

UČEBNÍ TEXTY
UNIVERZITY KARLOVY

KOMUNITNÍ ERGOTERAPIE

Jana Jelínková

KAROLINUM

Komunitní ergoterapie

Jana Jelínková

Recenzovaly:

Mgr. Anna Kuželková

Mgr. Olga Marková



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



Národní
plán
obnovy

MS
MT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Publikace byla vydána za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Národního plánu obnovy v rámci projektu Transformace pro VŠ na UK (reg. č. NPO_UK_MSMT-16602/2022).

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

Praha 2023

Redakce Juan Zamora

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání první

© Univerzita Karlova, 2023

© Jana Jelínková, 2023

ISBN 978-80-246-5396-9

ISBN 978-80-246-5534-5 (pdf)



Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

www.karolinum.cz

ebooks@karolinum.cz

OBSAH

Úvod	5
1. KOMUNITNÍ PRÁCE V ERGOTERAPII	6
1.1 Základní terminologické pojmy a východiska komunitní práce v ergoterapii	7
1.2 Počátky ergoterapie v komunitě	16
1.3 Kontext komunitní práce v ergoterapii v České republice	19
1.4 Příklady modelů a přístupů na komunitu zaměřené praxe v ergoterapii	21
1.5 Specifika ergoterapie v komunitě	29
2. PLÁNOVÁNÍ PROGRAMŮ REALIZOVANÝCH V KOMUNITĚ	42
2.1 Vytváření programů v komunitě	42
2.2 Podnikání v ergoterapii	50
2.2.1 Podnikatelský plán	55
3. KOMUNITNÍ SLUŽBY PRO OSOBY VYŠŠÍHO VĚKU	61
3.1 Terminologie ve vztahu ke stárnutí a stáří	62
3.2 Demografický vývoj v České republice	65
3.3 Charakteristika seniorské populace	66
3.4 Důsledky stárnutí obyvatelstva	68
3.5 Plánování programů v komunitě pro osoby vyššího věku	70
3.6 Oblasti ergoterapeutické intervence v komunitě u osob vyššího věku ..	73
3.7 Syndrom demence a úloha ergoterapeuta v systému komunitní péče	78
4. KOMUNITNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ SLUŽBY PRO DĚTI A DOSPÍVAJÍCÍ	85
4.1 Služby pro děti a mladistvé v komunitě	86
4.1.1 Raná péče	87
4.1.2 Svépomocná sdružení rodičů dětí se zdravotním postižením	91
4.1.3 Ergoterapie v předškolním a školním zařízení	92

4.1.4	Tranzitní program pro mladistvé	96
4.2	Na rodinu zaměřená péče v ergoterapii	97
5.	ERGOTERAPIE V RÁMCI KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE	102
5.1	Statistické informace k problematice duševního zdraví	103
5.2	Kontext a modely komunitní péče v psychiatrii	103
5.3	Význam komunitní péče v psychiatrii	112
5.4	Stigmatizace/nálepkování	114
5.5	Role ergoterapeuta v komunitní péči v psychiatrii	115
6.	UPLATNĚNÍ ERGOTERAPIE VE VÝROBNÍCH PROVOZECH A NA PRACOVÍŠTÍCH	121
6.1	Zdraví na pracovišti	121
6.2	Ergonomie v práci ergoterapeuta	124
6.2.1	Model osoba–prostředí–zaměstnávání (model PEO) a jeho aplikace v oblasti ergonomie	126
6.2.2	Další příklady ergonomického poradenství dle věkových skupin klientů.	129
6.3	Nároky práce v jednotlivých polohách	131
6.4	Pracovní rehabilitace	134

ÚVOD

Publikace vychází ze zpracované studijní opory, kterou autorka připravila pro navazující magisterský studijní program „Ergoterapie pro dospělé“ 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Materiál byl vytvořen pro předmět Komunikační dovednosti, poradenství a komunitní ergoterapie, který je zařazen do studijního plánu v rámci prvního ročníku.

Záměrem je nabídnout studijní text, který by bylo možné využít v rámci výuky bakalářského a magisterského programu Ergoterapie či doporučit studentům k samostudiu.

Z tohoto důvodu je v každé kapitole zařazen stručný obsah kapitoly, cíle kapitoly a klíčová slova. Kapitoly jsou ukončeny závěrečným shrnutím a připomenutím pojmů k zapamatování. Pro možnost pracovat s textem se studenty didakticky, za účelem rozvoje znalostí a postojů, jsou na konci kapitol zařazeny otázky k zodpovězení či zamyšlení a též uvedeny odkazy na doporučené další zdroje.

