

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Bc. Eva Rohlenová

Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie

*Dotazníkové šetření mezi českými i zahraničními ergoterapeuty
o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů/klientů*

*Home Assessment from the View of Occupational Therapy
A Survey among Occupational Therapists from the Czech Republic and Abroad on
Home Assessments and Home Visits*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:
Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Praha, rok 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí své diplomové práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc. za ochotu a spolupráci, odborné připomínky a náměty. Za rady, pomoc při zpracování dat i celkovou oporu moc děkuji Ing. Pavlu Potočkovi. Také bych ráda poděkovala panu doc. Vladimíru Rogalewiczovi, CSc. za cenné poznámky k dotazníku a paní MUDr. Čihařové za komentáře a poskytnutí informací a materiálů k hodnotícím nástrojům a metodice SEMAFOR home.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům organizací ČAE, ENOTHE, COTEC a i dalších zahraničních ergoterapeutických asociací za pomoc při šíření dotazníku. V neposlední řadě pak děkuji všem ergoterapeutům a ergoterapeutkám, kteří se vyplněním dotazníku podíleli na tomto výzkumu a svěřili v odpovědích své zkušenosti z praxe a způsob provádění své práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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 dne:

Bc. Eva Rohlenová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ROHLENOVÁ, Eva. *Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie: Dotazníkové šetření mezi českými i zahraničními ergoterapeuty o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů/klientů [Home Assessment from the View of Occupational Therapy: A Survey among Occupational Therapists from the Czech Republic and Abroad on Home Assessments and Home Visits]*. Praha, 2018. 148 s., 6 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Rodová, Zuzana.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Bc. Eva Rohlenová

Vedoucí práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.

Oponent práce:

Název diplomové práce:

Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie

Abstrakt diplomové práce:

Hodnocení domácího prostředí je důležitou součástí ergoterapeutické intervence, která může pacientům pomoci v různých aspektech – snížit riziko pádu, zvýšit jejich soběstačnost, participaci, kvalitu života aj. O této oblasti hodnocení však existuje v českých zdrojích zatím málo dostupných informací, chybí přehled hodnotících nástrojů tohoto zaměření i popisné informace o současné praxi jeho provádění.

Hlavním cílem práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit data od ergoterapeutů o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů v České republice; dále pak získat vzorek dat od zahraničních ergoterapeutů a porovnat tyto údaje s českými.

Teoretická část práce přibližuje problematiku tématu, přináší přehled existujících hodnotících nástrojů k tomuto účelu a vybrané jsou detailně popsány (Cougar, WeHSA, Housing Enabler, SEMAFOR home). Praktická část uvádí s pomocí grafů, tabulek a statistické analýzy podrobné výsledky dotazníků. V rámci šetření bylo analyzováno 144 českých a 135 anglických dotazníků. Zahraniční vzorek tvořili respondenti z 23 různých zemí. Předpoklady práce byly, že většina dotázaných českých ergoterapeutů neprovádí domácí návštěvy a nehodnotí domácí prostředí existujícími hodnotícími nástroji a dále, že v porovnání s nimi zahraniční ergoterapeuti provádí domácí návštěvy a hodnotí hodnotícími nástroji častěji. Všechny tyto předpoklady byly z odpovědí respondentů potvrzeny. Práce obsahuje mimo jiné podrobný popis procesu šíření dotazníků a získání dat, který může být inspirací pro budoucí podobně zaměřené výzkumy.

Klíčová slova:

hodnocení domácího prostředí, domácí návštěva, ergoterapie

Abstract:

Home assessment is an important part of occupational therapy intervention. It can help improve patients' quality of life in many ways: lower the risk of falls, improve their self-dependence, increase participation etc. Despite that, there is little information about home assessment in Czech literature. There is no overview of home assessment tools nor any study summarizing information about current home assessment practice.

The main goal of this thesis was to explore home assessment and home visit practice in the Czech republic using a questionnaire-based survey among Czech occupational therapists. The results were to be compared to data gathered from foreign respondents.

Theoretical part discusses the topic of the thesis and presents information on home assessment tools. Chosen ones are described in detail (Cougar, WeHSA, Housing Enabler, SEMAFOR home). Practical part summarizes the results of the questionnaire using tables, graphs and statistical analysis. Data from 144 Czech and 135 foreign respondents was gathered and analysed. Research hypotheses were that the majority of Czech occupational therapists don't do home visits and don't evaluate home environment using existing home assessment tools. Furthermore, foreign occupational therapists were expected to perform home visits and use existing assessment tools significantly more frequently than their Czech counterparts. These hypotheses were confirmed using the questionnaire. The process of spreading the questionnaire and gathering data was described in detail, which can prove to be useful for future research.

