. Z tohoto důvodu jsou zvolena stejná kritéria výzkumného souboru.

1. Ergoterapeut/ka pracující v oboru ergoterapie v České republice.
2. Ergoterapeut/ka pracující na jakýkoliv pracovní úvazek (zahrnující i mateřskou a rodičovskou dovolenou, OSVČ, DPP, DPČ).
3. Ergoterapeut/ka, který/á vystudoval/a obor ergoterapie (dle §7 Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických polováních).
4. Ergoterapeut/ka s dobrovolnou účastí na výzkumu (schopnost dotazník kompletně vyplnit dle instrukcí a následně odeslat). (Kadeřábková, 2020)

Respondenti, kteří nesplňují všechna tato kritéria, nejsou do výzkumu zařazeni.

Nejvhodnější je provést výběr vzorku náhodný, kde každý respondent má stejnou pravděpodobnost se zúčastnit výzkumu (Hendl, 2015). Tento způsob výběru však není v rámci tohoto výzkumu možný, jelikož neexistuje souhrnný systém, který zahrnuje všechny ergoterapeuty v České republice. Pro vysokou míru reprezentativnosti výsledků se autorka snaží oslovit co největší množství ergoterapeutů napříč Českou republikou.

Pro tento výzkum jsou zvoleny dva způsoby výběru vzorku, a to na základě dobrovolnosti a na základě dostupnosti. První způsob výběru znamená, že se jedinci mají možnost sami rozhodnout, zda se do výzkumu zapojí či nikoliv. Druhý způsob výběru je na základě dostupnosti, což znamená, že vybíráme jedince, kteří jsou pro autory výzkumu vhodně dostupné. (Hendl, 2015) Pro potřeby tohoto výzkumu jsou vybráni respondenti dostupní skrze Českou asociaci ergoterapeutů (ČAE), sociální sítě a e-mailové adresy.

K získávání dalších respondentů pro potřeby tohoto výzkumu autorka využívá také metodu sněhové koule, která znamená, že jednotliví respondenti kontaktují další osoby vhodné k zapojení do výzkumu. (Řehák, 2018)

3.3.2 Dotazník

Pro potřeby bakalářské práce je sestaven vlastní dotazník prostřednictvím webu Google Formulář. Celý dotazník lze nalézt v Příloze č. 1.

Popis dotazníku

Dotazník je rozdělen na dvě hlavní části. První část je určena pro všechny ergoterapeuty a zahrnuje otázky týkající se základních informací o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání, počet let praxe) a pracovního umístění (kraj, sektor pracovního úvazku, typ pracovního úvazku). Poslední otázkou této části dochází k rozdělení dotazníku. Pro ergoterapeuty, kteří nepracují v sociálních službách je tedy dotazník ukončen. V druhé části pokračují ergoterapeuti, kteří alespoň částečně v sociálních službách působí.

Druhá část dotazníku se zaměřuje pouze na sociální zařízení. Obsahuje dvě hlavní části – zařízení sociálních služeb a ergoterapie v sociálních službách. Respondenti jsou dotazováni na typ sociálního zařízení, ve kterém pracují, na klienty, kterými pracují, kdo je poskytovatelem daného sociálního zařízení. Dále autorka zjišťuje, jak se formálně nazývá pozice, na které ergoterapeuti v sociálních službách působí, zda se s touto pozicí nepojí nějaké problémy. Následovně také z jakých finančních zdrojů jsou ergoterapeuti hrazeni a jaká je forma a náplň jejich terapií.

Dotazník obsahuje celkem 20 otázek. Otázky jsou následujících typů: uzavřené (celkem 8 otázek), polouzavřené (celkem 8 otázek), otevřené (4 otázky). Uzavřené otázky zahrnují otázky výčtové (možnost zaškrtnout více odpovědí), výběrové (možnost označit pouze jednu odpověď) a otázky s formou matice. Otázka s formou matice znamená, že respondent vybírá řádek a k němu konkrétní sloupec. Autorka využívá tento typ otázek ke zkrácení dotazníku a dále k získání většího množství informací. Otevřené otázky jsou dobrovolné a slouží především k doplnění předchozí otázky. Respondenti zde dostávají možnost volné odpovědi. Otevřené otázky jsou zvoleny tam, kde se dají předem hůře předvídat možné odpovědi. U polouzavřených otázek mají respondenti možnosti na výběr a dále mohou doplnit možnost „jiné“. Možnost „jiné“ s sebou nese riziko, že respondenti označí tuto možnost, přestože by mohli vybrat jednu z předem daných možností (Hendl a Remr, 2017). Autorka však tuto možnost využívá, aby mohla vyhovět i těm respondentům, kterým se nehodí žádná z nabízených odpovědí.

Průběh sestavování dotazníku

Při tvorbě dotazníku je kladen důraz především na jeho srozumitelnost. Autorka nepoužívá naváděcí otázky, které by mohly nějakým způsobem ovlivnit odpověď, a otázky obsahující zápor. Dotazník je přiměřeně dlouhý. Autorka pro co největší pochopení a jednodušší vyhodnocování dotazníku zařazuje především uzavřené a polouzavřené otázky. Tímto zkracuje čas vyplňování dotazníku pro respondenty. Otevřené otázky jsou zařazeny pouze čtyři. Jedna k otázce na další vysokoškolské vzdělání a dále tři doplňkové otázky k uzavřeným otázkám s formou matice, kam mohou respondenti dopisovat potřebné informace. Otevřené otázky jsou zařazeny z důvodu široké škály možností odpovědí na dané otázky.

Otázky zjišťující demografické údaje, vzdělání, místo práce a pracovní úvazek se nachází na začátku dotazníku, jelikož jsou společné pro všechny respondenty. Tyto otázky jsou zařazeny z důvodu následné analýzy dat a zjišťování případného rozdílu v uplatnění ergoterapeutů na základě demografických údajů.

Otázky týkající se zařízení sociálních služeb a ergoterapie v sociálních službách jsou sestavovány tak, aby se prostřednictvím nich daly vyhodnotit výzkumné otázky bakalářské práce.

Možnosti odpovědí k jednotlivým otázkám jsou vytvořeny na základě dostupné literatury, českých zákonů a vědomostí, které autorka práce získala během studia literatury v teoretické části práce a během svého studia.

Po vytvoření dotazníku je před samotným sběrem dat provedena pilotáž k ověření srozumitelnosti a vhodnosti formulace otázek v dotazníku. V rámci pilotáže je prostřednictvím e-mailu rozeslána zkušební verze dotazníku deseti ergoterapeutům k získání zpětné vazby. Je vybráno sedm ergoterapeutů pracujících v sociálních službách a tři z jiných odvětví (zdravotnictví, školství). Na tyto ergoterapeuty je získán kontakt prostřednictvím odborných praxí v rámci studia. Zkušební verze dotazníku obsahuje za každou otázkou otevřenou otázku navíc, ve které mohou účastníci uvést zpětnou vazbu přímo k dané otázce. Na základě vyplněných zkušebních dotazníků a reakcí účastníků je dotazník upraven do finální podoby. Dochází k rozdělení dvou maticových otázek (jedna se týká klientů – věku a typu disability, druhá typu sociálního zařízení). U otázky týkající se náplně práce ergoterapeutů jsou přidány nové možnosti odpovědí. Dále jsou vytvořeny dvě nové uzavřené otázky s formou matice – otázka zjišťující pracovní úvazek a odvětví, otázka zaměřující se na pobytovou, ambulantní či terénní formu poskytování služeb.

Vyplněné dotazníky z předvýzkumu nejsou do vlastního výzkumu nijak zařazeny a respondenti dostanou možnost vyplnit dotazník v oficiálním výzkumu znovu.

3.3.3 Průběh realizace výzkumu

Samotný výzkum probíhal od 15. prosince 2020 do konce ledna 2021. Ve snaze získat co nejvíce odpovědí jsou respondenti oslovováni opakovaně. Respondenti jsou informováni, aby dotazník vyplnili pouze jednou.

Dotazník je šířen online formou. Autorka rozesílá dotazník e-mailem ergoterapeutům, na které získala kontakty během studia. Dále využívá kontakty z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) a z Registru poskytovatelů služeb od MPSV. Je navázána spolupráce s ČAE a autorka sdílí dotazník také sama na sociální sítí Facebook.

NRPZS poskytuje informace mimo jiné o *„poskytovatelích zdravotních služeb a poskytovatelích sociálních služeb, kteří poskytují zdravotní služby“* (NRPZS, 2016). V rámci tohoto registru autorka využívá filtr služeb na obor péče „ergoterapeut“, díky němuž získává seznam zařízení, ve kterém ergoterapeuti působí. Z nalezených zařízení jsou dohledány přes jejich webové stránky kontakty na ergoterapeuty. Pokud není přímý kontakt na ergoterapeuta dohledán, je dotazník rozeslán na kontaktní e-mail daného zařízení, s prosbou o přeposlání ergoterapeutům.

Dále je využit Registru poskytovatelů služeb, který zřizuje MPSV. Zde není možné využít filtr na poskytování ergoterapie, proto autorka rozesílá e-maily do všech zařízení sociálních služeb na kontaktní e-maily uvedené v registru. (MPSV, 2020a)

Sběr dat probíhá následovně. Nejprve je rozeslán dotazník e-mailem ergoterapeutům, na něž jsou získány kontakty během studia a ergoterapeutům, na které jsou kontakty vyhledány pomocí NRPZS (celkem 59 adres). Následně jsou osloveny kontaktní osoby zařízení z NRPZS, kde se nedaří dohledat kontakty přímo na ergoterapeuty (122 adres). Dále je dotazník nasdílen na facebookových skupinách – Ergoterapeuti z ČR (1161 členů), Ergoteam 1.LF (115 členů) a Ergoterapie 1.LF UK (236 členů). ČAE nasdílí dotazník na svých webových stránkách, na Facebooku (1128 sledujících) a rozesílá ho svým členům (230 adres). Dále posílá autorka práce dotazník poskytovatelům sociálních služeb, a to na e-maily uvedené v registru sociálních služeb (3535 adres) s prosbou o přeposlání ergoterapeutům na pracovišti.

3.3.4 Metody analýzy dat

Zpracování dat z dotazníku probíhá pomocí programu MS Excel. Je využita popisná statistika a pro větší přehlednost také tabulky a sloupcové, pruhové či koláčové grafy (Hendl, 2015).

Pro analýzu otevřených otázek je použito kategorizování a kódování (Hendl a Remr, 2017). Jednotlivé kategorie jsou vytvořeny ze shodných odpovědí od většího množství respondentů. V některých případech je využit pouze výčet jednotlivých odpovědí.

Varianta „jiné“ v rámci vyhodnocených otázek a v grafech obsahuje možnosti, které nelze nijak přiradit k již existujícím možnostem odpovědí. Zde je využíván k vyhodnocení především výčet jednotlivých možností, ale také kategorizování jako u otevřených otázek.

Jsou vyhodnoceny jednotlivé položky dotazníku. Dále probíhá vzájemné porovnání mezi některými otázkami, aby došlo k podrobnějšímu popisu a vyhodnocení dané problematiky. Vyhodnocení směřuje k cíli a k otázkám bakalářské práce.

3.3.5 Etika výzkumu

O informacích potřebných pro respondenty týkajících se etiky výzkumu jsou respondenti informováni v úvodu dotazníku (viz Příloha č. 1).

Dotazník je anonymní, což znamená, že není možné z odpovědí dotazníku rozpoznat totožnost daného respondenta (Hendl a Remr, 2017). Sběr dat probíhá online formou, což je vhodné pro zachování anonymity. Data jsou nasbírána od respondentů napříč celou Českou republikou, kde z každého kraje autorka získává alespoň čtyři respondenty. V rámci sociálních služeb z některých krajů dostává odpověď pouze od jednoho. Možné dopátrání identity jedinců je ošetřeno tak, že nejsou sdělovány konkrétní informace ke vztahu respondenta ke kraji. V žádném z krajů není možné dopátrat identitu jedinců. Při zpracování dat dochází k vyhodnocení a popisu celku, případně k porovnávání jednotlivých otázek. V žádném případě nedochází ke sdílení celých odpovědí jednotlivých respondentů, kde by mohla být kvalita anonymity již zavádějící.

Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné, dotazníkové šetření nemá respondentům nijak uškodit (Hendl a Remr, 2017). Na dobrovolnost jsou respondenti upozorněni v úvodu dotazníku.

Respondenti jsou dále informováni, že data získaná z dotazníku mohou být následně použita pro publikační účely a že vyplněním dotazníku s následným nakládáním dat souhlasí. Respondenti jsou tedy informováni o záměrech výzkumu (Hendl a Remr, 2017). Žádné okolnosti týkající se výzkumu nejsou zatajeny.

Autorka práce se dále snaží odhalit pozitivní i negativní aspekty výzkumu. Data nejsou nijak upravována či přibarvována. Není cíleně prováděna špatná analýza. (Hendl a Remr, 2017)

3.4 Výsledky dotazníkového šetření

V rámci dotazníkového šetření je získáno celkem 298 odpovědí. Z tohoto počtu musí být některé odstraněny, jelikož respondenti nesplňují podmínky pro účast v tomto dotazníkovém šetření. Ve všech případech je důvodem k odstranění z dotazníkového výzkumu nedostatečné vzdělání k výkonu povolání ergoterapeuta. Jako platných je vyhodnoceno 265 odpovědí.

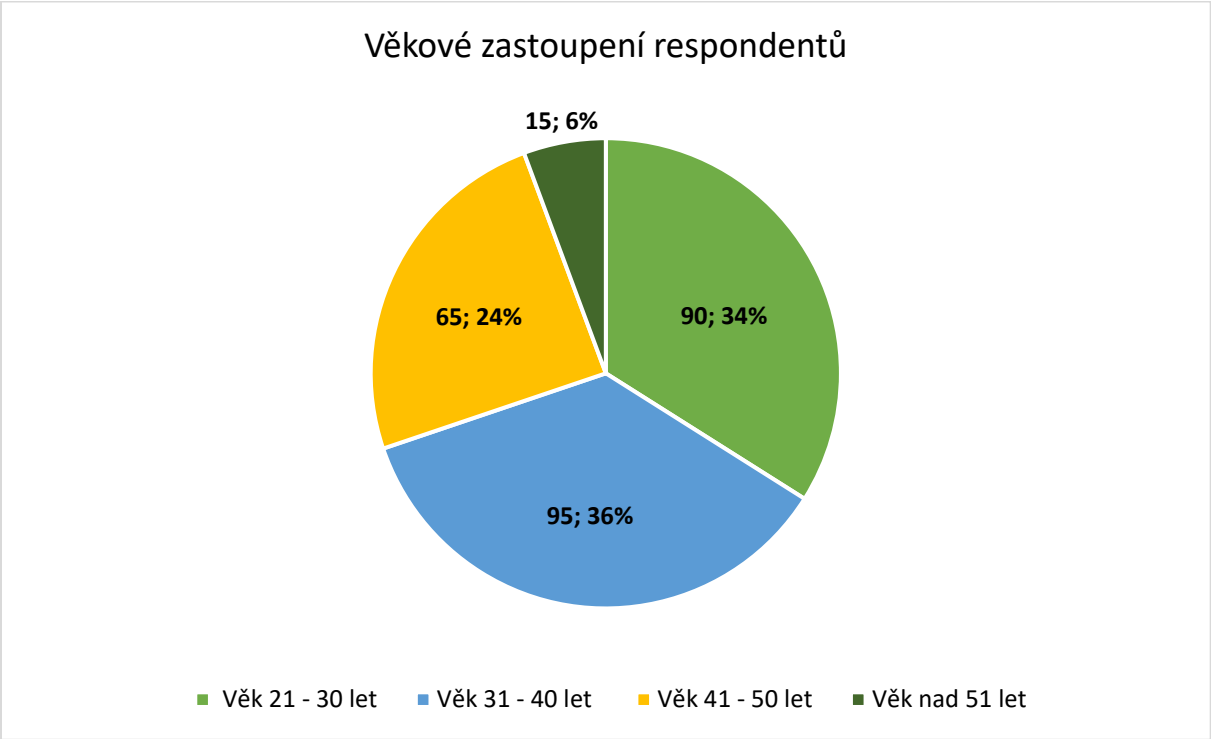
Vzhledem k formě šíření dotazníku není možné zjistit procento návratnosti.

Demografické údaje

Naprostá většina respondentů jsou ženy. Z celkového počtu 265 odpovědí autorka získává 264 odpovědí od žen (99,6 %) a pouze 1 odpověď od muže (0,4 %). V rámci sociálních služeb je zastoupeno 100 % žen.

Věkové rozložení respondentů ukazuje graf č. 3.4.1. Největší podíl mají ergoterapeuti ve věku 31–40 let (36 %) a 21–30 let (34 %). Téměř čtvrtina respondentů (24 %) je ve věku 41–50 let. Nejméně je zastoupena věková skupina nad 51 let (6 %).

Graf č. 3.4.1 *Věkové zastoupení respondentů*



Porovnání věkového rozložení u ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách zobrazuje tabulka č. 3.4.1. Mezi ergoterapeuty v sociálních službách je zaznamenán menší podíl respondentů ve věku 21–30 let, oproti ergoterapeutům, kteří v sociálních službách nijak nepůsobí. Naopak zde je větší podíl ergoterapeutů starších, ve věku 41–50 let. Při celkovém porovnání mladších (21–40 let) a starších (41 a více) ergoterapeutů je zjištěno, že celkový podíl starších ergoterapeutů v sociálních službách je 40 %, zatímco mezi ergoterapeuty, kteří v sociálních službách vůbec nepůsobí, je to 21,4 %.