Jelikož skripta pokrývají problematiku, která v rámci oboru nebyla zatím uceleně publikačně zpracována, můžou být přínosem i pro ergoterapeuty v praxi a podnětem pro oborovou diskusi. Jednotlivá témata jsou pojednávána především z ergoterapeutického hlediska. Autorka v textu předkládá aktuální informace a zkušenosti ze zahraničních zdrojů a nabízí podněty či styčné body, které by bylo případně možné začlenit i do praxe u nás pro rozvoj ergoterapie v komunitě.

1. KOMUNITNÍ PRÁCE V ERGOTERAPII

Stručný obsah kapitoly

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

Cíle kapitoly

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

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

Klíčová slova kapitoly

Komunita, ergoterapeutické modely a přístupy zaměřené na komunitu, role ergoterapeuta v komunitě.

1.1 Základní terminologické pojmy a východiska komunitní práce v ergoterapii

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

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

Komunita

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

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

Paul Mattessich, Barbara Monseyová a Corinna Royová (citováno podle Kinkora 2003, s. 253) uvádí definici pojmu komunita komplexně: „Lidé, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby (ve smyslu příbuzenství, přátelství a známosti v geografické oblasti a také ve smyslu účasti na aktivitách komunity a některých

formách ekonomické směny, např. kupování zboží a služeb, práce pro místní zaměstnavatele apod.) a kteří jsou citově vázáni k sobě navzájem a k místu, kde žijí.“

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

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

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

Je možné se setkat i s následujícími pojmy popisujícími různé komunity:

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

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

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

Komunitní péče

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

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

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

Pokud mluvíme o terénních sociálních službách, jde podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění o služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Jedná se o následující typy služeb:

- *služby sociální péče*: mezi které se řadí osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní nebo týdenní stacionáře, chráněné bydlení,
- *služby sociální prevence*: ke kterým patří raná péče, krizová pomoc, kontaktní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, seniory, osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, terapeutické komunity.

Trendy, které ovlivňují rozvoj komunitních a terénních služeb:

- rostoucí náklady na zdravotní péči versus ekonomické restriktce (např. krácení doby hospitalizace, tlak na nákladovou efektivitu),
- demografické změny a stárnutí populace,
- nárůst chronických onemocnění,
- změna struktury rodiny,
- rozvoj moderních technologií: telemedicína, telerehabilitace, možnosti využití zdravotnických prostředků v domácím prostředí (např. přístrojů na podporu dýchání, úpravy domácího prostředí a instalace signalizačních/tísňových systémů v bytě),
- změna postojů uživatelů, především jejich zájem o setrvání v domácím prostředí, větší informovanost o možnostech léčby, zájem uživatelů rozhodovat o sobě,
- politické faktory: doporučení WHO, politické závazky (např. Zdraví 2020), iniciativy samospráv, neziskového sektoru atd.

Komunitní přístup

Komunitní přístup akcentuje stránku komunitních procesů, které se týkají spolupráce sektorů za účelem vyvolání změny na místní úrovni. Jde o sektor veřejný (státní a místní správy), podnikatelský sektor (místní podniky, podnikatelé) a sektor místních občanů (ať organizovaných v občanských sdruženích, či neziskových organizacích, ale i jednotlivých občanů).

Komunitní praxe

Komunitní praxe (anglicky *community-based practice*) zahrnuje široký záběr zdravotních a sociálních služeb realizovaných v komunitě a jejím cílem je, aby se klient stal integrální součástí konkrétní komunity. V komunitní praxi nicméně nejde jen o přesunutí zdravotních služeb do komunitního prostředí, ale týká se také širokého spektra zdravotních a sociálních služeb zaměřených na oblast prevence, podpory zdraví i provádění zdravotnických úkonů, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a dalších potřebných služeb ve vlastním sociálním prostředí jedince.

Komunitní praxe je pro ergoterapeuty přístupem, který umožňuje výkon zaměstnávání, coby determinanty zdraví, osobní pohody a přežití, v přirozeném prostředí klienta. Ergoterapeuti zastávají názor, že umožnění participace jedince v rámci jeho vlastní komunity může být nástrojem i pro zlepšení zdraví dané komunity. Ergoterapeuti napomáhají k inkluzi členů komunity a využívají pro to metody a techniky, jež zabraňují vyloučení či

opomíjení těch členů, kteří mohou mít potíže participovat nebo se zapojit do činností z osobních důvodů nebo kvůli limitujícím faktorům prostředí, či toto minimalizují.

Ergoterapie v komunitě se proto nerealizuje jen přímou ergoterapeutickou intervencí cílenou na konkrétní osobu či skupinu osob, ale ergoterapeuti se rovněž účastní programů na podporu zdraví, prevence, osvěty, vzdělávání a rozvoje dovedností a zapojují se do obhajoby práv a zájmů členů komunity v rámci občanských iniciativ (například zapojení ergoterapeuta do komunitního plánování v obci, městské části).