Key words:

home assessment, home visit, occupational therapy

Obsah

Úvod.....	12
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1.1 Zaměření práce a základní terminologie	14
1.2 Důležitost domácího prostředí	15
1.3 Osoby s disabilitou, bydlení a bezbariérové prostředí	16
1.4 Zdroje vyhledávání literatury	18
1.5 Evidence hodnocení domácího prostředí v literatuře.....	19
1.6 Zasazení prostředí v ergoterapeutických modelech	21
1.7 Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie.....	25
1.7.1 Základní informace a indikace.....	25
1.7.2 Výstupy hodnocení domácího prostředí	26
1.7.3 Způsoby a proces hodnocení.....	27
1.7.4 Sběr a záznam informací.....	30
1.7.5 Předávání výsledků pacientovi	34
1.7.6 Financování domácích návštěv	35
1.7.7 Problémová a bariérová místa v domácnosti	37
1.7.8 Interprofesní a týmová spolupráce při hodnocení domácího prostředí.....	38
1.7.9 Vzdělání a specializace	39
1.8 Hodnocení domácího prostředí hodnotícími nástroji.....	41
1.8.1 Vlastnosti hodnotících nástrojů	41
1.8.2 Existující hodnotící nástroje	44
Zahraníční nástroje pro hodnocení domácího prostředí	46
České hodnotící nástroje a zdroje o bezbariérovém prostředí	60
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	66
2.1 Cíl práce	66
2.2 Hypotézy	66
2.3 Metodologie	67
2.3.1 Typ výzkumu a metoda sběru dat.....	67
2.3.2 Výzkumný soubor.....	68
Výběr vzorku	68
Oslovený vzorek českých ergoterapeutů – vzorek CZ	69
Oslovený vzorek zahraničních ergoterapeutů – vzorek AJ	70
Celkový počet dotazníků – vzorky CZ + AJ.....	71
2.3.3 Představení dotazníku	72
2.3.4 Časový sled šíření dotazníku	76

2.3.5	Etika výzkumu	78
2.3.6	Metody analýzy dat.....	78
2.3.7	Charakteristika výzkumného vzorku	80
	Pohlaví a věk.....	80
	Místo práce ergoterapeuta – kraj/stát.....	80
	Typ pracoviště, forma ergoterapie a výše úvazku	82
	Cílová skupina pacientů.....	84
2.4	Výsledky	85
2.4.1	Hodnocení domácího prostředí.....	86
	Způsob hodnocení domácího prostředí.....	87
	Znalost hodnotících nástrojů.....	89
	Záznam informací	92
	Předávání výsledků hodnocení pacientovi.....	92
	Bariérová místa v domácnosti.....	93
	Vzdělání o hodnocení domácího prostředí ze studia	94
2.4.2	Domácí návštěvy.....	95
	Důvody neprovádění domácích návštěv	97
	Metodické postupy a financování	100
	Účely domácích návštěv	104
	Interprofesní zastoupení při hodnocení domácího prostředí.....	106
	Další informace o hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy ...	107
2.5	Shrnutí výsledku ve vztahu k hypotézám.....	109
3	DISKUZE.....	110
3.1	Diskuze volby popsaných hodnotících nástrojů.....	110
3.2	Diskuze metodologie práce	111
3.3	Diskuze výsledků dotazníkového šetření	114
4	ZÁVĚR.....	119
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	121
6	SEZNAM GRAFŮ	145
7	SEZNAM OBRÁZKŮ	146
8	SEZNAM TABULEK.....	147
9	SEZNAM PŘÍLOH	148

Seznam použitých zkratk

ADL – activity of daily living – běžná denní činnost (**iADL** – instrumentální, **pADL** – personální)

AOTA – American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)

ASNAT – Assessing Students' Needs for Assistive Technology Wisconsin Assistive Technology Initiative

BRASS – Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen

CASPAR – Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents

C-CAP – Client Clinician Assessment Profile

CMOP – Canadian Model of Occupational Performance (Kanadský model výkonu zaměstnávání)

COPM – Canadian Occupational Performance Measure (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání)

COTEC – Council of Occupational Therapists for the European Countries (Rada ergoterapeutů pro evropské země)

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

ČSÚ – Český statistický úřad

EHP – Ecology of Human Performance Model (Ekologický model lidského zaměstnávání)

ENOTHE – The European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání)