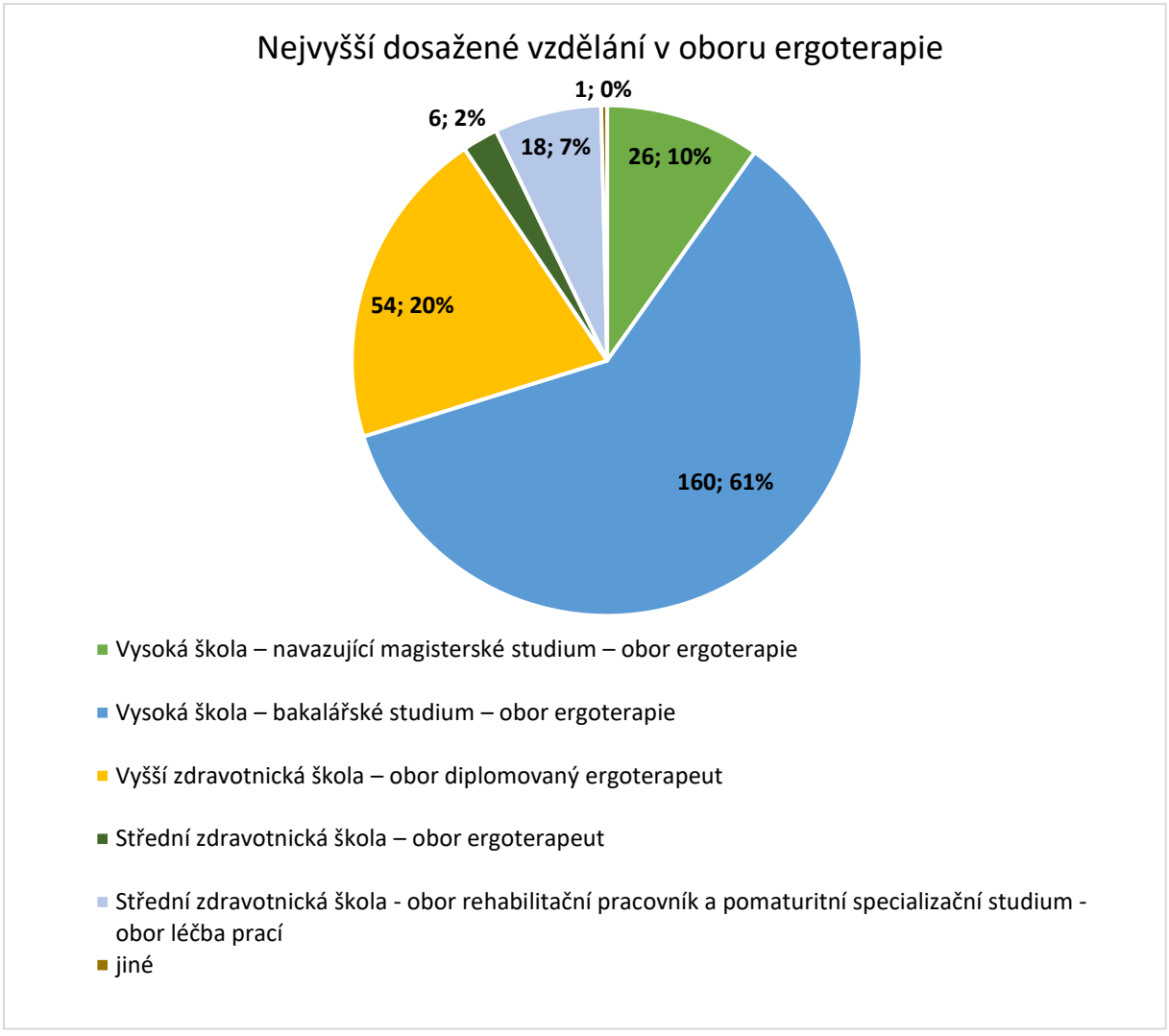
Tabulka č. 3.4.1 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle věku*

	Pracující v sociálních službách, n = 125		**Nepracující v sociálních službách, n = 140**	
Věkové rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk 21–30 let	34	**27,2 %**	56	**40,0 %**
Věk 31–40 let	41	32,8 %	54	38,6 %
Věk 41–50 let	41	**32,8 %**	24	**17,1 %**
Věk 51 nebo více let	9	7,2 %	6	4,3 %

Na nejvyšší vzdělání respondentů v oboru ergoterapie poukazuje graf č. 3.4.2. Největší část respondentů (61 %) má dosažené nejvyšší studium v oboru ergoterapie studium bakalářské. Značné množství (20 %) uvádí vyšší zdravotnickou školu – obor diplomovaný ergoterapeut. Navazující magisterské studium označuje 10 % respondentů.

Kategorie „jiné“ zahrnuje jednoho respondenta. Zde je uvedena atestace v ergoterapii pro dospělé, kde respondent neuvádí výši vzdělání.

Graf č. 3.4.2 *Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie*



Mezi ergoterapeuty pracujícími v sociálních službách je 52 % respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru ergoterapie bakalářským. Oproti tomu mezi ergoterapeuty, kteří v sociálních službách nepracují, je tento podíl větší, představuje 67,9 %. Menší část respondentů pracujících v sociálních službách má navazující magisterské studium v oboru

ergoterapie, ale podíl je téměř srovnatelný jako u ergoterapeutů nepracujících v sociálních službách.

V sociálních službách je celkově větší procento ergoterapeutů bez vysokoškolského vzdělání v oboru – celkem 37,6 %. Mezi respondenty, kteří v sociálních službách nepůsobí, je tento podíl pouze 22,1 %.

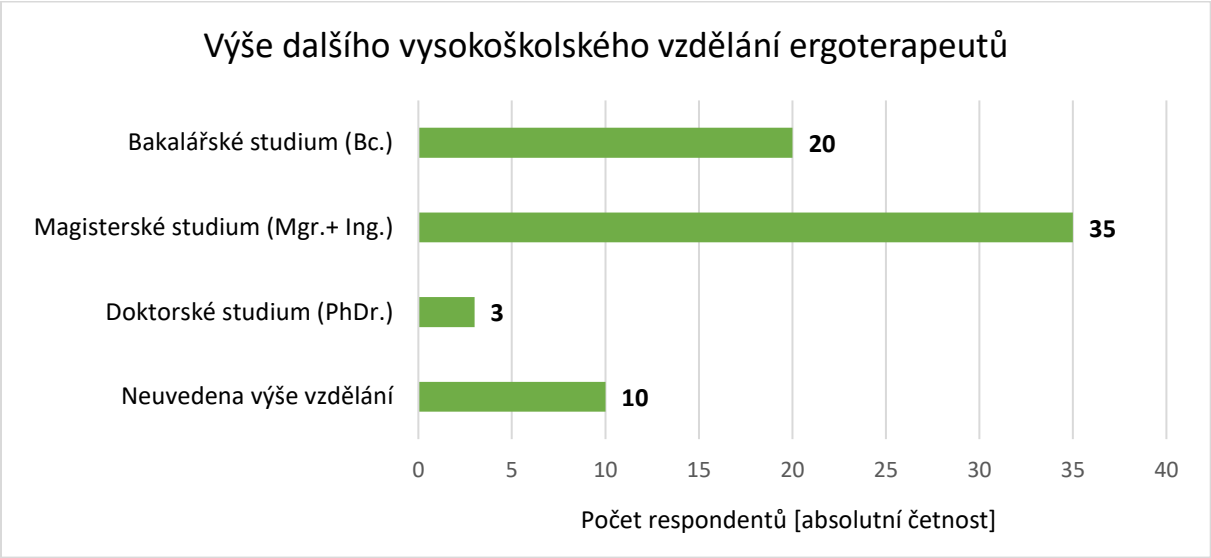
Podrobné rozložení vzdělání zobrazuje tabulka č. 3.4.2.

Tabulka č. 3.4.2 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle vzdělání*

	Pracující v sociálních službách, n = 125		**Nepracující v sociálních službách, n = 140**	
Výše vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vysoká škola – bakalářské studium – obor ergoterapie	65	**52,0 %**	95	**67,9 %**
Vysoká škola – navazující magisterské studium – obor ergoterapie	13	10,4 %	13	9,3 %
Vyšší zdravotnická škola – obor diplomovaný ergoterapeut	30	**24,0 %**	24	**17,1 %**
Střední zdravotnická škola – obor ergoterapeut	5	**4,0 %**	1	**0,7 %**
Střední zdravotnická škola – obor rehabilitační pracovník a pomaturitní specializační studium – obor léčba prací	12	**9,6 %**	6	**4,3 %**
Jiné	0	0,0 %	1	0,7 %

Další vysokoškolské vzdělání mimo obor ergoterapie uvádí 67 respondentů, což odpovídá čtvrtině z celkového počtu 265. Tři respondenti mají současně dvě další vysokoškolská vzdělání. Magisterský titul získává téměř polovina (33) z těchto respondentů. Téměř třetina (20) uvádí titul bakalářský. Mezi méně zmiňovanými tituly patří titul doktorský, který uvádí tři respondenti (4,5 %) a titul inženýr – dva respondenti (3 %). Někteří respondenti (8) uvádí obor, avšak bez výše vzdělání. Dva respondenti sdělují pouze, že získali další vzdělání, avšak neuvádí ani obor, ani výši vzdělání. Výši dalšího vzdělání ergoterapeutů zobrazuje graf č. 3.4.3.

Graf č. 3.4.3 *Výše dalšího vysokoškolského vzdělání ergoterapeutů*

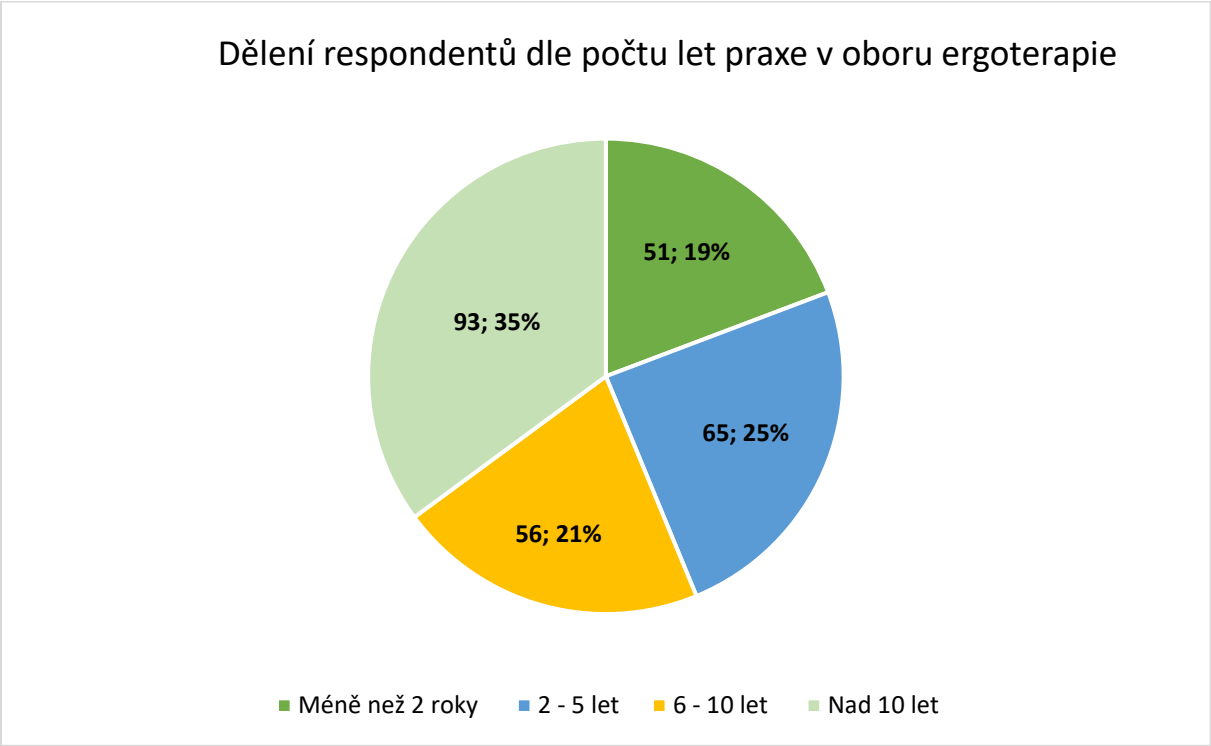


Mezi nejčastěji zmiňovanými dalšími studovanými obory je speciální pedagogika (16 respondentů), řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních (7) a fyzioterapie (6). Dále se v menším počtu objevuje andragogika; sociálně – rehabilitační péče; koordinace rehabilitace a dlouhodobé zdravotně sociální péče; rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby; sociální a charitativní práce a psychologie. V jednotkovém počtu respondenti uvádějí také obory jako jsou například zdravotnický záchranář, nutriční terapeut, teologické nauky, teologie, chov zvířat, zdravotní sestra, sport pro osoby s handicapem, zdravotnický management, zoo rehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty, speciální výchova zdravotně postižených, daně a finanční kontrola, ekonomika a management či učitelství pro 1. stupeň základních škol.

Počet let praxe v oboru ergoterapie

Rozdělení ergoterapeutů dle počtu let praxe zdůrazňuje následující graf č. 3.4.4. Největší zastoupení (35 %) má skupina s praxí v oboru ergoterapie nad 10 let.

Graf č. 3.4.4 *Dělení respondentů dle počtu let praxe v oboru ergoterapie*



Počet let praxe ergoterapeutů pracujících v sociálních službách znázorňuje tabulka č. 3.4.3. v porovnání s ergoterapeuty, kteří v sociálních službách nepůsobí. Čerství absolventi s praxí méně než 2 roky se častěji uchylují k práci mimo sociální služby. Naopak pracovníci s praxí od 2 do 5 let nesou větší podíl mezi ergoterapeuty pracujícími v sociálních službách. Zde mají mírně vyšší podíl také ergoterapeuti s praxí nad 10 let.

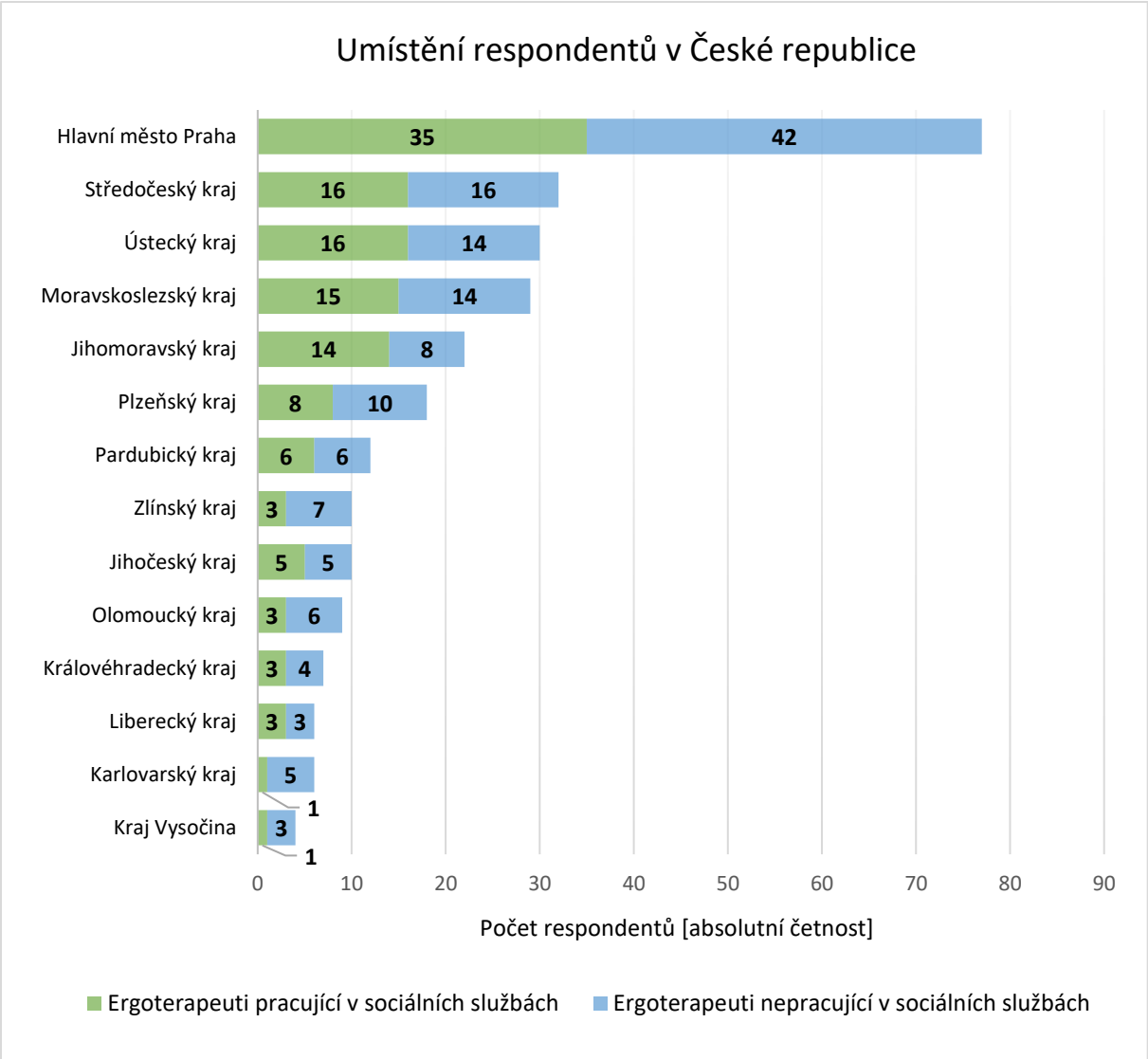
Tabulka č. 3.4.3 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle počtu let praxe*

	Pracující v sociálních službách, n = 125		**Nepracující v sociálních službách, n = 140**	
Počet let praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 2 roky	14	**11,2 %**	37	**26,4 %**
2-5 let	39	**31,2 %**	26	**18,6 %**
6–10 let	24	19,2 %	32	22,9 %
Nad 10 let	48	**38,4 %**	45	**32,1 %**

Pracovní umístění v České republice

Nejvíce ergoterapeutů uvádí, že působí v hlavním městě Praha. Velký počet respondentů je také z kraje Středočeského, Ústeckého a Moravskoslezského. Nejméně respondentů pochází z kraje Vysočina. Podrobné rozložení, včetně zobrazení respondentů, kteří pracují v sociálních službách, zobrazuje graf č. 3.4.5. Sedm respondentů uvádí, že působí ve dvou krajích zároveň.