Definování komunitní praxe:

- *širší pojetí*: vše, co se odehrává mimo nemocnici za účelem pomoci dosažení odpovídající participace klienta v komunitě,
- *z hlediska úhrady*: co je hrazeno obvykle i z jiného zdroje než jen ze zdravotního pojištění (u ambulantních specialistů a agentur domácí péče jsou v ČR jejich služby pacientovi hrazeny jako zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění dle potřeb jeho zdravotního stavu a v rozsahu indikace ošetřujícího lékaře),
- *z hlediska profesní autonomie a vlastní kontroly pracovní situace*: v komunitních programech nemusí být intervence ergoterapeuta řízena jen indikací lékaře (např. v sociálních službách či programech, kde je ergoterapeut v pozici case managera, plánovače programu, konzultanta). Práci může po ergoterapeutovi chtít někdo jiný, např. sociální pracovník nebo vedoucí programu, a intervence ergoterapeuta je potom regulována či řízena dle standardů péče dané služby či programu (např. v sociálních službách standardy sociálních služeb a z toho vyplývajícími požadavky na vlastní ergoterapeutickou intervenci, vedení dokumentace i zaměření poskytované služby). Ergoterapeut je placen v rámci smluvního pracovního vztahu s poskytovatelem služby (obvykle jako pracovník v sociálních službách), případně je jeho mzda zakalkulována do žádosti o dotaci či grant, o které organizace či program žádá na zajištění komunitních služeb. Ergoterapeut může být také osobou samostatně výdělečně činnou.

Charakteristiky komunitní praxe v ergoterapii:

- *na klienta orientovaná*,
- *zaměřená na zaměstnávání*,
- *podložená důkazy*,
- *založená na dynamické systémové teorii*: komunity fungují jako systémy,

všechny proměnné jsou propojené a změna jedné proměnné ovlivní další, které jsou součástí systému,

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

Zaměstnávání

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

Ergoterapeuti sdílí přesvědčení, že zaměstnávání (Townsend 2004):

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

Occupational engagement (zapojení se do zaměstnávání)

Pocit účasti, vlastní volby a zažívání pocitu smysluplnosti během vykonávání zaměstnávání nebo činností. Autorky Janet Polatajková, Elizabeth Townsendová a Janet Craiková (2007) definují *occupational engagement* jako možnost zapojit se do činností, které u osoby přispívají k podpoře zdraví a umožňují využít její potenciál k provádění aktivit každodenního života.

Disabilita

K pochopení toho, jak se na disabilitu pohlíží nyní, je užitečné se ohlédnout za tím, jak se termín disabilita vyvíjel v průběhu času. Disabilita,

zdravotní postižení či fyzická vada byly v minulosti spojovány s mytologií a náboženstvím, například lidé s postižením byli považováni za posedlé ďáblem nebo se disabilita často brala jako trest za předchozí provinění.

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

Později, v 60. a 70. letech 20. století, byl medicínský pohled na disabilitu změněn a rozvíjely se sociální přístupy, například sociální model disability. Tyto přístupy vedly k odklonu od medicínského aspektu disability k zaměření se na sociální bariéry a diskriminaci, kterým jsou osoby se zdravotním postižením vystaveny. Disabilita byla přeformulována z problému jedince na sociální problém a řešení bylo zaměřeno na odstranění bariér a sociální změny, ne pouze na poskytování zdravotní péče.

V této změně chápání byly ústřední snahy osob s disabilitou, které začaly v 60. letech minulého století v Severní Americe a rozšířily se celosvětově. Organizace osob s disabilitou usilovaly o dosažení plné participace, vyrovnání příležitostí a prosazování občanských práv svých členů a hrály klíčovou roli ve formulování obsahu konvencí práv lidí s disabilitou.

Existuje mnoho definic disability podle různých perspektiv uvedených výše. Nejnovější definice disability vycházejí z *Mezinárodní klasifikace fungování, disability a zdraví* (WHO 2008) a *Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením* (MZV 2010).

Podle WHO (2008) je disabilita zastřešujícím termínem pro poruchy, limitace aktivity nebo omezení participace, které jsou výsledkem interakce mezi osobou se zdravotním problémem, faktory prostředí (například fyzické prostředí, postoje) a osobními faktory (například věk nebo pohlaví, zdravotní stav). Disabilita je vnímána jako sociální znevýhodnění způsobené fyzickými nebo sociálními faktory prostředí (bariérami), které omezují život lidí s funkčními problémy.

Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením (MZV 2010) uvádí, že disabilita (zdravotní postižení) je rozvíjející se koncept a výsledek interakce mezi osobou s postižením a postojovými bariérami a bariérami prostředí, které brání její plné a efektivní participaci ve společnosti na rovné bázi s ostatními.