EQ-5D – standardizovaný nástroj vytvořený EuroQol Group pro měření zdravotních výstupů

ERS – Environmental Rating Scales

FEAT – Functional Evaluation for Assistive Technology

FES-I – Falls Self-Efficacy Scale

FIM – Functional independence measure (Funkční míra nezávislosti)

FRASS – Falls Risk Assessment Scoring System

HA – home assessment (hodnocení domácího prostředí)

HAP – Home Assessment Profile

HEAP – Home Environmental Assessment Protocol

HOEA – Home Occupational Environmental Assessment

HoPe – Home Assessment of Person-Environment Interactions

HOPE Visual Version – Home Assessment of Person-Environment Interaction–Visual Version

HSSAT – Home Safety Self-Assessment Tool

CHIEF – Craig Hospital Inventory of Environmental Factors

I-HOPE – In-Home Occupational Performance Evaluation

KELS – Kohlman Evaluation of Living Skills

MKF – Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností disability a zdraví

MMSE – Mini Mental State Examination

MOHO – Model of Human Occupation (Model lidského zaměstnávání)

MPT – Matching Persons with Technology

NEADL – Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale

OZP – osoba se zdravotním postižením

P-E fit – Person-Environment fit

PEO – Person-Environment-Occupation Model (Model Člověk-Prostředí-Zaměstnávání)

PEOP – Person-Environment-Occupation-Performance model (Model Člověk-Prostředí-Zaměstnávání-Výkon)

PhoHA – Novel photography-based home assessment protocol

QUEST – Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology

RAI-HC – The Resident Assessment Instrument – Home Care

REIS – Residential Environment Impact Scale

SAFER HOME – The Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation - Health Outcome Measurement and Evaluation

SAS – Safety Assessment Scale

SEMAFOR home – Smart Evaluation Methodology of accessibility FOR home

SMAF – Functional Autonomy Measurement System

SSI – School Setting Interview, version 3.0

TUG – Timed Get Up & Go test (Vstaň a jdi)

WeHSA – Westmead Home Safety Assessment

WFOT – World Federation of Occupational Therapists (Světová federace ergoterapeutů)

WHOQoL-Bref – World Health Organization Quality of Life Scale (Dotazník kvality života WHO – zkrácená verze)

WHO – World Health Organization

Úvod

Většina lidí preferuje žít v prostředí, které považuje za svůj domov (Robnett et al., 2016). Aby mohl být tento požadavek splněn je zapotřebí, aby toto prostředí splňovalo potřebné podmínky, které se liší v závislosti na omezeních a schopnostech konkrétního člověka. Možností, jak snáze utvořit vhodné bezpečné a bezbariérové domácí prostředí osob s disabilitou, je nechat zhodnotit prostředí ergoterapeutem a následně podstoupit doporučené úpravy a vybavení pomůckami. Hodnocení domácího prostředí a navrhování jeho úprav je neopomenutelnou součástí ergoterapeutické práce. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se doslovně píše, že ergoterapeut může „doporučovat vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta a bariérám tohoto prostředí“.

Z dosavadních zkušeností autorky práce ze studijních ergoterapeutických praxí vyplývá, že čeští ergoterapeuti zaměstnaní ve zdravotnických zařízeních většinou hodnotí domácí prostředí pouze v rámci ergoterapeutického vyšetření, a to formou rozhovoru na pracovišti, nikoliv formou domácích návštěv. Vzhledem ke stárnutí populace i současným trendům v přechodu z institucionálních služeb na komunitní lze ale očekávat, že v budoucnu vzroste poptávka po hodnocení domácího prostředí, a to přímo v reálném domácím prostředí. I z tohoto důvodu je tedy tato problematika aktuální.

Motivací k výběru tohoto tématu bylo autorce její současné pracovní uplatnění. Pracuje jako ergoterapeutka v pražské organizaci Asistence, o.p.s., kde má na rozdíl od mnoha ergoterapeutů možnost dojíždět za klienty do domácího prostředí, pokud to preferují či je pro ně cesta na pracoviště z důvodu bariérovosti příliš náročná. Pomáhat odstraňovat bariéry v životě lidí s postižením je navíc dlouhodobým mottem celé Asistence, o.p.s.