Graf č. 3.4.5 *Umístění respondentů v České republice*



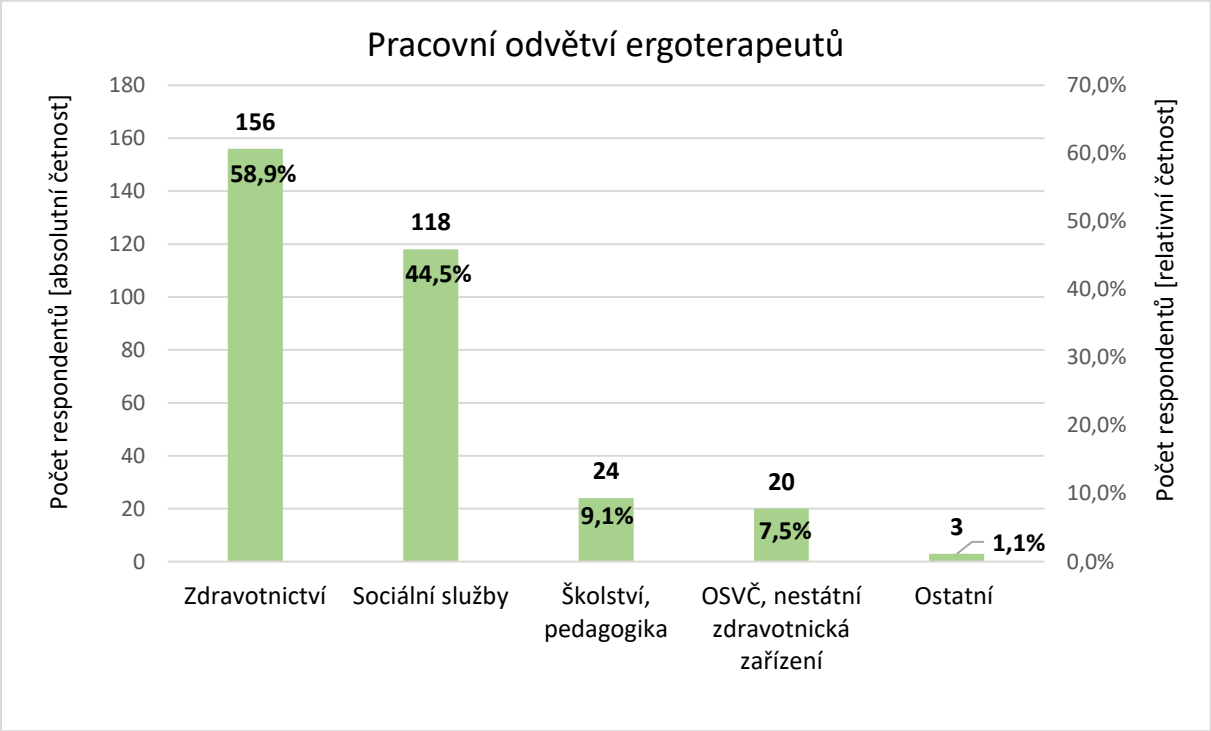
Pracovní odvětví a pracovní úvazek

Graf č. 3.4.6 zobrazuje celkové pracovní odvětví ergoterapeutů. Otázka je tvořena formou matice, kde respondenti mohou označit více odpovědí. 58,9 % respondentů (156) uvádí, že pracují alespoň částečně ve zdravotnictví, a 44,5 % v sociálních službách (118 respondentů).

Ve školství se nějakým způsobem uplatňuje 9,1 % ergoterapeutů (24). Jako OSVČ či v nestátním zdravotnickém zařízení působí 7,5 % respondentů (20). Kategorii ostatní (Úřad práce, pojišťovna, prodejny se zdravotnickými pomůckami) označuje 1,1 % respondentů (3).

Čtvrtina respondentů (67) uvádí, že mají dva nebo více zaměstnavatelů. Naopak pouze jednoho zaměstnavatele mají tři čtvrtiny dotazovaných ergoterapeutů (198).

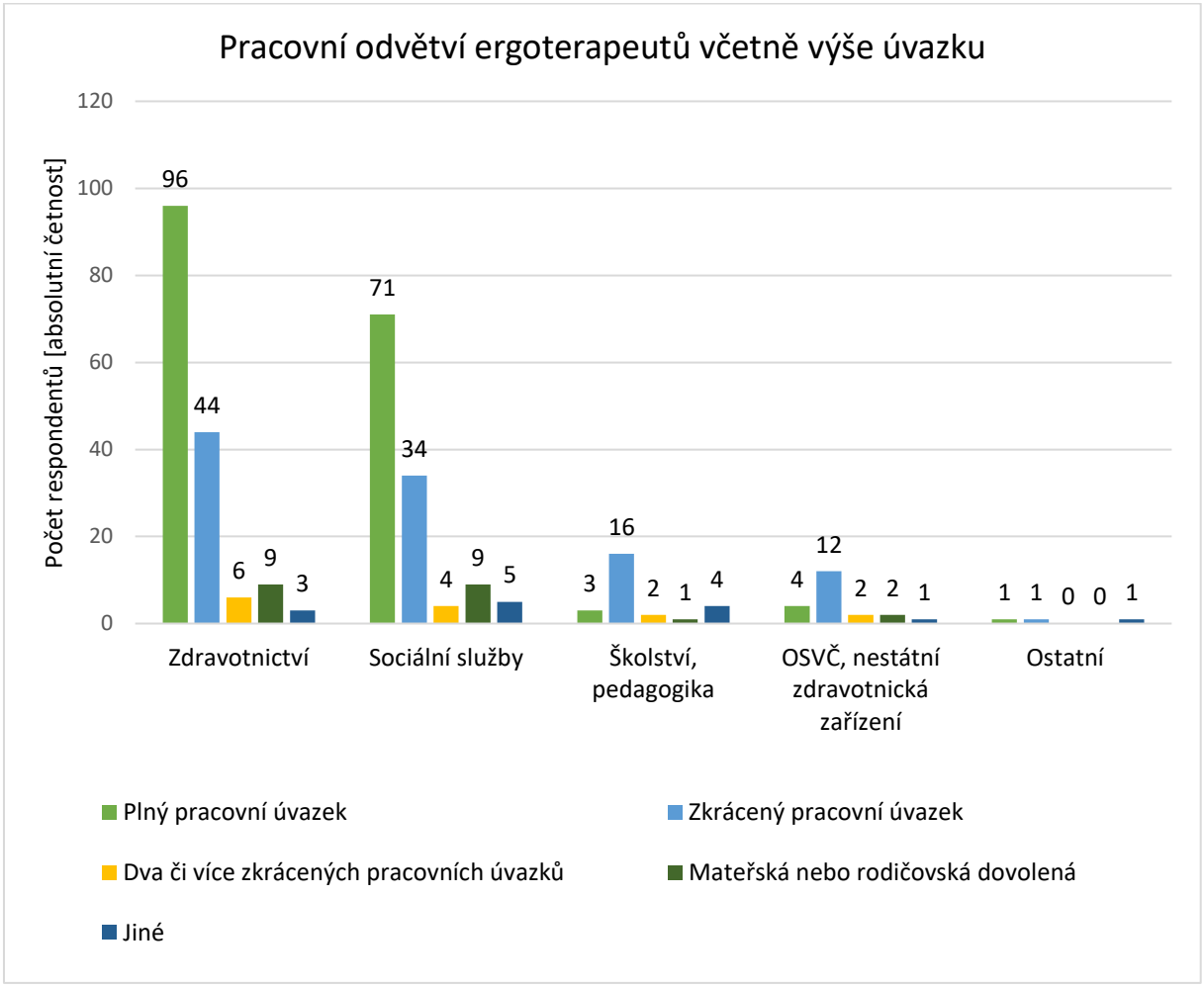
Graf č. 3.4.6 *Pracovní odvětví ergoterapeutů*



Graf č. 3.4.7 zobrazuje pracovní úvazek ergoterapeutů v daných odvětvích. Nejvíce ergoterapeutů pracuje na plný úvazek ve zdravotnictví (96), o něco méně na plný pracovní úvazek v sociálních službách (71). Dále v těchto odvětvích působí značné množství respondentů na zkrácený pracovní úvazek. Ergoterapeuti, kteří pracují ve školství (celkem 27), zde pracují především na zkrácený pracovní úvazek.

Na kategorii „jiné“ jsou respondenti dotazováni v doplňující otevřené otázce. Odpovědi zahrnují především DPP (7x) či DPČ (2x). Někteří respondenti tuto kolonku využívají pro specifikaci daného pracovního umístění. Popisují provoz masáží a poradenství; výuka pár hodin v semestru; průmysl; pozice lektora, supervizora, odborného konzultanta a garanta projektů.

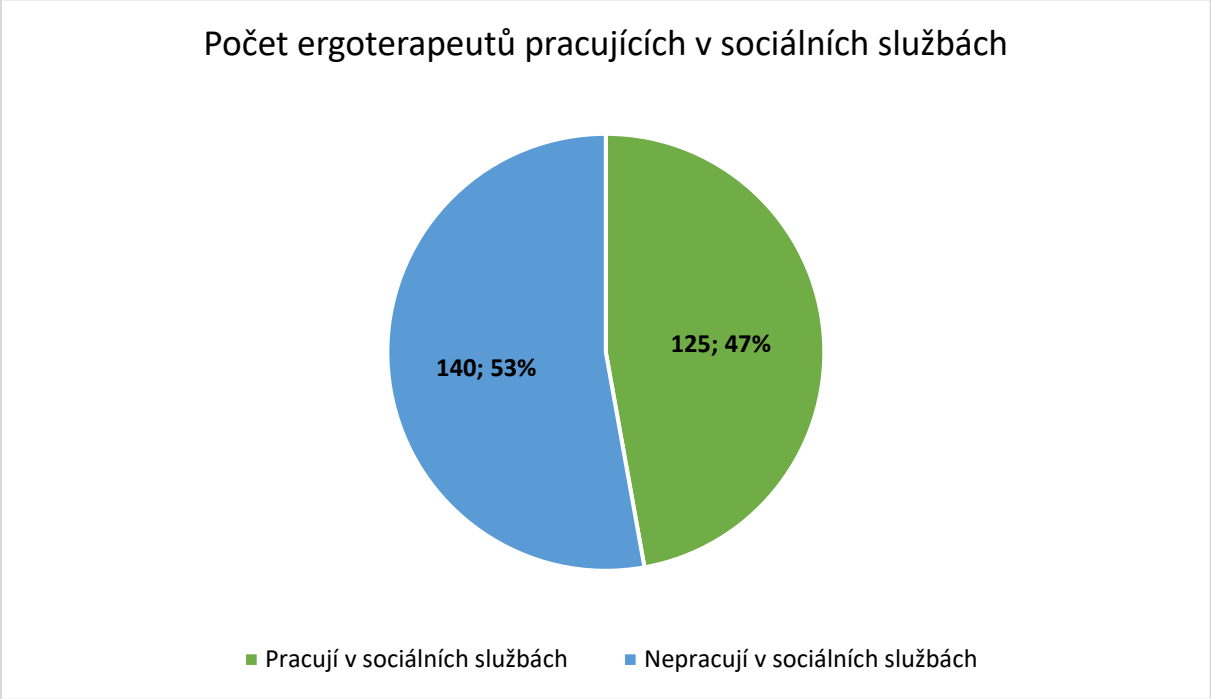
Graf č. 3.4.7 *Pracovní odvětví ergoterapeutů včetně výše úvazku*



Počet ergoterapeutů pracujících v sociálních službách

Dle rozdělovací otázky dotazníku pracuje alespoň částečně v sociálních službách 125 respondentů, což představuje 47 % z celkových 265 odpovědí. Více než polovina respondentů (53 %) v sociálních službách vůbec nepůsobí. Tuto otázku znázorňuje graf č. 3.4.8.

Graf č. 3.4.8 *Počet ergoterapeutů pracujících v sociálních službách*

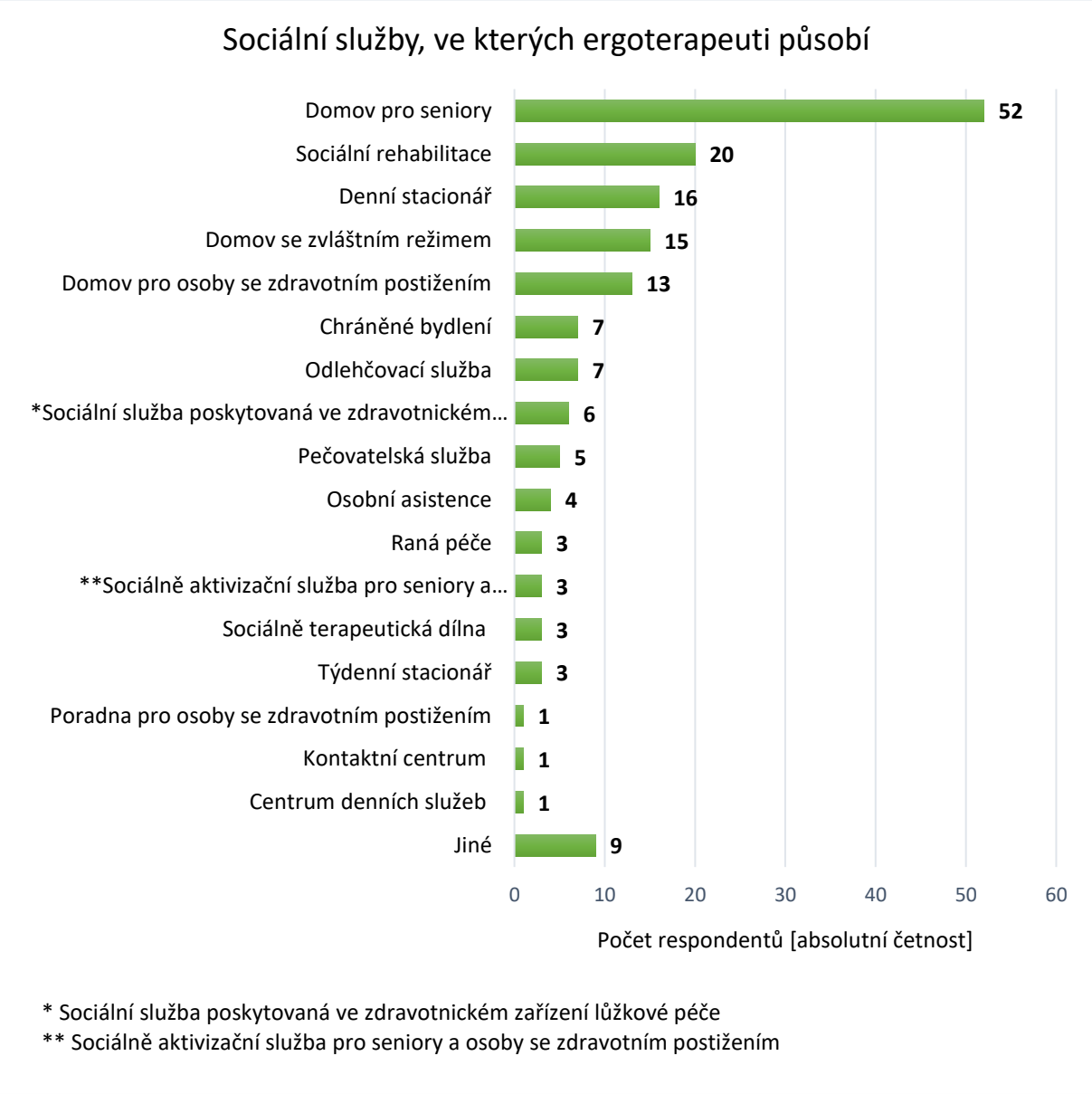


Typ sociálního zařízení

Ergoterapeuti v sociálních službách působí nejvíce v domovech pro seniory, kde pracuje 42 % z ergoterapeutů pracujících v sociálních službách (52 respondentů). Dále se hojně uplatňují v sociální rehabilitaci (16 %), v denních stacionářích (12,8 %), v domovech se zvláštním režimem (12 %), v domovech pro osoby se zdravotním postižením (10,4 %). Podrobné rozložení působení ergoterapeutů zobrazuje graf č. 3.4.9. Čtvrtina respondentů odpovídá kombinací více typů sociálních služeb.