Globální statistické údaje o osobách s disabilitou (WHO 2011):

- na světě žije přibližně 15 % lidí s disabilitou (kvůli stárnutí populace, rychlému šíření chronických onemocnění; zjištěno i díky zlepšení metodik používaných k měření zdravotního postižení),
- lidé s disabilitou jsou největší minoritou na světě,
- odhaduje se, že 80 % lidí s disabilitou žije v rozvojových zemích,
- přibližně 15–20 % nejchudších jsou lidé s disabilitou,
- až v 62 zemích světa nejsou lidem s disabilitou poskytovány žádné rehabilitační služby,
- jen 5–15 % osob s disabilitou v rozvojových zemích má dostupné kompenzační pomůcky,
- děti s disabilitou méně často navštěvují školu než ostatní děti jejich věku,
- lidé s disabilitou jsou častěji nezaměstnaní a mají nižší výdělek než ostatní.

Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO 2010) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost disability nebo nemoci. Zdraví je cenný zdroj, který umožňuje lidem vést individuálně, sociálně a ekonomicky produktivní život, poskytující jim svobodu začlenit se do práce, vzdělávání, rodinného a komunitního života. Na zdraví, jako na multidimenzionální koncept, je možné pohlížet podle výše uvedeného jako na schopnost provádět činnosti nebo se zapojit do individuálně preferovaných zaměstnávání. Jedná se o subjektivní ukazatel, jelikož lidé vnímají zdraví rozdílně na základě věku, pohlaví, životního stadia, vlastní kultury i dalších osobních faktorů.

Zdraví determinuje především:

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

Ann Wilcocková (1998, citováno dle Scaffa, Reitz 2020, s. 31) definuje zdraví z ergoterapeutického hlediska „jako nepřítomnost nemoci, ale ne nezbytně nepřítomnost disability; rovnováhu fyzické, duševní a sociální

pohody dosažené díky sociálně ceněným a individuálně smysluplným aktivitám; posílení či zlepšení schopností a příležitostí pro dosažení potenciálu osoby; sociální soudržnost a vytváření příležitostí; dosažení začlenění, podpory a spravedlnosti; a to vše v rámci trvale udržitelného životního prostředí a jako jeho součást“.

Koncept zdraví je definován jako schopnost realizovat své touhy, uspokojovat potřeby a schopnost měnit nároky prostředí či se s nimi vyrovnávat. Proto je na zdraví z ergoterapeutického hlediska nahlíženo jako na zdroj, pozitivní koncept odrážející sociální a osobní potenciál osoby. Základními předpoklady pro zachování zdraví jedince, komunity i společnosti je zajištění obživy, přístřeší, příjmu, přístupu ke vzdělání, dostupnosti zdravotní péče, udržitelnosti zdrojů, sociální spravedlnosti a rovnosti, společenského smíru (Scaffa, Reitz 2020). Zdraví je také popisováno na základě perspektivy původních obyvatel Kanady jako rovnováha mezi fyzickými, duševními, emocionálními a spirituálními komponenty, stejně jako propojenost lidí a komunit s prostředím / rodnou zemí. Tyto čtyři součásti zdraví je možné aplikovat na zdravotní témata jedince, rodiny, společnosti, stejně jako prostředí (Fijal, Beagan 2019).

Podpora zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace je podpora zdraví proces umožňující osobám převzít kontrolu nad vlastním zdravím a díky ní zlepšit jeho úroveň. Základním předpokladem podpory zdraví je prevence rozvoje onemocnění a vzniku disability u jedinců, ohrožených skupin obyvatel i komunit nabízením strategií, které jsou zacílené na minimalizaci rizikových faktorů. Jejím výstupem je snížení prevalence a incidence onemocnění (Cole, Tufano 2008). Ergoterapeuti mohou nabídnout četné preventivní strategie založené na využití zaměstnávání za účelem podpory zdraví a duševní pohody, protože jsou dobře obeznámeni s přínosy správně indikované aktivity pro zlepšení zdravotního stavu osoby.

Dle systému ergoterapeutické praxe Occupational Therapy Practice Framework se prevence v ergoterapii zaměřuje na vzdělávání, osvětu a intervenci, aby se podařilo zjistit výskyt zdravotních obtíží, rizikových faktorů, onemocnění či úrazů nebo aby jim bylo možné zabránit či jejich výskyt snížit a zmenšit (AOTA 2020). Rozlišujeme tři formy prevence – primární, sekundární a terciární.

- *primární prevence*: opatření obecně přispívající k podpoře psychického, fyzického a sociálního zdraví u zdravých jedinců, kteří mohou být