V této diplomové práci je poukázáno na možnosti provádění hodnocení domácího prostředí ergoterapeutem, jsou zde popsány hodnotící nástroje k tomuto účelu a je zdokumentována současná situace této oblasti v České republice i v zahraničí. Práce je rozdělena na dva hlavní celky, teoretickou a praktickou část. V teoretické části bylo cílem popsat aspekty týkající se hodnocení domácího prostředí a sepsat přehled existujících nástrojů pro hodnocení domácího prostředí, které jsou popisovány v odborné literatuře. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit od českých a zahraničních ergoterapeutů

dotazníkovým šetřením informace o ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů/klientů. Následně pak tato data analyzovat, porovnat, zhodnotit a tím utvořit aktuální obraz této praxe.

Tato práce měla mít původně metodologii jiného zaměření, autorka ji chtěla na počátku tvorby pojmout více prakticky – provést domácí návštěvy a hodnocení domácího prostředí s pomocí existujícího standardizovaného hodnotícího nástroje u pacientů s motorickou disabilitou a proces hodnocení a jeho výstupy poté představit formou případových studií. Při analýze literatury a při přípravě teoretické části práce se ale ukázalo, že v českých odborných zdrojích chybí i základní informace o ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí, přehled možných hodnotících nástrojů, natož jejich přeložené verze. Chybí i popisné informace o současné praxi provádění tohoto typu hodnocení. V době vzniku práce nebyl dostupný ani žádný český standardizovaný hodnotící nástroj specializovaný pro hodnocení domácího prostředí. Hodnocení reliability nástroje SEMAFOR home teprve probíhalo. Práce se tedy nakonec zaměřila na tuto dosud v českém jazyce z hlediska ergoterapie podrobně nepopsanou oblast a pro metodologii praktické části práce bylo zvoleno popisné šetření založené na dotazníku podaném výzkumnému souboru českých i zahraničních ergoterapeutů.

Teoretická část představuje přehled problematiky ergoterapeutického hodnocení domácího prostředí a domácích návštěv v kombinaci s analýzou související literatury. Také jsou zde představeny tři existující zahraniční nástroje pro hodnocení domácího prostředí. Dále jsou zde shrnuty české zdroje informací k tématu hodnocení, bezbariérovosti a úprav domácího prostředí a je zde popsán zatím jediný standardizovaný český hodnotící nástroj vyvinutý pro identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí SEMAFOR home.

Praktická část obsahuje cíle a hypotézy práce, metodologii výzkumu, podrobně je také představen průběh získávání dat, výzkumný soubor a vytvořený dotazník. Hlavní část prezentuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno za účelem zjištění dat o ergoterapeutických hodnoceních domácího prostředí a domácích návštěvách od ergoterapeutů z České republiky ale také ze zahraničí. Analyzované odpovědi respondentů jsou znázorněny v grafech a tabulkách. V závěru práce jsou shrnuty výsledky hypotéz dotazníků a rozebrány diskutabilní otázky a témata týkající se výzkumu.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Zaměření práce a základní terminologie

Problematika hodnocení domácího prostředí a domácích návštěv je velmi široká. Pro tuto práci bylo proto téma specifikováno na ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí osob s disabilitou žijících nebo navracejících se do vlastního sociálního prostředí do komunity (tedy nikoliv prostředí v domovech seniorů, pečovatelských domovů, ústavů atp., ačkoli i pro obyvatele těchto zařízení je toto prostředí v danou dobu domovem). Dle uznávaných definic prostředí zahrnuje fyzické, sociální, politické, kulturní i institucionální a časové aspekty (Harris et al., 2008; Radomski a Latham, 2013). Z těchto aspektů se ergoterapeuti při hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách zaměřují především na fyzické aspekty – řeší přístupnost a bezpečnost prostředí, pomáhají odstraňovat bariéry a navrhují zde facilitující faktory, jako jsou pomůcky a úpravy prostředí. Dále pak řeší výkon činností a soběstačnost jedince v tomto prostředí. Práce se proto zaměřuje na tyto ergoterapii blízké oblasti, a i z tohoto důvodu se práce soustředí na cílové skupiny pacientů s fyzickou disabilitou či sníženou soběstačností.