Kategorie „jiné“ zahrnuje odpovědi respondentů, kde není možné přesně určit typ sociální služby, dle zákona o sociálních službách**.** Ostatní odpovědi v možnosti „jiné“, které určují přesný typ služby, jsou zařazeny do výčtu sociálních služeb v grafu. Kategorie „jiné“ zahrnuje domácí péči (6x), dále centrum terénních a pobytových služeb, neziskovou organizaci a zdravotní středisko v sociálních službách.

Graf č. 3.4.9 *Sociální služby, ve kterých ergoterapeuti působí*



Jsou zjišťovány souvislosti mezi pracovním umístěním ergoterapeutů v sociálních službách a jejich věkem, vzděláním a počtem let praxe.

V rámci sociální rehabilitace pracují spíše mladší ergoterapeuti, polovina z nich je ve věku do 30 let. Oproti tomu ergoterapeuti pracující v pečovatelské službě nebo odlehčovacích službách mají mezi sebou více než polovinu respondentů ve věku nad 40 let.

V tomto výzkumu je nalezeno 23 respondentů ve věku nad 41 let, bez vysokoškolského vzdělání a s praxí více než 6 let. Více než polovina z nich, 65 %, pracuje v domově pro seniory.

Klienti dle typu disability

Nejvíce respondentů působících v sociálních službách pracuje s klienty s tělesnou disabilitou (70,4 %) a s kognitivními poruchami (65,6 %). O něco méně respondentů se věnuje klientům se smyslovým postižením (44,8 %) a s postižením kombinovaným (44 %). Pouze dva respondenti označují možnost, že neprovádí přímou práci s klienty. Podrobné rozdělení zobrazuje tabulka č. 3.4.4.

Někteří respondenti popisují možnost „jiné“, kde uvádí následující odpovědi: senioři (2x), polymorbidita, chronická onemocnění, neurologičtí pacienti a všechny osoby se zdravotním postižením.

Tabulka č. 3.4.4 *Rozdělení klientů dle typu disability*

Typ disability	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Tělesná disabilita	88	70,4 %
Kognitivní poruchy	82	65,6 %
Smyslové postižení	56	44,8 %
Kombinované postižení	55	44,0 %
Duševní onemocnění	47	37,6 %
Mentální postižení	44	35,2 %
Onemocnění vnitřních orgánů	23	18,4 %
Adiktologičtí klienti (závislosti)	7	5,6 %
Neprovádím přímou práci s klienty	2	1,6 %
Jiné	6	4,8 %

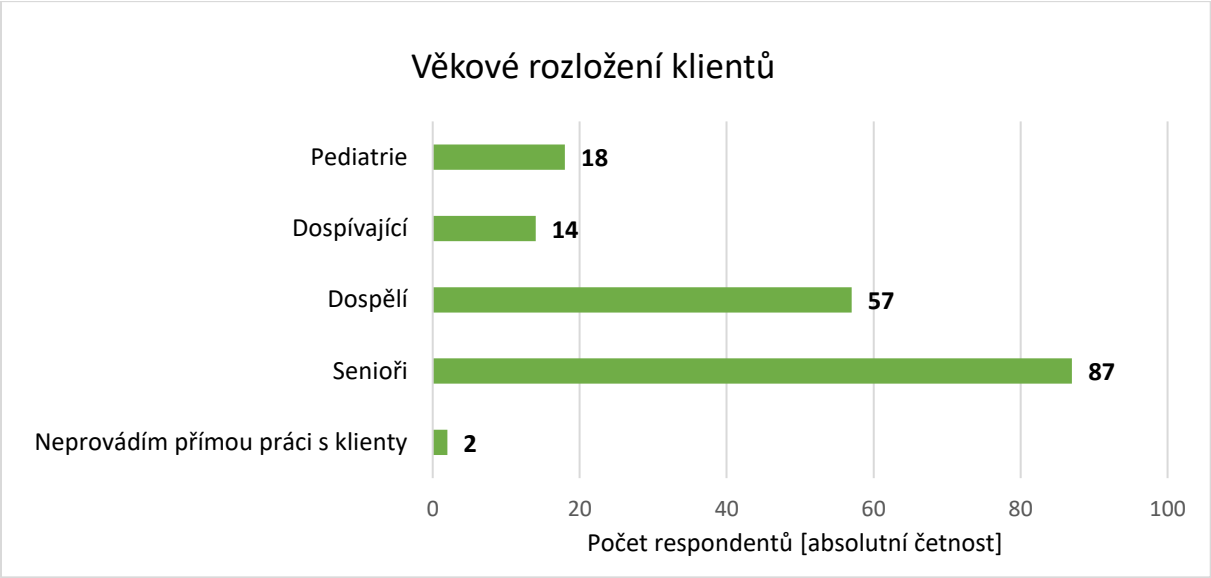
Věk klientů

Ergoterapeuti pracují nejčastěji v sociálních službách se seniory. Tuto věkovou kategorii označuje 87 respondentů (69,6 %). S dospělými klienty pracuje 57 ergoterapeutů (45,6 %). Nejméně ergoterapeutů se věnuje dospívajícím – 14 respondentů (11,2 %) a dětem – 18 (14,4 %). Dva respondenti uvádějí, že neprovádí přímou práci s klienty. Jeden z nich však zároveň popisuje, že výjimečně pracuje s dospělými klienty. Věkové rozložení klientů zobrazuje graf č. 3.4.10.

Pouze s jednou věkovou skupinou pracuje 86 respondentů, z nichž 60 se věnuje výhradně seniorům a 21 dospělým. Jenom dva respondenti uvádějí, že působí výhradně u dětí

a dospívajících. Cíleně pouze s dětmi pracuje pět respondentů. Výhradně dospívajícím se nevěnuje žádný z respondentů.

Graf č. 3.4.10 *Věkové rozložení klientů*



Seniorům se kromě ergoterapeutů pracujících v domovech pro seniory věnuje většina ergoterapeutů pracujících v domovech se zvláštním režimem, v odlehčovacích službách, v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, dále v pečovatelské službě, osobní asistenci. Seniorům jsou poskytovány služby ve větší míře v pobytových a terénních službách.

Především dospělým se věnují ergoterapeuti v sociální rehabilitaci, v denních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v chráněném bydlení a v sociálně terapeutické dílně. Jedná se tedy ve větší míře o ambulantní služby, oproti respondentům věnujícím se seniorům.

Všichni respondenti z týdenních stacionářů uvádí, že pracují s věkovou skupinou dětí, dospívajících i dospělých. Dětem se dále kromě ergoterapeutů rané péče věnují hojně respondenti působící v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v denních stacionářích.

Většina ergoterapeutů pracujících v rámci blíže nespecifikované domácí péče pracuje s dospělými a seniory, pouze jeden s dětmi.

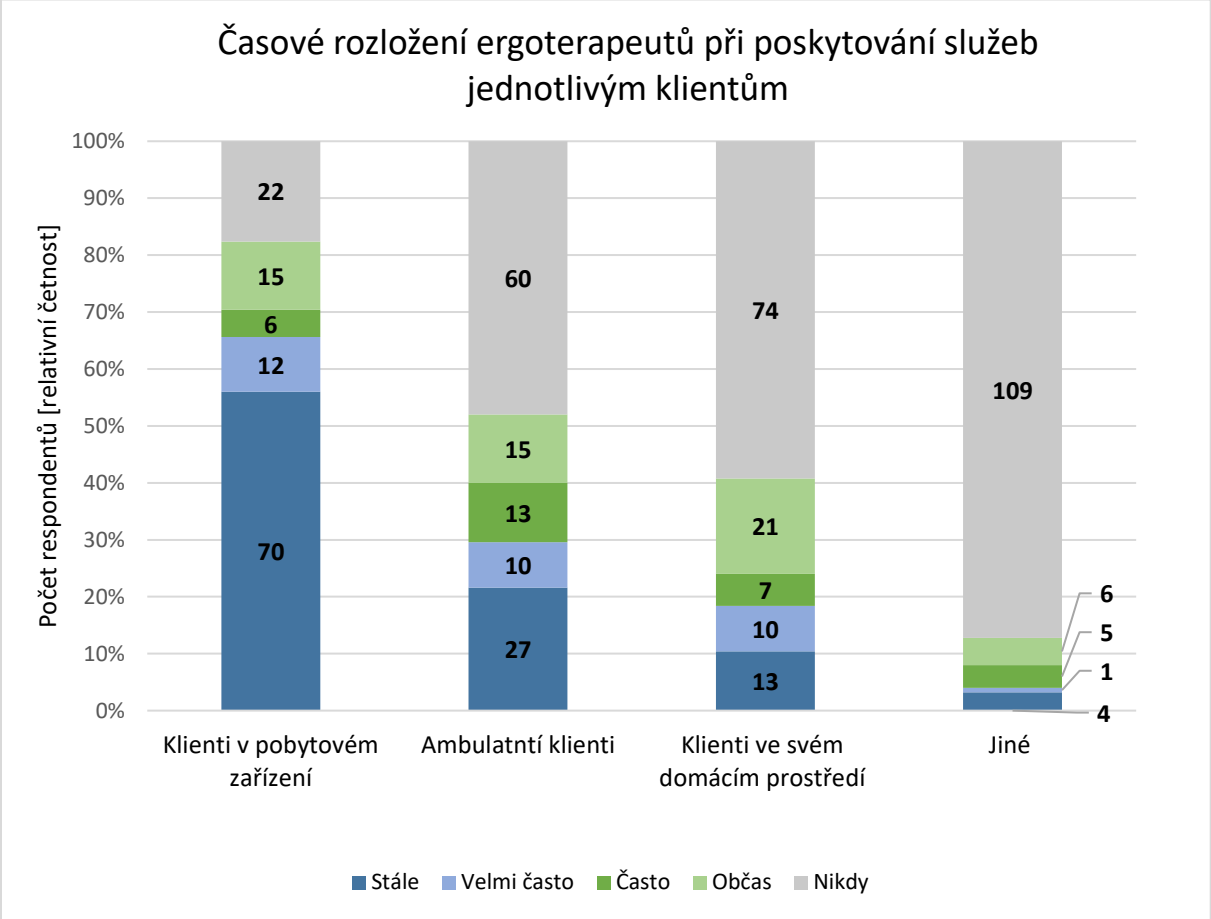
Časové rozložení poskytování sociálních služeb

Tato otázka je uzavřená, tvořená formou matice. Respondenti označují k jednotlivým řádkům (klienti v pobytovém zařízení, ambulantní klienti, klienti ve svém domácím prostředí – terénní služba, jiné), jak často poskytují služby daným klientům v rámci svých intervencí. Respondenti uvádí v každém řádku vždy právě jednu možnost – stále, velmi často, často, občas, nikdy.

Více než polovina dotazovaných ergoterapeutů (70) označuje, že poskytují ergoterapii stále klientům v pobytovém zařízení sociálních služeb. Naopak 22 z dotazovaných (17,6 %) neprovádí ergoterapii u klientů v pobytovém zařízení vůbec. Ambulantním klientům se alespoň částečně věnuje celkem 65 ergoterapeutů (52 %). Stále s nimi pracuje 27 z těchto respondentů. Téměř polovina dotazovaných (60), neposkytuje terapie ambulantním klientům vůbec. Co se týče terénní služby, tak alespoň někdy poskytuje ergoterapii v domácím prostředí 40,8 % ergoterapeutů (51). Někteří respondenti (13), celkem 10,4 %, poskytují terénní služby neustále. Naopak 59,2 % terénní služby vůbec neprovádí. Pro více informací viz graf č. 3.4.11.

Někteří respondenti označují pozitivně možnost „jiné“. V navazující otázce, která je otevřená, dochází k vysvětlení tohoto tvrzení. Odpovědi jsou rozděleny do následujících kategorií: docházení za klienty do nemocnice (3), rodinní příslušníci (2), zaměstnání klienta (2), poradenství (2) a ostatní (3). Někteří respondenti své označení možnosti „jiné“ blíže nespecifikují.

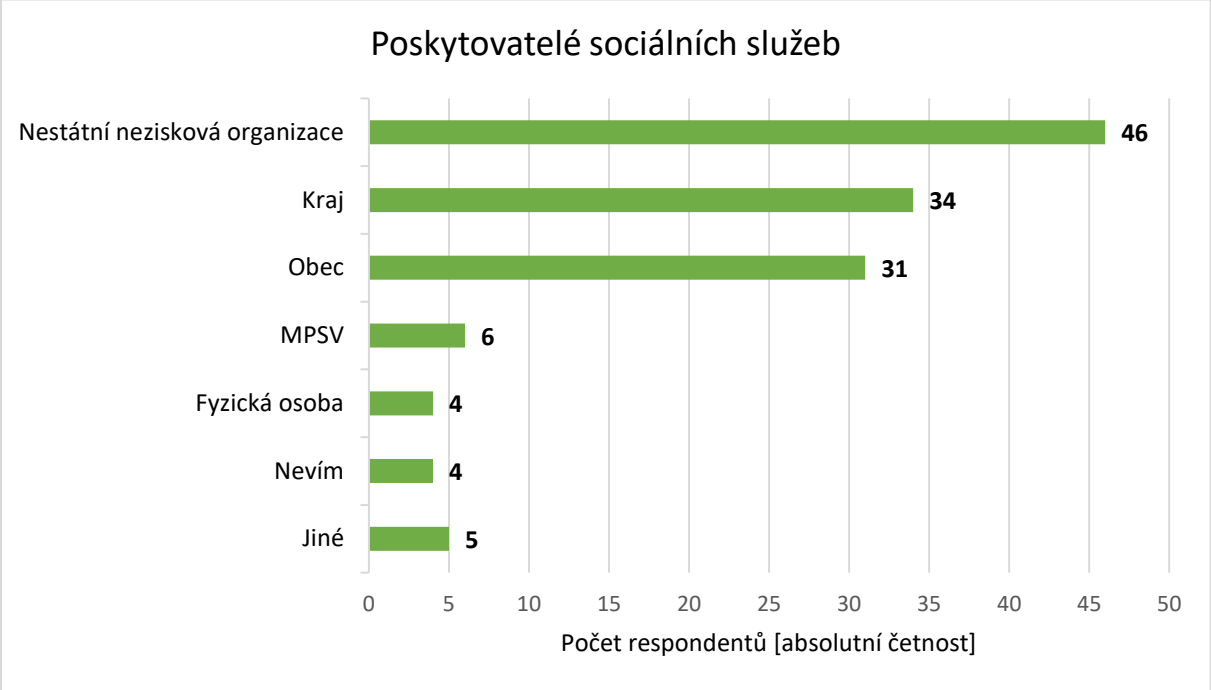
Graf č. 3.4.11 *Časové rozložení ergoterapeutů při poskytování služeb jednotlivým klientům*



Poskytovatelé sociálních služeb

Nejčastějšími poskytovateli, které respondenti uvádějí, jsou nestátní neziskové organizace, kraje a obce. Nestátní neziskovou organizaci označuje 46 ergoterapeutů, tedy 36,8 % z celkového počtu 125 ergoterapeutů pracujících v sociálních službách. Kraj vybírá 34 respondentů (27,2 %), obec 31 (24,8 %). MPSV uvádí jako svého poskytovatele 6 osob (4,8 %), fyzickou osobu 4 (3,2 %). Rozložení znázorňuje graf č. 3.4.12. Kategorie „jiné“ zahrnuje společnost s ručením omezeným (2x), dále Ministerstvo obrany, magistrát a právnickou osobu.

Graf č. 3.4.12 *Poskytovatelé sociálních služeb*



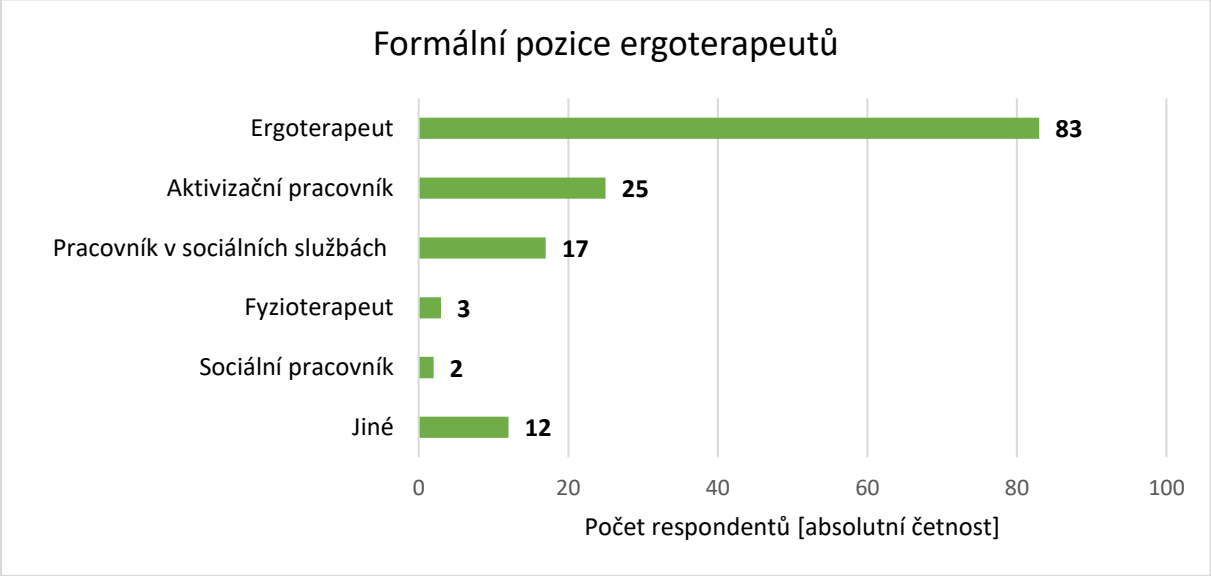
Formální pozice dle pracovní smlouvy

Dle tohoto výzkumu 66,4 % ergoterapeutů pracujících v sociálních službách (83) působí oficiálně na pozici ergoterapeuta. Jeden z těchto respondentů uvádí konkrétně pozici vedoucího ergoterapeuta. Na pozici aktivizačního pracovníka působí 20 % respondentů (25) a 13,6 % ergoterapeutů (17) na pozici pracovníka v sociálních službách. Na pozici fyzioterapeuta pracuje 2,4 % respondentů a 1,6 % působí na pozici sociálního pracovníka. Rozložení zobrazuje graf č. 3.4.13.

Ostatní respondenti konkrétně vypisují do možnosti „jiné“ tyto pozice: metodik kvality, pracovník v přímé péči, vedoucí pracovník v sociálních službách, výchovný pracovník, vedoucí chráněného bydlení – sociální pracovník v přímé péči, vedoucí centra aktivního stáří, odborný konzultant pro zavádění Modelu ART, zdravotní specialista, poradce rané péče, ošetřovatel – rehabilitační pracovník, pečovatel a ředitel.

Někteří respondenti (13) označují dvě pracovní pozice zároveň, z čehož mezi nejčastějšími kombinacemi byli ergoterapeut – aktivizační pracovník (5) a ergoterapeut – pracovník v sociálních službách (4). Jeden respondent uvádí dokonce čtyři pracovní pozice.

Graf č. 3.4.13 *Formální pozice ergoterapeutů*



Je zjištěno, že mezi respondenty působícími na pozici ergoterapeuta a pracovníka v sociálních službách je větší procento respondentů s vysokou školou v oboru ergoterapie než u respondentů pracujících na pozici aktivizačního pracovníka. Pozici ergoterapeuta uvádí také všichni, kteří pracují v sociálních službách, jejichž poskytovatelem je MPSV.

V sociální rehabilitaci, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením a v rámci sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče pracuje více než 80 % respondentů na pozici ergoterapeuta.

Oproti tomu v domovech pro seniory pracuje pouze 55,8 % na oficiální pozici ergoterapeuta a 40,4 % na pozici aktivizačního pracovníka.

Všichni ergoterapeuti, kteří oficiálně působí na pozici **aktivizačního pracovníka** se věnují věkové kategorii seniorů. Většina pracuje v domovech pro seniory, s klienty s tělesnou disabilitou a kognitivními poruchami. Žádný z nich se během své praxe nevěnuje dětem a dospívajícím. Tito respondenti jsou zaměstnání pouze ve velmi malé míře u osob s mentálním postižením.

Respondenti na pozici **pracovníka v sociálních službách** se v 75 % věnují dospělým klientům. Žádný z nich nepracuje s klienty se závislostmi a s klienty s onemocněním vnitřních orgánů. Většina z nich uvádí, že alespoň někdy poskytují ergoterapii ambulantním klientům. 41,2 % poskytuje ambulantní ergoterapii neustále. Více než třetina z nich pracuje v rámci sociální rehabilitace. Nikdo z nich nepůsobí v domově se zvláštním režimem nebo v pečovatelské službě.

Respondenti jsou také dotazováni, zda nemají nějaké problémy v případě, že nejsou zaměstnaní jako ergoterapeuti. Na tuto otázku odpovídají v některých případech i ti, kteří jako ergoterapeuti zaměstnáni jsou. Nejvíce respondentů (34) uvádí, že žádné problémy nemají. Menší část ergoterapeutů (13) označuje, že nemá přístup do zdravotnické dokumentace a čtyři respondenti popisují variantu, že nejsou začleněni do multidisciplinárního týmu. Možnost „jiné“ doplňuje šest respondentů. Ergoterapeuti vidí problém v očekávané náplni terapie klienty pouze zabavit a nedělat ergoterapii v pravém slova smyslu. Je stírán význam pojmu ergoterapie a celého oboru. Jeden respondent uvádí, že na něj jako na ergoterapeuta nemá organizace dotace. Dalším popisovaným problémem je uvedeno finanční ohodnocení, nebo že v organizaci pozice ergoterapeuta dosud chybí a je na ni zavedeno výběrové řízení.

Ergoterapeuti, kteří jsou oficiálně zaměstnaní na pozici ergoterapeuta, popisují v pěti případech, že nemají přístup do zdravotnické dokumentace. Jeden z nich uvádí, že není začleněn do multidisciplinárního týmu.

Úhrada ergoterapie

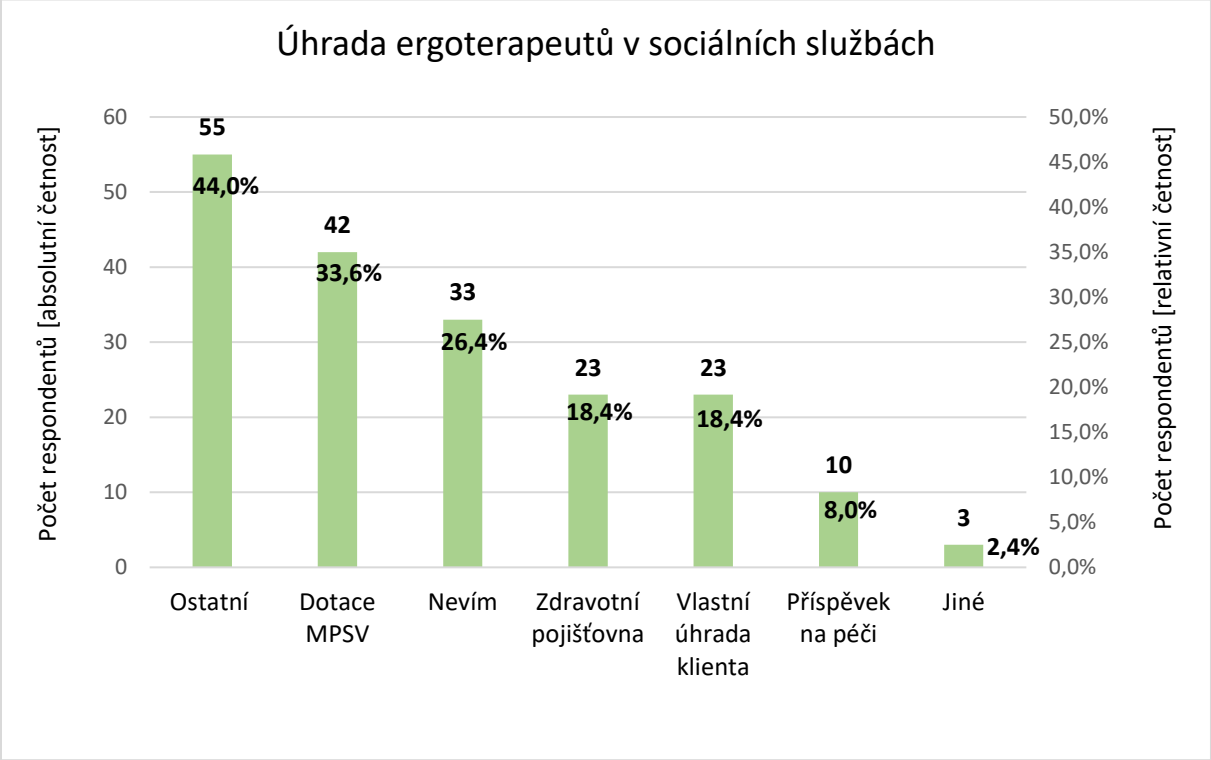
Nejvíce respondentů (44 %) je hrazeno z kategorie „ostatní“, která zahrnuje příspěvky zřizovatele, sponzorské dary, granty a jiné. Velká část ergoterapeutů je financována také z dotací MPSV. Tuto odpověď vybírá 42 osob (33,6 %) a 14 respondentů z nich (11,2 %) uvádí úhradu výhradně z dotací MPSV.

Zdravotní pojišťovnu označuje celkem 23 ergoterapeutů (18,4 %), stejný počet vybírá také možnost vlastní úhrady od klienta.

Podrobné rozložení zobrazuje graf č. 3.4.14. Kategorie „jiné“ zde zahrnuje tři odpovědi – dotace Ministerstva zdravotnictví České republiky, vícezdrojové financování a možnost „standardní plat – nevykazujeme na zdravotní pojišťovnu“.

Úhradu pouze z jednoho zdroje uvádí 56 respondentů (44,8 %), oproti tomu 37 osob (29,6 %) popisuje úhradu vícezdrojovou. Financování čistě ze zdravotní pojišťovny zmiňuje pouze 8 osob, což představuje 6,4 % z ergoterapeutů pracujících v sociálních službách. U tří respondentů si ergoterapii hradí klient zcela sám.

Graf č. 3.4.14 *Úhrada ergoterapeutů v sociálních službách*



Je zjištěna jistá souvislost mezi oficiální pracovní pozicí a úhradou ergoterapeutů. Všichni respondenti, kteří uvádí zdravotní pojišťovnu, jsou zaměstnáni jako ergoterapeuti. Jeden z nich působí v kombinaci ergoterapeut – pracovník v sociálních službách. Dále ergoterapeuti zaměstnaní jako pracovníci v sociálních službách nebo jako pracovníci z kategorie „jiné" jsou hrazeni ve větším počtu z dotací MPSV než pracovníci s oficiální pozicí ergoterapeuta či aktivizačního pracovníka. Nikdo ze zaměstnaných jako aktivizační pracovník nezmiňuje úhradu od zdravotní pojišťovny ani vlastní úhradu od klienta.

Respondenti, kteří pracují v zařízení, jehož poskytovatelem je MPSV, mají některé společné rysy. Všichni jsou zaměstnáni jako ergoterapeuti a žádný z nich neuvádí úhradu z příspěvku na péči nebo příspěvku zřizovatele, sponzorských darů a grantů. Čtyři z šesti těchto respondentů popisují úhradu z dotací MPSV.

Oproti tomu respondenti pracující v zařízení, jehož poskytovatelem je nestátní nezisková organizace, zmiňují především úhradu z kategorie „ostatní" (příspěvky zřizovatele, sponzorské dary, granty a jiné) a z dotací MPSV.

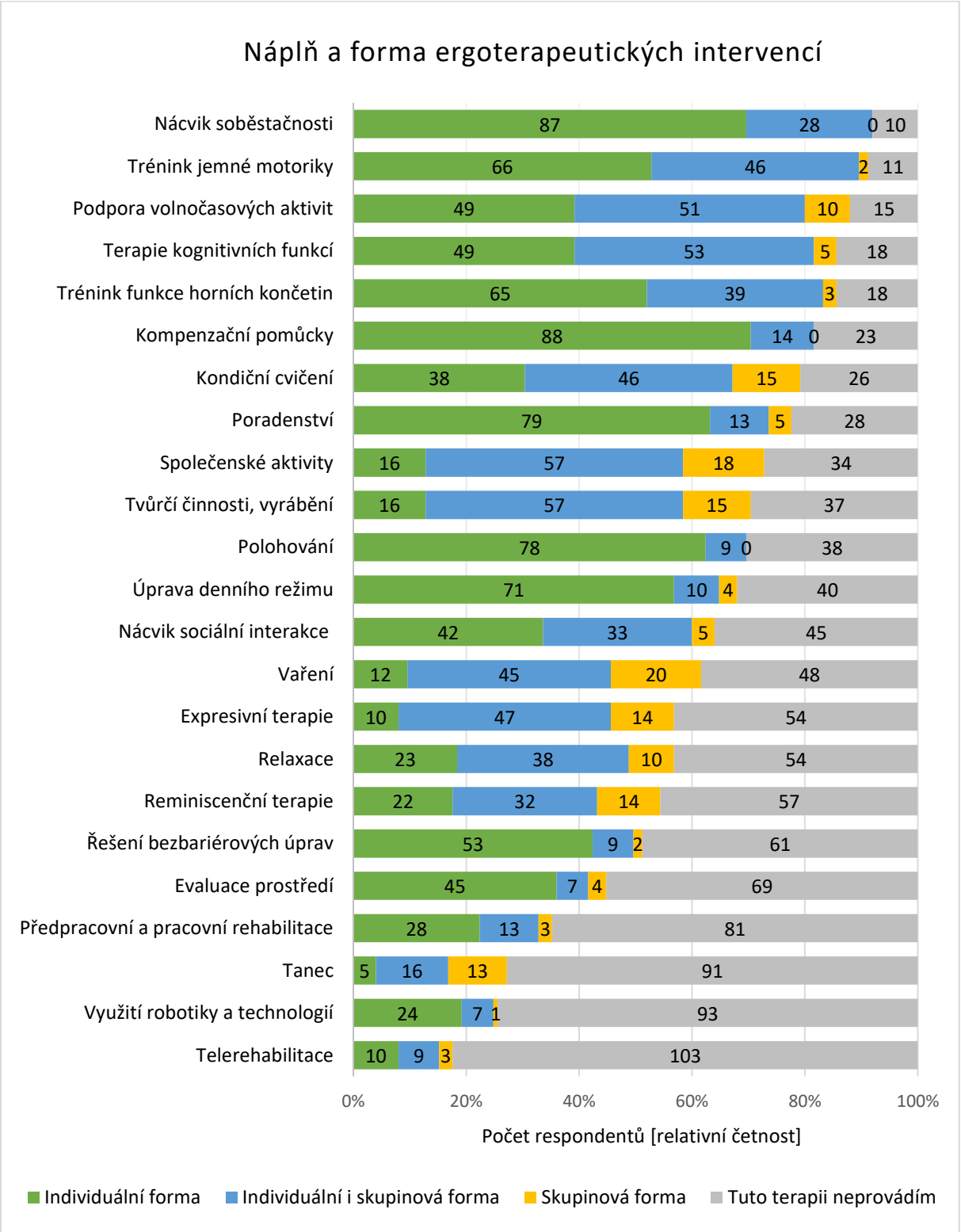
Náplň a forma ergoterapeutických intervencí

Ergoterapeutickou intervenci v sociálních službách podrobně shrnuje graf č. 3.4.15. Otázka je tvořena formou matice, kde respondenti uvádí ke každé možnosti náplně terapie právě jednu možnost z následujících: individuální forma, individuální i skupinová forma, skupinová forma, tuto terapii neprovádím.

Nejvíce ergoterapeuti v sociálních službách provádějí tyto intervence: nácvik soběstačnosti (92 %), trénink jemné motoriky (91,2 %), podpora volnočasových aktivit (88 %), terapie kognitivních funkcí (85,6 %), trénink funkce horních končetin (85,6 %), doporučení a nácvik používání kompenzačních pomůcek (81,6 %), kondiční cvičení (79,2 %), poradenství (77,6 %). Více než polovina ergoterapeutů využívá ve svých terapiích také společenské aktivity jako jsou deskové hry a kvízy (72,8 %), tvůrčí činnosti a vyrábění (70,4 %) a 69,6 % terapeutů využívá polohování. Věnují se úpravě denního režimu (68 %), nácviku sociální interakce (64 %), vaření (61,6 %), expresivním terapiím – např. arteterapie, muzikoterapie (56,8 %), relaxaci (56,8 %), reminiscenční terapii (54,4 %) a řešení bezbariérových úprav (51,2 %).

V následující otevřené otázce mohou respondenti doplnit náplň terapie, která jim v předchozí otázce chybí. Respondenti uvádí bazální stimulaci (2x), zooterapii (2x), gardenterapii (2x), snoezelen (2x). Zmiňují také mechanoterapii, PANat dlahy, orofaciální stimulaci, mirror therapy, psychoedukaci, mezigenerační setkávání, nácvik instrumentálních ADL v rámci výcviku asistenčního psa, sport Boccia, validaci podle Naomi Feil, aromaterapii, biblioterapii a celostní muzikoterapii Lubomíra Honzera.

Graf č. 3.4.15 *Náplň a forma ergoterapeutických intervencí*



Jsou nalezeny jisté souvislosti mezi věkovou kategorií klientů a náplní terapií. Všichni respondenti, kteří se věnují věkové skupině **pediatrie** uvádí, že v rámci svých terapií doporučují kompenzační pomůcky a trénují jejich používání, provádí úpravu denního režimu a věnují se

poradenství. Naopak nikdo z nich nevyužívá telerehabilitaci. Respondenti pracující se **seniory** provádí častěji kondiční cvičení, oproti respondentům pracujícím s jinými věkovými kategoriemi.

Co se týče oficiální pracovní pozice, **aktivizační pracovníky** spojuje to, že všichni v rámci svých terapií provádí trénink jemné motoriky, terapii kognitivních funkcí a využívají společenské aktivity (hry, kvízy), a to společnou formou. Hojně také provádí trénink funkce horních končetin, nácvik soběstačnosti a kondiční cvičení. Všichni **pracovníci v sociálních službách** se věnují podpoře volnočasových aktivit, naopak nikdo z nich nevyužívá tanec.

Dále je porovnána náplň terapií respondentů podle toho, zda poskytují ergoterapii klientům v pobytovém zařízení, ambulantní, či terénní formou. Jsou zmiňováni respondenti, kteří tuto formu uvedli v trvalé míře.

Respondenti věnující se neustále klientům v **pobytovém zařízení** (70) pracují převážně s věkovou kategorií seniorů, ale v menší míře i s ostatními věkovými kategoriemi. Tito respondenti působí především v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a domovech pro osoby se zdravotním postižením, týdenních stacionářích. Jedná se také například o sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, odlehčovací služby, či chráněné bydlení.