Jelikož práce čerpá informace z různých zdrojů, jsou zde zástupně využívána různá označení pacienta jako je: klient, hodnocený, osoba se zdravotním postižením, osoba s disabilitou. Z důvodu zachování jednotnosti terminologie s citovanými zdroji je v rámci práce používáno převážně spojení „hodnocení domácího prostředí“ (home assessment). Toto sousloví je v této oblasti praxe zažitě, ačkoliv v některých případech by z hlediska terminologie bylo vhodnější volit označení „evaluace“ (evaluation). Pojmy „hodnocení“ a „evaluace“ jsou obecně v literatuře často zaměňovány, jejich význam je ale třeba chápat odlišně (Kennedy et al., 2016). Pod pojmem hodnocení si lze v ergoterapii představit „proces sběru a interpretace informací, které se týkají funkčních úrovní jedince a jeho prostředí, získaných pozorováním, testováním a měřením, za účelem zdůvodnit terapeutické rozhodnutí a zaznamenávat změny v průběhu terapie.“ (Členové terminologické skupiny ČAE, 2015). Může jím ale být i míněn „specifický nástroj či hodnocení používané v průběhu evaluačního procesu“ (AOTA, 2010, p. S107). Naproti tomu evaluace je nadřazený pojem definován jako „proces získávání, interpretace a zhodnocení informací s cílem určit priority mezi problémy a potřebami, naplánovat a

upravit terapeutickou intervenci a posoudit její význam“ (Členové terminologické skupiny ČAE, 2015). Zkráceně tedy evaluace charakterizuje proces, při kterém jsou využity informace z hodnocení ke klinickému rozhodování a stanovení plánů intervence (Kennedy et al., 2016).

Dalšími dvěma pojmy, které jsou při hodnocení domácího prostředí často používány jsou: přístupnost (accessibility) a použitelnost (usability). Přístupnost je řešena různými profesemi, kulturami i zájmovými skupinami. V současnosti neexistuje jednotná formulace přístupnosti, tento koncept je interpretován různými způsoby v závislosti na účelu použití (Persson et al., 2015). Přístupnost je často definována například ve vztahu osob k používání veřejné dopravy (Lättman, Olsson, Friman, 2016). Konkrétně přístupností domova se ve své přehledové studii zabývala například Cho et al. (2016). Jejich zvolenou definicí přístupného domácího prostředí bylo, že jde o prostředí, které umožňuje člověku s funkčními limitacemi dostat se dovnitř a ven z domova a též se pohybovat uvnitř a fungovat přitom nezávisle. Dle Fänge a Iwarsson (2003) je přístupnost dána vztahem mezi funkční kapacitou člověka (osobní komponenta) a nároky fyzického prostředí (komponenta prostředí).

Přístupnost je nezbytný předpoklad pro použitelnost (Fänge a Iwarsson, 2003). Použitelnost udává, jak efektivně, účinně a uspokojivě může jedinec dosáhnout v prostředí svých potřeb (Macháčová a kol., 2014). Je-li prostředí pro člověka použitelné, je schopen se v něm pohybovat, používat ho a vykonávat v něm činnosti stejně dobře jako jiní lidé. Komponenty, které tvoří použitelnost domácího prostředí jsou na rozdíl od přístupnosti více subjektivního charakteru, jsou založeny na pocitech a hodnocení samotného obyvatele prostředí (Fänge a Iwarsson, 2003).

Práce se soustředí na hodnocení domácího prostředí, nikoliv na realizaci úprav a řešení adaptace prostředí (home modification a housing adaptation), což jsou kroky, které po hodnocení obvykle následují. Úpravy a adaptace prostředí jsou v této práci často okrajově zmíněny, jelikož se v literatuře s hodnocením často prolínají. Jde ale o široké téma samo o sobě, které nebylo předmětem této práce.

1.2 Důležitost domácího prostředí

Domácí prostředí je klíčovým determinantem zdraví, kvality života i celkové životní pohody člověka, a to bez ohledu na věk, pohlaví, místo bydliště či národnost (Chiatti a Iwarsson, 2014).

Zejména zásadním je prostředí pro jedince s disabilitou. Pro ně se může i toto blízce známé prostředí stát nevhodným a pro žití příliš náročným, a to v důsledku jejich měnících se potřeb (Chiatti a Iwarsson, 2014). Charakter domácího prostředí má velký význam pro osoby s motorickou disabilitou, jelikož ovlivňuje soběstačnost – jak v rámci domácího prostředí, tak i schopnost do něho přijít či ho opustit (Macháčová a kol., 2014).

Zajištění optimálního domácího prostředí u osob se zdravotním znevýhodněním je důležité i s ohledem na fakt, že osoby s disabilitou tráví v domácím prostředí více času než lidé bez disability (Law, 1991). Například dle Baltese et al. (1999) senioři (v jejichž populaci je obecně nejvyšší zastoupení osob s disabilitou) tráví ve svých domovech průměrně 80% svého času.