V rámci svých terapií provádí především nácvik soběstačnosti a trénink jemné motoriky. Dále hojně vykonávají terapii kognitivních funkcí, trénink funkce horních končetin, doporučování a nácvik používání kompenzačních pomůcek, polohování, podporu volnočasových aktivit. Tito respondenti využívají ve větší míře oproti respondentům v ambulantních nebo terénních službách tvůrčí činnosti a vyrábění, společenské aktivity, kondiční cvičení a reminiscenční terapii. Skupinové kondiční cvičení je potom prováděno výhradně v rámci pobytových služeb.

Respondenti věnující se neustále **ambulantním klientům** (27) pracují především v rámci sociální rehabilitace, denních stacionářů, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, dále v odlehčovací službě a sociálně terapeutické dílně, kontaktním centru a centru denních služeb. Neustálé ambulantní služby uvádí také vždy jeden respondent z pečovatelské služby, z rané péče a sociálně aktivizační služby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a dva respondenti z domova pro seniory. Nejvíce je u těchto respondentů zastoupena věková skupina klientů dospělých, ale ergoterapeuti pracují i s dětmi, dospívajícími a seniory.

Většina se zabývá nácvikem soběstačnosti, poradenstvím, podpoře volnočasových aktivit a tréninkem jemné motoriky. Terapeuti využívají oproti ostatním ve větší míře robotiku a technologie a věnují se více předpracovní a pracovní rehabilitaci.

Ergoterapeuti, kteří pracují převážně **terénní formou** u klientů v jejich domácím prostředí (13), působí v rámci sociální rehabilitace, pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby, rané péče a blíže nespecifikované domácí péče (v kategorii „jiné“). Tito respondenti se věnují výhradně seniorům a dospělým. Jeden z nich uvádí věkovou kategorii pediatrie. U dospívajících nepůsobí žádný z respondentů.

Tito respondenti mají společné, že téměř všichni provádí nácvik soběstačnosti, doporučování a nácvik používání kompenzačních pomůcek a poradenství. Ve větší míře oproti pobytovým nebo ambulantním službám vykonávají úpravu denního režimu, hodnocení domácího prostředí a řešení bezbariérových úprav. Většina terapií je poskytována individuální formou. V rámci domácí péče ergoterapeuti většinou nevyužívají společenské aktivity (hry, kvízy), tvůrčí činnosti a vyrábění, vaření, expresivní terapie, reminiscenční terapie, nácvik sociální interakce, robotiku a technologie.

3.5 Shrnutí výsledků ve vztahu k otázkám bakalářské práce

Z výsledků dotazníkového šeření je možné shrnout odpovědi na otázky bakalářské práce.

1. **Jaká část ergoterapeutů se uplatňuje v sociálních službách?**

Dle rozdělovací otázky dotazníku působí v sociálních službách 47 % dotazovaných ergoterapeutů.

2. **Ve kterých typech sociálních služeb se ergoterapeuti uplatňují?**

Ergoterapeuti se uplatňují především v domovech pro seniory, zde pracuje 42 % dotazovaných respondentů pracujících v sociálních službách. Hojně se také uplatňují v sociální rehabilitaci (16 %), v denních stacionářích (12,8 %), v domovech se zvláštním režimem (12 %), v domovech pro osoby se zdravotním postižením (10,4 %). V menší míře nachází uplatnění v chráněném bydlení, odlehčovací službě, v rámci sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, v pečovatelské službě, osobní asistenci, rané péči, dále v sociálně aktivizační službě pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně

terapeutické dílně, týdenním stacionáři, poradně pro osoby se zdravotním postižením, kontaktním centru a centru denních služeb.

3. **Na jaké pozici ergoterapeuti v sociálních službách působí a z jakých finančních zdrojů jsou hrazeni?**

Nejvíce dotazovaných ergoterapeutů (66,4 %) působí oficiálně na pozici ergoterapeuta. Menší část působí na pozici aktivizačního pracovníka (20 %) a na pozici pracovníka v sociálních službách (13,6 %). Tři respondenti uvádějí pozici fyzioterapeuta a dva sociálního pracovníka. Dále se v jednotkovém množství objevují tyto pracovní pozice: metodik kvality, pracovník v přímé péči, vedoucí pracovník v sociálních službách, výchovný pracovník, vedoucí chráněného bydlení – sociální pracovník v přímé péči, vedoucí centra aktivního stáří, odborný konzultant pro zavádění Modelu ART, zdravotní specialista, poradce rané péče, ošetřovatel – rehabilitační pracovník, pečovatel a ředitel.

Úhrada ergoterapie probíhá převážně z příspěvků zřizovatele, sponzorských darů či grantů, což je shrnuto v jedné z možností odpovědí. Tuto možnost označuje 44 % respondentů. Třetina respondentů uvádí úhradu z dotací MPSV. Zdravotní pojišťovnu sděluje pouze 18,4 % respondentů a stejný počet zmiňuje i vlastní úhradu klienta. Menší část respondentů (8 %) uvedla příspěvek na péči. Téměř třetina respondentů (26,4 %) na tuto otázku nezná odpověď.

4. **Jaká je náplň práce ergoterapeutů v sociálních službách?**

Nejvíce respondentů se v sociálních službách zabývá nácvikem soběstačnosti a tréninkem jemné motoriky. Dále se věnují podpoře volnočasových aktivit, terapii kognitivních funkcí, tréninku funkce horních končetin, doporučování a nácviku používání kompenzačních pomůcek, kondičnímu cvičení a poradenství. Více než polovina respondentů během svých terapií využívá společenské aktivity (hry, kvízy), tvůrčí činnosti, vyrábění a vaření. Dále se ergoterapeuti věnují polohování, úpravám denního režimu, nácviku sociální interakce a řešení bezbariérových úprav. Hojně jsou také využívány expresivní terapie (např. arteterapie, muzikoterapie).

4 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce je zmapovat a popsat současnou situaci uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice.

V sociálních službách nalézají uplatnění zdravotničtí pracovníci, mezi které patří i ergoterapeut, jak popisuje zákon o sociálních službách (Česko, 2006). Mnoho autorů popisuje nedostatečné ukotvení ergoterapeutů jako zdravotnických pracovníků v rámci sociálních služeb (Jelínková a Krivošíková, 2007; Bouzek, 2011). Proč je problém právě v tomto ohledu, zůstává otázkou. Důvodem by mohlo být nedostatečné financování zdravotnických pracovníků ze strany sociálních služeb a nutnost jejich proplácení z jiných zdrojů (Průša a kol., 2015; MPSV, 2019).

Ergoterapie nalézá v sociálních službách stále větší uplatnění. Konkrétně v sociálních službách pro seniory, v oblasti komunitní péče a v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním. (Krivošíková, 2011) Výsledky této práce dokazují hojné uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách, a to především v rámci sociálních služeb pro seniory. Četné množství seniorů v sociálních službách je pravděpodobně způsobeno zvyšujícím se podílem seniorů v populaci, jak popisuje Malíková (2020).

Pro potřeby této práce je sestaven strukturovaný dotazník, který posléze byl rozesílán on-line formou. Dotazník je přiměřeně dlouhý. Obsahuje 20 otázek. Délku dotazníku považuje autorka za přiměřenou. V případě delšího dotazníku by možná nebylo získáno takové množství respondentů. Autorka považuje za vhodné i rozdělení dotazníku do několika sekcí.

V mnoha případech se u polouzavřených otázek stává, že respondent uvádí do možnosti „jiné“ odpověď, která by se dala zařadit do již předem vytvořených možností. Tyto odpovědi jsou zpětně přeřazovány. Na toto riziko upozorňují autoři Hendl a Remr (2017). Přestože polouzavřené otázky nesou toto úskalí, autorka se domnívá, že jejich zapojení do dotazníku je přínosné. U otázek s formou matice dochází v některých případech pravděpodobně k nepochopení. Respondenti odpovídají chybně u otázky zjišťující jejich pracovní odvětví a u otázky na zjišťování formy poskytování služeb (terénní, ambulantní, pobytová). Příště by autorka použití těchto otázek více zvažovala a promýšlela. Bylo by asi vhodné otázky v popisu podrobněji vysvětlit.

Otevřenou otázku na další doplňující vzdělání by autorka mohla lépe rozdělit do dvou otázek. První polouzavřená by se dotazovala na výši dalšího vzdělání. Druhá by zůstala otevřená a ptala by se na obor vzdělání. Tímto by se mohlo předejít situaci, která nastává během vyplňování tohoto dotazníku, a to v momentě, kdy někteří respondenti uvádí obor bez výše

vzdělání, někteří naopak. V popisu k této otázce autorka však uvádí: „uveďte prosím obor a výši vzdělání“.

U otázky zjišťující typ sociální služby mohla autorka místo slova „sociální zařízení“ využít pojem „sociální služby“, který by byl asi vhodnější a přesnější.

Dotazník bohužel nezohledňuje situaci, kdy respondent působí u dvou zaměstnavatelů sociálních služeb. V tomto případě není možné přesněji určit, k jaké sociální službě jeho odpovědi konkrétně patří. Při porovnávání otázek by mohla nastat chybná interpretace dat. Avšak autorka se domnívá, že pro celkové shrnující výsledky práce není tento fakt klíčový.

Provedení předvýzkumu autorka považuje za velmi užitečné. Pomohl odhalit chyby v dotazníku, které si předtím autorka neuvědomila. Pro kvalitnější provedení výzkumu by však bylo vhodné i novou verzi dotazníku nějakým způsobem znovu ověřit. Tím by se možná dalo předejít špatnému pochopení u některých otázek.

Vzhledem k formě rozesílání dotazníku nelze zjistit procento návratnosti. Autorka nijak nezjišťuje, z jakého zdroje respondenti dotazník získali, tudíž není možné identifikovat, jaký způsob rozesílání dotazníku je nejvhodnější.

Dotazník vyplnilo celkem 298 respondentů. Jako platných je vyhodnoceno pouze 265. Všichni respondenti, kteří jsou z výzkumu odstraněni, nesplňují výši vzdělání k výkonu povolání ergoterapeuta. Téměř všichni z nich (vyjma jednoho) uvádí uplatnění v sociálních službách a uplatnění převážně na pozici aktivizačního pracovníka či pracovníka v sociálních službách. K těmto respondentům se autorka dostává pravděpodobně skrze rozeslání dotazníku všem poskytovatelům sociálních služeb. Vyplňují jej tedy i respondenti, kteří považují za svou náplň práce ergoterapii, ale nemají k tomu odborné vzdělání. Nicméně autorka se domnívá, že pokud by neposlala e-maily tolika zařízením sociálních služeb, mohla by získat daleko méně respondentů.

O informacích týkajících se etiky dotazníku jsou respondenti informováni v průvodním dopise dotazníku. Vyplnění dotazníku je dobrovolné, autorka zachovává respondenty v plné anonymitě. Rozesílání dotazníku on-line formou se ukazuje jako vhodné pro zachování anonymity. Autorka by příště tuto formu zvolila znovu.

V rámci výběru respondentů je nejvhodnější využít náhodný výběr vzorků (Hendl, 2015). To v případě tohoto výzkumu není reálné, jelikož autorka nemůže nijak získat kontakty na všechny ergoterapeuty. Snaží se různými cestami dostat k co nejvíce ergoterapeutům. Vyvstává otázka, zda lze vzorek respondentů považovat za reprezentativní. Daří se získat respondenty napříč celou Českou republikou, což autorka shledává za velmi příhodné. Nicméně se domnívá, že získává více respondentů ze sociálních služeb z důvodu názvu a zaměření této

práce. Celkový vzorek respondentů by tedy nemusel být plně reprezentativní, jelikož ergoterapeuti, kteří v sociálních službách nepracují, by mohli být od dotazníku odrazeni právě zaměřením práce na sociální služby. Vzorek respondentů pracujících v sociálních službách je získán také napříč celou Českou republikou a autorka ho považuje za reprezentativní.

Diskuze k výsledkům dotazníkového šetření

Většina dotazovaných respondentů jsou ženy (99,6 %). Mezi respondenty se objevuje pouze jeden muž. Je potvrzen fakt, že ergoterapie je převážně ženský obor, jak popisuje i Kadeřábková (2020). Zahraniční zdroje udávají podíl žen trochu nižší, kolem 90 % (Commonwealth of Australia, 2020; Oregon Health Authority, 2019). Podíl žen dle tohoto výzkumu je v rámci sociálních služeb 100 %. Otázkou je, zda se dá tento údaj brát za relevantní, a zda 125 respondentů v sociálních službách je dostatečně velký počet pro takové usuzování.

Dle Kadeřábkové (2020) je v České republice 84 % ergoterapeutů ve věku do 40 let. V rámci této práce je tento podíl o něco menší (70 %). Zároveň je zjištěno, že mezi ergoterapeuty pracujícími v sociálních službách se nachází 40 % respondentů starších 40 let. V sociálních službách pracují starší respondenti ve větší míře. Tento podíl by pravděpodobně mohl být ještě větší, kdyby byl dotazník rozesílán jinou formou. On-line forma rozesílání může zastihnout spíše mladší respondenty. Tomuto faktu se autorka snaží předejít tím, že nerozesílá dotazník pouze prostřednictvím sociálních sítí, ale také e-mailem, který by mohl být pro starší věkovou skupinu dostupnější.

Mezi respondenty pracujícími v sociálních službách je zjištěn nižší podíl ergoterapeutů s vysokoškolským vzděláním. To velmi úzce souvisí s tím, že v sociálních službách je větší podíl starších respondentů. Zajímavé je, že podíl s magisterským stupněm vzdělání je v obou skupinách téměř totožný.

V otázce na další doplňující vysokoškolské vzdělání respondenti v některých případech vyplňují titul diplomovaného odborníka. Tento titul nenáleží vysoké škole, ale vyšší odborné škole. Autorka tyto respondenty do výsledků výzkumu z tohoto důvodu nezařazuje. Domnívá se, že jejich počet by nemusel být úplný. Pravděpodobně by mohlo více takových respondentů, kteří toto vzdělání, vzhledem k otázce, neuvádějí.

Pozoruhodným zjištěním je, že největší skupinu respondentů (35 %) tvoří ergoterapeuti s praxí nad 10 let. Opět dochází k potvrzení, že v sociálních službách působí větší podíl starších ergoterapeutů. V případě dalšího výzkumu by bylo možná vhodnější zvolit jiné časové rozložení nabízených možností. Autorka by volila intervaly po pěti letech a lépe by specifikovala i skupinu s praxí nad 10 let.

Otázka zjišťující kraj v České republice je zařazena především z důvodu, aby si autorka mohla potvrdit, že získává data od respondentů napříč celou republikou. To je potvrzeno. Z některých krajů však získává pouze malé množství respondentů. Zde se nabízí otázka, zda v těchto krajích je opravdu menší podíl ergoterapeutů než v jiných, či zda nastává chyba v šíření dotazníku. Téměř stejné rozložení ergoterapeutů v jednotlivých krajích však potvrzuje i Kadeřábková (2020). Autorka tohoto výzkumu získává oproti Kadeřábkové (2020) větší podíl respondentů z kraje Jihomoravského, naopak menší podíl z kraje Královéhradeckého a z Prahy. Autorka z důvodu malého vzorku respondentů z některých krajů neprovádí žádné porovnávání respondentů podle regionu, jelikož by se výsledky nedaly brát za relevantní.

Kadeřábková (2020) uvádí, že ve zdravotnictví pracuje 77 % ergoterapeutů. Výsledky tohoto výzkumu ukazují menší část (58,9 %). Dle Kadeřábkové (2020) působí pouze 2 % ve školství a stejný podíl v rámci vlastní odborné praxe. Dle výzkumu této bakalářské práce působí ve školství a v pedagogice 9,1 % a 7,5 % respondentů uvádí OSVČ či nestátní zdravotnická zařízení. Uplatnění v pedagogické oblasti zmiňuje například Klusoňová (2011) a Švestková (2015). Autorka této práce získává pouze tři respondenty, kteří uvádí práci v oblasti zdravotní pojišťovny, úřadu práce či prodejen se zdravotnickými pomůckami. To je značně menší číslo, než uvádí ve své práci Kadeřábková (2020).

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že téměř polovina ergoterapeutů se nějakým způsobem uplatňuje v sociálních službách. Dle Kadeřábkové (2020) představují ergoterapeuti pracující v sociálních službách daleko menší část, pouze 17 %. Takto velký rozdíl mezi výzkumem Kadeřábkové (2020) a tímto dotazníkovým šetřením je způsoben pravděpodobně zaměřením této bakalářské práce. Vzhledem k zaměření na sociální služby by mohla autorka získat více respondentů pracujících v sociálních službách. Přestože se autorka snaží při sdílení dotazníku zdůrazňovat, že je určen pro všechny ergoterapeuty (i ty, kteří v sociálních službách nijak nepůsobí). Některé z ergoterapeutů nepracujících v sociálních službách by mohl odradit název bakalářské práce, který uvádí zaměření na sociální služby. Na webových stránkách ČAE byl dotazník nasdílen s názvem bakalářské práce, což mohlo tento problém ještě umocnit. Tento vysoký podíl ergoterapeutů působících v sociálních službách by mohl také zvýšit způsob šíření dotazníku. Autorka této práce se snaží získat respondenty napříč různými odvětvími, a právě respondenty sociálních služeb oslovuje prostřednictvím jejich poskytovatelů z registru sociálních služeb od MPSV. Zde posílá e-mail všem poskytovatelům sociálních služeb, což se u registru zdravotních služeb nestalo. V rámci registru zdravotních služeb je využit filtr na obor péče ergoterapie, avšak autorka později zjišťuje, že tento filtr nezahrnuje všechna zařízení poskytující ergoterapii.