1.3 Osoby s disabilitou, bydlení a bezbariérové prostředí

Určitý druh disability má celosvětově jedna miliarda lidí, což představuje 15% populace na Zemi (WHO, 2011). V České republice jde o obdobné zastoupení (ČSÚ, 2014). Z hlediska procentuálního rozložení v populaci bylo výběrovým šetřením v České republice kvalifikovaně odhadnuto, že v roce 2013 tvořily osoby se zdravotním postižením (OZP) zhruba 10,2% populace, tedy více než jeden milion osob. Kritériem pro zařazení mezi OZP, byly při tomto šetření osoby „jejichž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu a lze oprávněně předpokládat, že tento stav trvá déle než 1 rok.“ (ČSÚ, 2014, s.5). Zmíněná odlišnost od typického stavu pak musela být taková, že působila omezení nebo znemožnění společenského uplatnění daného jedince (ČSÚ, 2014). Toto šetření je zdrojem informací o významných ukazatelích týkajících se osob s disabilitou v České republice. Sledován a porovnáván v něm byl mimo jiné věk, rodinný stav, míra soběstačnosti či potřeba pomůcek a bydlení osob s disabilitou. Ze zjištěných údajů vyplývá následující: největší počet osob s disabilitou je zastoupen ve dvou nejstarších věkových kategoriích, tedy 60-74 let a 75 let a více. Z hlediska rodinného stavu jsou mezi osobami s disabilitou nejpočetnější skupinou osoby ženaté či vdané, což přináší představu i o zázemí těchto osob. Z dat dále vyplývá, že celkově nejčastějšími důsledky zdravotního postižení je v první řadě omezení mobility, dále omezení při vedení domácnosti a počtem v pořadí třetí je omezení sebeobsluhy.

Tabulka 1.7.1-1. Bydlení z hlediska pohlaví, věku a typu postižení v roce 2013.

	Typ bydlení											Celkem	
	byť v běžném domě			byť ve specializovaném domě			chráněné bydlení	podporované bydlení	lůžko v zařízení sociální péče	jiné pobytové služby	bez domova		není známo
	standardní byť	bezbariérový	zvláštního určení	zvláštního určení	s pečovatelskou službou								
Pohlaví													
muži	423 080	30 171	456	1 263	3 410	2 896	56	25 781	1 670	721	23 256	512 761	
ženy	438 711	42 380	107	1 036	11 712	3 747	0	43 077	2 124	0	22 018	564 912	
Celkem	861 791	72 551	562	2 299	15 122	6 643	56	68 859	3 794	721	45 273	1 077 673	
Věkové skupiny													
0 - 14	60 729	1 564	37	117	0	0	0	355	264	0	1 241	64 307	
15 - 29	53 922	4 886	0	136	46	504	0	4 040	172	192	1 246	65 143	
30 - 44	89 737	7 247	23	473	433	676	56	6 901	427	323	3 650	109 947	
45 - 59	175 920	12 236	71	285	510	531	0	5 837	1 550	119	9 831	206 891	
60 - 74	272 296	21 721	59	350	3 645	2 479	0	13 992	442	87	18 140	333 211	
75 +	209 187	24 898	373	938	10 488	2 452	0	37 734	938	0	11 165	298 174	
Celkem	861 791	72 551	562	2 299	15 122	6 643	56	68 859	3 794	721	45 273	1 077 673	
Typ postižení													
tělesné *	142 277	16 738	71	861	2 412	158	0	3 027	70	0	3 748	169 362	
zrakové *	13 466	1 778	0	0	152	0	0	144	0	0	327	15 867	
sluchové *	12 013	426	0	177	46	0	0	195	86	0	994	13 937	
mentální *	24 664	1 112	0	406	243	868	0	7 441	341	0	1 196	36 271	
duševní *	42 721	784	37	0	46	526	17	3 028	494	250	1 344	49 246	
vnitřní *	192 483	4 461	25	87	1 558	0	0	2 249	96	219	8 687	209 865	
jiné *	6 588	2 762	0	0	0	0	0	19	0	0	0	9 369	
vícenásobné	427 579	44 491	429	767	10 666	5 090	40	52 756	2 708	252	28 977	573 756	
Celkem	861 791	72 551	562	2 299	15 122	6 643	56	68 859	3 794	721	45 273	1 077 673	

* Pouze osoby s jediným typem postižení

Zdroj: převzato z ČSÚ (2014)

Zájmem této práce je zaměřit se na domácí prostředí, a tedy i způsob bydlení osob s disabilitou. Z oblasti sdílení bydlení dle údajů Českého statistického úřadu (2014) žije největší počet občanů s postižením s manželkou či manželem, dále pak sama a na třetím místě s dcerou nebo synem. Data z šetření dále dokazují, že dominantní místo bydlení zaujímá mezi OZP standardní byť (v běžném domě) a to u dokonce 80% zdravotně postižených osob. Počtem druhý nejčastější uvedený způsob bydlení byl zjištěn v bezbariérovém bytu (v běžném domě), který však představoval výrazně menší procento osob (6,7%), třetí pozici pak obsadily lůžka v zařízeních sociální péče (6,4%). Další podrobnosti z šetření z oblasti bydlení jsou uvedeny v Tabulce 1.7.1-1. Zde je také uvedeno rozložení OZP v různých skupinách postižení. Nejvíce OZP spadá do skupiny s vícenásobným postižením, na druhém místě s vnitřním postižením a na třetím s tělesným postižením (ČSÚ, 2014).

V *Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností disability a zdraví* (MKF) je disability definována jako „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (WHO, 2008 s.9). Tato definice zdůrazňuje fakt, který je

popisován i v dalším uceleném dokumentu WHO o disabilitě a sice, že prostředí má významný dopad na funkční schopnosti a míru disability člověka (WHO, 2011).

Výše zmíněná data ze šetření se týkají osob, jejichž disability je dlouhodobého charakteru. Je třeba si ale uvědomit, že do určité formy disability, která se může projevit při participaci v běžném veřejném ale i domácím prostředí, se dostává třeba i krátkodobě další významný počet lidí v různých životních situacích. Příkladem mohou být malé děti, které mají sníženou schopnost samostatné mobility a dalších funkčních schopností v porovnání s dospělými osobami, dále pak těhotné ženy či matky s kočárky, osoby po úrazech a operačních zákrocích (např. po zlomenině dolní končetiny), senioři aj. Příčinou této projevující se disability jsou často architektonické bariéry. Ty i těmto skupinám osob způsobují potíže a omezují a ztěžují jejich svobodný pohyb a život (Maxa a kol., 1991).

Myšlenka bezbariérového prostředí se prosazuje již v mnoha historických dokumentech, jako je například dokument Spojených národů (Hanson, 1983), tak také v nových projektech a legislativních pravidlech. Radomski a Latham (2013) v této souvislosti rozlišují termíny „univerzální design“ (universal design) a bezbariérový design (barrier-free design). Tyto termíny jsou si podobné, ale nejsou synonymy. Zatímco bezbariérový design zahrnuje prostředí, ve kterém jsou odstraněny fyzické bariéry a umožňuje tak plnou přístupnost lidem s disabilitou, univerzální design, který se vyvinul z bezbariérového a je mu nadřazen představuje design, který je funkčně optimální a pohodlný všem uživatelům bez ohledu na jejich schopnosti (Radomski a Latham, 2013). Na pravidla univerzálního designu je důležité myslet včas a promýšlet přístupnost prostředí již ve fázi plánování a designu budov a prostředí. Tím lze výrazně zamezit pozdějším vysokým výdajům za úpravy (Hanson, 1983).

1.4 Zdroje vyhledávání literatury

Při vyhledávání elektronických odborných informací pro tuto práci byly využívány zejména databáze EbscoHost, PubMed, Web of Science a Google Scholar. Pro získání co nejaktuálnějších informací bylo snahou a cílem najít články s co nejnovějším datem publikování, tzn. ne starší pěti let. Ne vždy bylo ale tento požadavek možno splnit i vzhledem k požadavku citování primárních zdrojů, které jsou často staršího data a také s ohledem na vyhledávání informací o hodnotících nástrojích, jejichž vznik je také často datován do starších let.

Jelikož je problematika popisována téměř výhradně v zahraničních zdrojích, studie a literatura byly vyhledávány především pod různými kombinacemi následujících anglických klíčových slov s využíváním Booleovských operátorů:

- home assessment (HA),
- home environment assessment
- home evaluation
- home visits
- occupational therapy
- accessibility
- housing adaptation
- house/home modification
- home safety
- built environment

Z nalezených článků byly vyřazovány studie specializující se na určité diagnózy (např. morbus Parkinson, demence). Částečně byly též odfiltrovány články úzce se specializující na geriatrické pacienty v kombinaci se zjišťováním pádů, a to z důvodu velkého množství těchto článků.