Autorka práce uvádí u jedné otázky 44,5 % ergoterapeutů v sociálních službách a v celkovém dotazníku počítá s 47 %, tedy se 125 respondenty. Tuto odchylku pravděpodobně způsobuje, že v dotazníku jsou obsaženy dvě otázky, které se ptají respondentů na uplatnění v sociálních službách. První otázka je s formou matice a mapuje pracovní úvazky a odvětví uplatnění respondentů. Druhá otázka je zařazena z důvodu rozdělení dotazníku a ptá se pouze, zda respondent pracuje v sociálních službách. V několika případech se stává, že respondent označí v maticové otázce například pouze zdravotnictví, a následně na druhou otázku uvede, že pracuje v sociálních službách. Autorka tedy počítá s celkovým procentem respondentů v sociálních službách dle rozdělovací otázky, jelikož si na základě následujících odpovědí ověří, že daní respondenti v sociálních službách opravdu působí. Z tohoto důvodu se autorka práce také dále nezaměřuje na konkrétní pracovní úvazky ergoterapeutů v sociálních službách, jelikož by výsledky nebyly úplné.

Nejvíce respondentů uvádí působnost v domovech pro seniory. Zde pracuje téměř polovina respondentů pracujících v sociálních službách. Uplatnění ergoterapeutů v domovech pro seniory zmiňují také různí autoři ve svých publikacích (Jelínková a Krivošíková, 2007; Krivošíková, 2011; Švestková, 2015; Malíková, 2020). Jak popisuje Klusoňová (2011), četné je také uplatnění ergoterapeutů v rámci sociální rehabilitace. Tento typ sociální služby označuje 16 % respondentů.

Dle tohoto výzkumu působí značné množství ergoterapeutů i v denních stacionářích. To potvrzuje tvrzení různých autorů (Švestková, 2015; Jelínková a Krivošíková, 2007). Bejerholm a Eklund (2013) popisují uplatnění ergoterapeutů v denních stacionářích pro osoby s duševním onemocněním a zmiňují, že zde působí spíše v menší míře. To se ztotožňuje s výsledky tohoto výzkumu, neboť pouze 2 respondenti z 16 pracujících v denním stacionáři uvádí klienty s duševním onemocněním. Většina respondentů v denních stacionářích zmiňuje klienty s kombinovaným postižením. Breaz a Moldovan (2017) popisují ergoterapii v denních stacionářích pro seniory. V rámci denních stacionářů pracují výhradně s věkovou skupinou seniorů pouze dva respondenti.

Další nejčastěji zmiňovanou sociální službou jsou domovy se zvláštním režimem. Hojné zastoupení ergoterapie v rámci těchto zařízení potvrzuje Součková (2013). Většina respondentů pracujících v domově se zvláštním režimem uvádí věkovou kategorii seniorů, což popisuje ve své publikaci Malíková (2020).

Překvapivé je zjištění, že někteří respondenti zmiňují uplatnění v poradně pro osoby se zdravotním postižením a v kontaktním centru. Zde by autorka pracovní uplatnění ergoterapeutů nepředpokládala.

Je zjištěno, že ergoterapeuti v sociálních službách pracují především se seniory (69,6 %). Dospělým se věnuje 45,6 % respondentů. Oproti tomu Kadeřábková (2020) uvádí v rámci své práce nejčetnější věkovou skupinu dospělých, ale nezaměřuje se konkrétně na sociální služby. Seniorům se dle Kadeřábkové (2020) věnuje o něco méně ergoterapeutů. Četné působení u dospělých a seniorů popisují také zahraniční zdroje (State of Victoria, 2018). Autorka této práce nezjišťuje v rámci šetření věk klientů u respondentů pracujících mimo sociální služby. Domnívá se, že věková skupina seniorů je četnější právě v sociálních službách.

Dotazovaní ergoterapeuti pracují především s klienty s tělesnou disabilitou a kognitivními poruchami. Tento výsledek v rámci sociálních služeb velmi pravděpodobně úzce souvisí s věkovou skupinou seniorů.

Ergoterapeuti docházejí za klienty do jejich domácího prostředí (Švestková, 2015). Kadeřábková (2020) popisuje, že v rámci sociálních služeb poskytují ergoterapeuti intervence terénní formou až 4x častěji než ve zdravotnictví. Dle tohoto výzkumu v sociálních službách poskytuje ergoterapii v domácím prostředí 40,8 % respondentů. Část z nich poskytuje terénní služby neustále – 10,4 % z celkového počtu respondentů pracujících v sociálních službách. Autorka nezjišťuje formu poskytování ergoterapeutických služeb u respondentů nepracujících v sociálních službách, není možno tedy ověřit, zda v rámci sociálních služeb jsou terénní služby četnější. Avšak 40,8 % respondentů je překvapivě vysoký podíl.

V otázce zjišťující, zda je ergoterapie poskytována klientům v jejich domácím prostředí, ambulantním klientům nebo klientům v pobytovém zařízení, dochází k mylnému pochopení otázky. Někteří respondenti uvádí ve své odpovědi 2x „stále“, což je nereálné. Autorka by tuto otázku mohla lépe vysvětlit a popsat (například „stále“ = 100 % vašeho času, „často“ = polovina vašeho času). Tím by se dalo zamezit chybným výsledkům z této otázky.

Brůha a Prošková (2011) uvádí, že ergoterapeuti mohou v sociálních službách působit na pozici ergoterapeuta nebo pracovníka v sociálních službách. Problém pracovních pozic ergoterapeutů popisují i Jelínková a Krivošíková (2007). Dle výsledků dotazníku pracuje 66,4 % respondentů na pozici ergoterapeuta. Autorka je tímto výsledkem překvapena. Menší část (20 %) respondentů působí na pozici aktivizačního pracovníka a 13,6 % na pozici pracovníka v sociálních službách. Respondenti popisují také jiné pracovní pozice, v některých případech i pozice kombinované. Téměř všichni aktivizační pracovníci zmiňují působení v domovech pro seniory. Bouzek (2015) uvádí, že ergoterapeuti v sociálních službách jsou často zaměstnáni jako sociální pracovníci. Avšak sociální pracovník jako pracovní pozice je v tomto dotazníku uveden pouze ve dvou případech. Zajímavé je zjištění, že většina respondentů s pozicí aktivizačního pracovníka působí v domovech pro seniory.

Značná část respondentů, kteří nepůsobí na oficiální pozici ergoterapeuta, popisují, že nemají žádné problémy v rámci své práce. To je příjemným zjištěním. Autorku naopak překvapuje, že pět respondentů z pozice ergoterapeuta nemá přístup do zdravotnické dokumentace. Tento problém by z této pozice neočekávala.

Dále je zjišťována úhrada ergoterapeutů. Jak uvádí různé zdroje (MPSV, 2015; Průša a kol., 2015) financování zdravotní péče v sociálních službách je jeden z problémů sociálních služeb. Dochází k úhradě pouze 15 % provedených zdravotních služeb. To se shoduje s výsledky tohoto dotazníku. Úhradu ze zdravotní pojišťovny uvádí 18,4 % respondentů, pouze 6,4 % však zmiňuje úhradu výhradně ze zdravotní pojišťovny. Zajímavé je, že všichni, kteří popisují úhradu ze zdravotní pojišťovny, pracují na oficiální pozici ergoterapeuta. MPSV (2019) uvádí, že zdravotní úkony by neměly být hrazeny z dotací MPSV, proto jsou zdravotníci často hrazeni z příspěvků zřizovatelů. Shodu s výsledky této práce lze nalézt pouze částečně. Příspěvky zřizovatele, sponzorské dary a granty uvádí 44 % respondentů, což potvrzuje tvrzení MPSV. Avšak velká část respondentů (33,6 %) zmiňuje úhradu z dotací MPSV a jsou mezi nimi i ve značném zastoupení respondenti na pozici ergoterapeuta.

Nejčastějším poskytovatelem služeb, ve kterých ergoterapeuti působí, jsou nestátní neziskové organizace, kraje a obce. Respondenti, kteří uvádí jako poskytovatele MPSV, jsou všichni zaměstnáni jako ergoterapeuti a žádný z nich nezmiňuje úhradu z příspěvku na péči nebo z příspěvku zřizovatele, sponzorských darů a grantů. Tyto výsledky jsou pro autorku zajímavým zjištěním.

Respondenti věnující se neustále klientům v pobytovém zařízení pracují převážně s věkovou kategorií seniorů. Malíková (2020) popisuje ergoterapii u seniorů v rámci domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Zmiňuje převážně trénink jemné motoriky, kondiční cvičení, tvůrčí činnosti, společenské aktivity, reminiscenční terapie a volnočasové aktivity. Výsledky výzkumu se s poznatky Malíkové (2020) ztotožňují. Respondenti však uvádějí také terapii kognitivních funkcí, doporučování kompenzačních pomůcek, nácvik soběstačnosti a polohování, což Malíková (2020) ve své publikaci v rámci ergoterapie vůbec nezmiňuje.

Respondenti pracující v terénních službách se věnují převážně dospělým a seniorům. Téměř všichni v rámci svých terapií provádí nácvik soběstačnosti, doporučování a nácvik používání kompenzačních pomůcek a poradenství. Podporu soběstačnosti v domácím prostředí klienta zdůrazňuje Švestková (2015). Ávila a kol. (2018), zmiňuje nácvik ADL v domácím prostředí u klientů s Alzheimerovou nemocí. Uvádí také terapii kognitivních funkcí, úpravy domácího prostředí a poradenství pro pečující. Dle výzkumu této bakalářské práce se

respondenti pracující terénní formou věnují více úpravám domácího prostředí a úpravám denního režimu než pracovníci v ambulantních nebo pobytových zařízení. Hodnocení a úpravu domácího prostředí zmiňují Švestková (2015), dále Taylor. a kol. (2017) v rámci prevence pádů u seniorů, Lockwood a kol. (2020) u klientů po totální endoprotéze kyčle. Úpravu denního režimu ve vztahu k zapojení terapií do celého dne popisuje Opp (2021) u dětí ve službě rané péče.

Respondenti pracující v rámci ambulantních služeb se se zabývají všemi věkovými skupinami, ale převážně dospělými. Většina z nich se věnuje nácviku soběstačnosti, poradenství, podpoře volnočasových aktivit a tréninku jemné motoriky. Tito respondenti oproti ostatním provádí ve větší míře pracovní a předpracovní rehabilitaci. Někteří autoři popisují v rámci ambulantních služeb ergoterapeutické dílny, či volnočasové využití pro osoby s duševním onemocněním (Bejerholm a Eklund, 2013; Slowík, 2016). Nácvik soběstačnosti je zmiňován v rámci denního stacionáře u dětí (Vílímcová a Hrabalová, 2020). Ergodiagnostika je prováděna v rámci denního stacionáře pro osoby s tělesným a mentálním postižením (Centrum Arpida, 2020).

Autorka považuje za jeden z největších nedostatků tohoto výzkumu možné zkreslení výsledků ohledně množství ergoterapeutů pracujících v sociálních službách. Autorka se domnívá, že by bylo vhodnější považovat za reprezentativní pouze vzorek respondentů působících v sociálních službách. Avšak potvrzení této domněnky by bylo předmětem dalšího zkoumání.

V rámci dalších výzkumů k tomuto tématu by bylo přínosné zaměřit se na ergoterapii v sociálních službách jako takovou. Mnoho zařízení uvádí, že ergoterapii poskytují, ale pracovníkem bez příslušného vzdělání, to také potvrzují různí autoři (Součková, 2013; Malíková, 2020). Otázkou je, do jaké míry jsou tyto služby totožné s ergoterapií vedenou odborníkem. Autorka vyvozuje, že se v sociálních službách nenachází dostatek ergoterapeutů. Mezi časté odpovědi poskytovatelů sociálních služeb patřilo, že ergoterapeuta nemohou dlouhodobě sehnat. Proto autorka práce shledává důležitým zabývat se i v dalších výzkumech ergoterapií v sociálních službách.

5 ZÁVĚR

Ergoterapie nalézá v sociálních službách stále větší uplatnění. Konkrétně v sociálních službách pro seniory, v oblasti komunitní péče a v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním. (Krivošíková, 2011) Výsledky této práce dokazují hojné uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách, a to především v rámci sociálních služeb pro seniory. Ergoterapeuti mají v sociálních službách pro seniory dlouhou historii, a to především díky jejich komplexnímu náhledu na člověka (Dancewicz a Bissett, 2020).

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat a popsat současnou situaci v uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice. Pro naplnění cíle byly vytvořeny čtyři otázky bakalářské práce. Autorce se podařilo zodpovědět všechny otázky bakalářské práce, cíl byl tedy splněn.

V rámci této práce proběhlo zpracování dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 265 respondentů. Na základě výsledků dotazníku bylo zjištěno, že v sociálních službách působí téměř polovina ergoterapeutů. Jejich vysoký podíl může být značně zkreslený, jak autorka sama popsala v diskuzi této práce. Ergoterapeuti se uplatňují ve velkém množství v domovech pro seniory a v menší míře v široké škále dalších sociálních služeb (sociální rehabilitace, denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a další). Práce zmapovala formální pracovní pozici ergoterapeutů v sociálních službách. Více než polovina pracovníků působí na oficiální pozici ergoterapeuta. Hojně bylo zastoupeno také postavení aktivizačního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Výsledky dokázali, že úhrada pracovníků ergoterapie probíhá především z příspěvků zřizovatele, sponzorských darů, grantů a z dotací MPSV. Ergoterapeuti provádí řadu terapií napříč různými službami. Téměř všichni se věnují nácviku soběstačnosti a tréninku jemné motoriky.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že mezi respondenty pracujících v sociálních službách je větší podíl ergoterapeutů nad 40 let a pracovníků bez vysokoškolského vzdělání než mezi ergoterapeuty, kteří v sociálních službách nepracují. Všichni respondenti, kteří uvedli úhradu ze zdravotní pojišťovny, byli zaměstnáni jako ergoterapeuti. Oproti tomu financování ze strany zdravotní pojišťovny neuvedl žádný respondent pracující na pozici aktivizačního pracovníka.

I přes některé nedostatky provedeného výzkumu považuje autorka výsledky této práce za přínosné. Práce přináší nové souhrnné informace o uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice. Tato problematika u nás dosud nebyla nijak podrobně mapována, což se potvrdilo také nedostatkem literatury k tomuto tématu. Zjištěné výsledky by mohly

pomoci zlepšit povědomí o ergoterapeutech pracujících v sociálních službách. V rámci dalšího zkoumání by bylo zajímavé zmapovat ergoterapii v sociálních službách jako takovou. Zjistit, do jaké míry je poskytována odborníky a jak se liší jejich náplň práce od pracovníků, kteří ergoterapii údajně vykonávají, ale nemají příslušné vzdělání v oboru ergoterapie. Dále by bylo vhodné se zaměřit na ergoterapii v sociálních službách u dětí.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. What is Occupational Therapy? In: *American Occupational Therapy Association* [online]. 2021 [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.aota.org/Conference-Events/OTMonth/what-is-OT.aspx

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

ÁVILA, Adriana a kol. Promoting functional independence in people with Alzheimer's disease: Outcomes of a home-based occupational therapy intervention in Spain. *Health and Social Care in the Community* [online]. 2018, **26**, 734-743 [cit. 2021-01-19]. ISSN 1365-2524. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12594

ÁVILA, Adriana a kol. Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke. *Occupational Therapy International* [online]. 2014, **22**(2015), 1-9 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oti.1377

BENDOVÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.

BOUZEK, Petr. *Nelékařští zdravotničtí pracovníci v sociálních lůžkových zařízeních pro seniory* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: https://1url.cz/uzoGi . Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnického managementu. Vedoucí práce: Zdeňka Mikšová.

BOUZEK, Petr. Ergoterapie – nedoceněná specializace ve zdravotnictví. In: *MEDICAL TRIBUNE CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2015 [cit. 2020-05-08]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/37981-ergoterapie-nedocenena-specializace-ve-zdravotnictvi

BREAZ, Alina Maria a Olga Domnica MOLDOVAN. The Impact of Occupational Therapy on the Elderly in Day Care Centres. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics* [online]. 2017, **1**(1), 46-55 [cit. 2021-01-23]. ISSN 2668-0661. Dostupné z: https://lumenpublishing.com/journals/index.php/ejmh/article/view/405

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer, 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.

CALTOVÁ, Eva. A Zdeňka SALCMAN KUČEROVÁ. Poskytování a úhrada zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 2016, **19**(3), 91-99 [cit. 2020-04-02]. ISSN 1805-4560. Dostupné z: http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=0f18be47-f19c-4605-85a8-7a30f6c2b196%40sessionmgr4007

CANNADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. A career in occupational therapy. In: *Cannadian Association of Occupational Therapists* [online]. 2016a [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: https://www.caot.ca/site/rfs/res_for_students?nav=sidebar

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Occupational therapy and home and community care (2016). In: *Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. Ottawa, 2016b [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: https://www.caot.ca/document/3706/O%20%20OT%20and%20Home%20&%20Community%20Care.pdf

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Occupational Therapy and Mental Health. In: *Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. 2016c [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://caot.in1touch.org/document/4059/Mental%20Health%20-%20Fact%20Sheet.pdf

CENTRUM ARPIDA. Denní stacionář pro osoby s tělesným a mentálním postižením: Popis realizace služby. In: *Centrum Arpida* [online]. 2020 [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: https://arpida.sharepoint.com/:w:/s/Socilnsluby-vedouc/EXaZhGh5N6hChxex02lmz_UB-SM4olPfrpZ8RQUnjsYYbw?e=Zk2ds3

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. Occupational therapist 2019. In: Commonwealth of Australia. *Australian Government: Demartment of Health* [online]. 2020 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://hwd.health.gov.au/resources/publications/factsheet-alld-occupational-therapists-2019.pdf

COPOLILLO, Al, Steve ILIFFE a Cameron G. SWIFT. Assessment and prevention of falls in older people – concise guidance. *Clinical Medicine* [online]. 2014, **14**(6), 658-662 [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/14/6/658

ČESKO. Vyhláška č. 134/1998 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů ČR*, 1998, částka 46. Dostupný také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2006, částka 37. Dostupný také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2011, částka 131. Dostupný také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR*, 1997, částka 16. Dostupný také z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48

DANCEWICZ, Esther April a Michelle BISSETT. Occupational Therapy Interventions and Outcomes Measured in Residential Care: A Scoping Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 2020, **38**(3), 230-249 [cit. 2021-01-23]. ISSN 1541-3152. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02703181.2020.1719272

FRÄNDIN, Kerstin a kol. Long-Term Effects of Individually Tailored Physical Training and Activity on Physical Function, Well-Being and Cognition in Scandinavian Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology* [online]. 2016, **62**(6), 571-580 [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: https://www.karger.com/Article/Abstract/443611

GOVERNMENT OF CANADA. Home and community health care. In: *Canada.ca* [online]. 2016 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0981-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HULTQVIST, Jenny a kol. Programme characteristics and everyday occupations in day centres and clubhouses in Sweden. *Scandiavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017, **24**(3), 197-207 [cit. 2021-03-23].
Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2016.1200669

JANEČKOVÁ, Marcela a Radka VEPŘKOVÁ. Integrace péče – reflexe stavu v ČR: Zpráva z výzkumu. In: *Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK* [online]. 2017 [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-11-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf

JELÍNKOVÁ, Jana a Mária KRIVOŠÍKOVÁ. Koncepce oboru ergoterapie. In: *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. ČAE, 2007 [cit. 2019-07-13]. Dostupné z: http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

JIRKŮ, Anna a Jitka VACKOVÁ. Koordinovaná rehabilitace v sociálních službách. In: Vacková Jitka, a kol. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí.* 1. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2434-3.

KADEŘÁBKOVÁ, Lenka. *Profil profese ergoterapie v České republice* [online]. Praha, 2020 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: https://1url.cz/lzcST. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

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

LIVINGSTONE, Ian, Jeniffer HEFELE a Natalie LELAND. Physical and Occupational Therapy Staffing Patterns in Nursing Homes and Their Association with Long-stay Resident Outcomes and Quality of Care. *Journal of Aging & Social Policy* [online]. 2020, 1-19 [cit. 2021-01-19]. ISSN 1545-0821.
Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1824544

LOCKWOOD, Kylee J. a kol. Home visits by occupational therapists improve adherence to recommendations: Process evaluation of a randomised controlled trial. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2020, **00**, 1-10 [cit. 2021-03-19]. ISSN 1440-1630. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1440-1630.12651

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Analýza financování sociálních služeb. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2019 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: https://1url.cz/oK1gw

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Registr poskytovatelů služeb. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2020a [cit. 2020-10-21]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální služby. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2020b [cit. 2020-10-21].
Dostupné z: https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2015 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/Studie_financovani_soc_sl.pdf/5121cf30-ea72-2c02-fd1b-681dda1d4e81

MURMAN, Daniel L. The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing* [online]. 2015, **36**(3), 111–121 [cit. 2021-01-23].
Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906299/

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2020-10-08]. Dostupné z: https://nrpzs.uzis.cz

OPP, Ashley. Occupational Therapy in Early Intervention: Helping Children Succeed. In: *American Occupational Therapy Association* [online]. 2021 [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/CY/Articles/Early-Intervention.aspx

OREGON HEALTH AUTHORITY. Oregon's occupational therapy workforce: Based on data collected during 2016 and 2017. In: *Oregon.gov* [online]. 2019 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: https://www.oregon.gov/oha/HPA/ANALYTICS/HealthCareWorkforceReporting/2016-2017-Occupation-Profiles-OccupTherapy.pdf

PERALTA, Patricia, Ana GASCÓN a Eva LATORRE. Occupational Therapy Prevents Cognitive Impairment on Long-Term Care Residents. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 2017, **35**(3-4), 119-131 [cit. 2021-01-21]. ISSN 1541-3152. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02703181.2017.1339757

POZZI, Christian a kol. Activity-based occupational therapy intervention for delirium superimposed on dementia in nursing home setting: a feasibility study. *Aging Clinical and Experimental Research* [online]. 2020, **32**, 827-833 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-019-01422-0

PRŮŠA, Ladislav a kol. Náklady na poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9.

RANDSTRÖM, Kerstin Björkman a kol. Activity participation in home rehabilitation: Older people‘s and family members‘ perspectives. *Journal of rehabilitation medicine* [online]. 2013, **45**, 211-216 [cit. 2021-03-22]. ISSN 1650-1977. Dostupné z: https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1085

RILEY, Jillian. *The Effectiveness of Occupational Therapy Local AuthoritySocial Services' Interventions for Older People in Great Britain: A Critical Literature Review* [online]. 2012 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: http://orca.cf.ac.uk/44040/1/CR-Riley-Exec-Sum.pdf

ŘEHÁK, Jan. Výběr metodou sněhové koule. In: *Sociologická encyklopedie* [online]. 2018 [cit. 2021-01-19]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule

SACKLEY, Catherine M. An occupational therapy intervention for residents with stroke related disabilities in UK care homes (OTCH): cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* [online]. 2015, **350**, 1-11 [cit. 2021-02-02]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/26518115?seq=1

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SOUČKOVÁ, Ludmila. *Ergoterapie v zařízeních sociálních služeb* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: https://theses.cz/id/mmp7kk/?lang=cs. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Michaela Šrytrová.

STATE OF VICTORIA, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Occupational Therapy Workforce Report. In: State of Victoria. *Victoria State Government* [online]. 2018 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://1url.cz/gK1St

STOČKOVÁ, Lenka. *Možnosti ucelené rehabilitace v domovech pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji* [online]. Brno, 2010 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/k250h/. Diplomová práce. Pedagogická Fakulta Masarykovy univerzity. Vedoucí práce Marie Vítková.

SUCHÁ, Jitka. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatrie a gerontologie*. 2013, **2**(3), 149-151. ISSN 1805-4684.

ŠVESTKOVÁ, Olga. Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2015, **22**(1), 38-44 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=f8a591af-bfba-4716-b08a-623e7de711d0%40sdc-v-sessmgr01

TAYLOR, Suzänne F. a kol. Community-Dwelling Older Adults' Adherence to Environmental Fall Prevention Recommendations. *Journal of Applied Gerontology* [online]. 2017, 1-21 [cit. 2021-03-22]. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464817723087

TJÖRNSTRAND, Carina a kol. Participation in day centres for people with psychiatric disabilities – a focus on occupational engagement. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2013, **76**(3), 144-150 [cit. 2021-03-23]. ISSN 1477-6006. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802213X13627524435225

VILÍMCOVÁ, Lucie a Eva HRABALOVÁ. Ergoterapie. In: *Integrační centrum ZAHRADA* [online]. 2021 [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: https://iczahrada.cz/ergoterapie/

7 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 3.4.1 *Věkové zastoupení respondentů*

Graf č. 3.4.2 *Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie*

Graf č. 3.4.3 *Výše dalšího vysokoškolského vzdělání ergoterapeutů*

Graf č. 3.4.4 *Dělení respondentů dle počtu let praxe v oboru ergoterapie*

Graf č. 3.4.5 *Umístění respondentů v České republice*

Graf č. 3.4.6 *Pracovní odvětví ergoterapeutů*

Graf č. 3.4.7 *Pracovní odvětví ergoterapeutů včetně výše úvazku*

Graf č. 3.4.8 *Počet ergoterapeutů pracujících v sociálních službách*

Graf č. 3.4.9 *Sociální služby, ve kterých ergoterapeuti působí*

Graf č. 3.4.10 *Věkové rozložení klientů*

Graf č. 3.4.11 *Časové rozložení ergoterapeutů při poskytování služeb jednotlivým klientům*

Graf č. 3.4.12 *Poskytovatelé sociálních služeb*

Graf č. 3.4.13 *Formální pozice ergoterapeutů*

Graf č. 3.4.14 *Úhrada ergoterapeutů v sociálních službách*

Graf č.3.4.15 *Náplň a forma ergoterapeutických intervencí*

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 3.4.1 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle věku*

Tabulka č. 3.4.2 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle vzdělání*

Tabulka č. 3.4.3 *Porovnání ergoterapeutů pracujících a nepracujících v sociálních službách dle počtu let praxe*

Tabulka č. 3.4.4 *Rozdělení klientů dle typu disability*

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 *Dotazník ergoterapeutům pracujícím v České republice*

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník ergoterapeutům pracujícím v České republice

Dotazník ergoterapeutům pracujícím v České republice

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která nese název Možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách.
Účelem tohoto dotazníku je získání ucelených statistických údajů ohledně uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách v České republice. Pomocí získaných dat bychom chtěli zjistit množství ergoterapeutů, které se v sociálních službách uplatňuje a dále popsat a zmapovat současnou situaci uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách. Zjištěná data mohou být následně použita také pro publikační účely.
Dotazník je určen ergoterapeutům pracujícím na území České republiky (i těm, kteří nepracují v sociálních službách).
Vyplnění dotazníku je dobrovolné. Jeho vyplněním souhlasíte s další publikací získaných dat (např. v oblasti statistik či v odborné literatuře). Veškerá data budou anonymní a bude s nimi nakládáno citlivě. Anonymita dotazníku bude zachována i v případě dalšího publikování této práce.
Vyplnění dotazníku trvá přibližně 10 minut.
V případě, že se k Vám dotazník dostal z více zdrojů, prosím, vyplňte ho pouze jednou.

Předem děkuji za vyplnění.

Simona Voborníková, studentka 3. ročníku bakalářského studia oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

* povinné pole

Základní informace

1. Jaké je Vaše pohlaví? *

(označte pouze jednu odpověď)

○ Žena
○ Muž

2. Kolik Vám je let? *

(označte pouze jednu odpověď)

○ 21–30
○ 31–40
○ 41–50
○51 nebo více

Vzdělání

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie? *

(označte pouze jednu odpověď)

○ Vysoká škola – navazující magisterské studium – obor ergoterapie
○ Vysoká škola – bakalářské studium – obor ergoterapie
○ Vyšší zdravotnická škola – obor diplomovaný ergoterapeut
○ Střední zdravotnická škola – obor ergoterapeut
○ Střední zdravotnická škola – obor rehabilitační pracovník a pomaturitní specializační studium – obor léčba prací
○Jiné: _____

4. Máte nějaké další vysokoškolské vzdělání (mimo obor ergoterapie)?

Napište prosím obor a titul.

_____

5. Kolik let máte praxe v oboru ergoterapie? *

(označte pouze jednu odpověď)

○ Méně než 2 roky
○ 2–5 let
○ 6–10 let
○ Nad 10 let

Pracovní umístění

6. V jakém kraji České republiky pracujete? *

(Označte všechny platné možnosti)

□ 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

7. Kde v současné době pracujete a z jaké části?

Pozn. Možnost „dva či více zkrácených úvazků“ zaškrtněte, pokud máte tyto úvazky v jednom sektoru (např. ve zdravotnictví). Pokud máte více zkrácených úvazků, přičemž každý je z jiného sektoru, označte možnost „zkrácený pracovní úvazek“ + dané sektory.

(Označte všechny platné možnosti)

	Sociální služby	Zdravotnictví	Školství, pedagogika	Vlastní odborná praxe (OSVČ), nestátní zdravotnická zařízení	Ostatní (Úřad práce, pojišťovna, prodejny se zdravotnickými pomůckami…)
Plný pracovní úvazek	□	□	□	□	□
Zkrácený pracovní úvazek	□	□	□	□	□
Dva či více zkrácených úvazků	□	□	□	□	□
V současné době jsem na mateřské nebo rodičovské dovolené	□	□	□	□	□
Jiné	□	□	□	□	□

8. Možnost „jiné“, prosím, specifikujte zde.

_____

9. Pracujete, alespoň částečně, v sociálních službách? *

(Označte pouze jednu odpověď)

○ Ano → Otázka č. 10

○ Ne → Sekce „Děkuji za vyplnění!“

Děkuji za vyplnění!

Pro ergoterapeuty, kteří nepracují v sociálních službách zde dotazník končí, děkuji za jeho vyplnění!

Zařízení sociálních služeb

Veškeré následující otázky už se týkají sociálních služeb, ve kterých působíte.

10. Ve kterém typu sociálního zařízení pracujete? *

(Označte všechny platné možnosti)

□ Domov pro seniory

□ Pečovatelská služba

□ Osobní asistence

□ Odlehčovací služba

□ Denní stacionář

□ Týdenní stacionář

□ Domov pro osoby se zdravotním postižením

□ Chráněné bydlení

□ Sociální rehabilitace

□ Domov se zvláštním režimem

□ Sociálně terapeutická dílna

□ Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením

□ Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi

□ Raná péče

□ Sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče

□ Terapeutická komunita

□ Jiné: _____

11. Se kterými klienty na pracovišti pracujete? *

(Označte všechny platné možnosti)

□ Tělesná disabilita
□ Mentální postižení
□ Smyslové postižení
□ Duševní onemocnění
□ Kognitivní poruchy
□ Onemocnění vnitřních orgánů
□ Adiktologičtí klienti (závislosti)
□ Kombinované postižení
□ Neprovádím přímou práci s klienty
□ Jiné: _____

12. Které věkové skupině se věnujete? *

(Označte všechny platné možnosti)

□ Pediatrie
□ Dospívající
□ Dospělí
□ Senioři
□ Neprovádím přímou práci s klienty
□ Jiné: _____

13. Jakým klientům jsou poskytovány Vaše služby? *

Uveďte, prosím, jak často se dané skupině klientů během své práce věnujete.

(Označte jen jednu možnost v každém řádku.)

	Stále	Velmi často	Často	Občas	Nikdy
Klientům v pobytovém zařízení	○	○	○	○	○
Ambulantním klientům	○	○	○	○	○
Klientům v jejich domácím prostředí – terénní služba	○	○	○	○	○
Jiné	○	○	○	○	○

14. Možnost „jiné“ prosím specifikujte zde.

Vyplňte pouze v případě, že jste uvedli kladně možnost „jiné“.

_____

15. Kdo je poskytovatelem sociální služby, ve které pracujete? *

(Označte všechny platné možnosti.)

□ Obec

□ Kraj

□ Nestátní nezisková organizace (spolek, obecně prospěšná společnost, ústav, nadace, církev či náboženská společnost…)

□ Fyzická osoba

□ Ministerstvo práce a sociálních věcí

□ Nevím

□ Jiné: _____

16. Jak se nazývá formálně Vaše pozice dle Vaší pracovní smlouvy? *

(Označte všechny platné možnosti.)

□ Ergoterapeut
□ Pracovník v sociálních službách
□ Aktivizační pracovník
□ Nevím
□ Jiné: _____

17. Pokud nejste zaměstnán/a jako ergoterapeut/ka, vidíte v tom nějaké překážky?

(Označte všechny platné možnosti.)

□ Nemám přístup do zdravotnické dokumentace
□ Nejsem zařazen/a do multidisciplinárního týmu
□ Žádné problémy nemám
□ Jiné: _____

18. Z jakých finančních zdrojů je hrazena Vaše pozice? *

(Označte všechny platné možnosti.)

□ Zdravotní pojišťovna
□ Příspěvek na péči
□ Dotace Ministerstva práce a sociálních věcí
□ Vlastní úhrada klienta
□ Ostatní (příspěvek zřizovatele, sponzorské dary, granty…)
□ Nevím
□ Jiné: _____

19. Jaká je náplň a forma Vašich terapií? *

(Označte pouze jednu možnost v každém řádku.)

	Individuální forma	Individuální i skupinová forma	Skupinová forma	Tuto terapii neprovádím
Trénink funkce horních končetin	◯	◯	◯	◯
Trénink jemné motoriky	◯	◯	◯	◯
Terapie kognitivních funkcí	◯	◯	◯	◯
Nácvik soběstačnosti	◯	◯	◯	◯
Doporučení a nácvik používání kompenzačních pomůcek	◯	◯	◯	◯
Poradenství	◯	◯	◯	◯
Úprava denního režimu	◯	◯	◯	◯
Polohování	◯	◯	◯	◯
Kondiční cvičení	◯	◯	◯	◯
Předpracovní a pracovní rehabilitace	◯	◯	◯	◯
Evaluace domácího, pracovního a veřejného prostředí	◯	◯	◯	◯
Řešení bezbariérových úprav	◯	◯	◯	◯
Podpora volnočasových aktivit	◯	◯	◯	◯
Tanec	◯	◯	◯	◯
Relaxace	◯	◯	◯	◯
Společenské aktivity (deskové hry, kvízy…)	◯	◯	◯	◯
Tvůrčí činnosti, vyrábění	◯	◯	◯	◯
Expresivní terapie (např. arteterapie, muzikoterapie)	◯	◯	◯	◯
Vaření	◯	◯	◯	◯
Reminiscenční terapie	◯	◯	◯	◯
Nácvik sociální interakce	◯	◯	◯	◯
Telerehabilitace	◯	◯	◯	◯
Využití robotiky a technologií	◯	◯	◯	◯

20. Pokud provádíte ještě nějaké další terapie, uveďte je, prosím, zde.

_____

_____

_____

Děkuji za vyplnění tohoto dotazníku!