1.5 Evidence hodnocení domácího prostředí v literatuře

O hodnocení domácího prostředí existují zmínky v českých knižních zdrojích spíše ojediněle a v souvislosti s ergoterapií ho popisují jen do tématiky více zasvěcení autoři (Kalvach a kol., 2011; Krivošíková, 2011). I tito autoři ale nepopisují stav problematiky takovým způsobem, z kterého by bylo zřejmé, jak hodnocení domácího prostředí probíhá v současnosti v České republice v klinické praxi. Co se týče českých odborných ergoterapeutických článků, nebyly v rámci rešerší literatury pro tuto práci dohledány žádné publikované studie, které by specificky zkoumaly ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí. Tématikou se zabývá alespoň zčásti snad jen několik závěrečných vysokoškolských prací zaměřených převážně na prevenci pádů a úrazů u seniorů (Ledinská, 2013; Němcová, 2016; Žitková 2014) a o účinnosti programů pro prevenci pádů hospitalizovaných osob píše v článku Horová, Brabcová a Krocová (2017).

Z knižních publikací existuje v české literatuře několik zdrojů, které se soustřeďují především na bezbariérové úpravy a stavby (Filipová, 2002; Maxa a kol., 1991; Poláčková, 2011).

V zahraniční literatuře bylo naproti tomu i historicky publikováno velké množství ergoterapeutických článků a knih zabývajících se hodnocením domácího prostředí z různých úhlů pohledu. Z tohoto důvodu je hlavním zdrojem informací pro tuto práci

zahraniční literatura. Z anglických zdrojů je téma řešeno především ve studiích vytvořených ve Švédsku (Pettersson, Löfqvist a Fänge, 2012; Iwarsson, Haak a Slaug, 2012), v Austrálii (Barras, 2005; Barras, Grimmer-Somers a May, 2010; Clemson et al., 2008a; Johnston, Barras a Grimmer-Somers, 2010; Harris, James a Snow, 2008) a v USA (Fisher et al., 2008; Horowitz, Almonte a Vasil, 2016; Pynoos et al., 2012; Robnett et al., 2016). Přímě o hodnocení domácího prostředí bylo publikováno několik přehledových studií (Barras, 2005; Lockwood, Taylor a Harding, 2015; Patterson a Mulley, 1999). Další přehledové studie jsou pak tématem blízké (Bunn et al., 2008; Mayo-Willson et al., 2014; Romli et al., 2016).

Z knižních zahraničních zdrojů ergoterapeutům slouží například zdroje vydané Americkou asociací ergoterapeutů (AOTA) jako jsou doporučené postupy pro praxi pro domácí úpravy (Siebert, Smallfield a Stark, 2014) nebo další publikace o domácích úpravách (Christenson, 2011), jejíž kapitoly byly kromě ergoterapeutů sepsané i dalšími profesemi jako jsou designeři, stavitelé, vědci nebo také politici. Dalším specializovaným knižním titulem je ergoterapeutický průvodce domácími úpravami od Ainsworth a De Jonge (2011), nebo také kniha zaměřená na ergoterapii v oblasti bydlení od Clutton, Grisbooke a Pengelly (2006). Pro české čtenáře je obecně nevýhodou zahraničních ergoterapeutických knih jejich nedostupnost a finanční nákladnost.

Na základě analýzy publikovaných článků lze shrnout, že jak ve starší, tak v aktuální literatuře dominují studie zaměřené na téma pádů (Clemson et al., 2014, Cumming et al., 1999; Leland et al., 2012; Horová, Brabcová a Krocová; 2017; Pynoos et al., 2012, Romli et al., 2016; Smith, 1998). To je velmi obsáhlé téma samo o sobě, které ale není hlavním předmětem zájmu této práce. Jiné články se soustředí na hodnocení domácího prostředí před propuštěním z nemocnice (Lockwood, Taylor a Harding, 2015; Harris, James a Snow, 2008), další studie zkoumají vzájemnou závislost těchto dvou oblastí (Johnston, Barras, Grimmer-Somers, 2010). Jiní autoři shrnují evidenci (Mayo-Wilson et al., 2014) či dávají příklady z praxe (Löfqvist et al., 2012) o preventivních domácích návštěvách, jejichž součástí je často i hodnocení bariér.

Další autoři reflektují efektivitu hodnocení a úprav domácího prostředí, a to z pohledu výstupů i finančních nákladů (Barras, 2005; Lord et al., 2006). Efektivita domácích návštěv je některými studii zpochybňována prostřednictvím porovnání návštěv s běžnou intervencí rozhovorem na pracovišti. Například Drummond et al. (2013) tímto způsobem nedošel k žádným statisticky významným rozdílům, které by poukazovaly na lepší výstupy pacientů, kterým byla poskytnuta domácí návštěva

v porovnání s těmi, kterým nebyla. Přehledová studie od Lockwood, Taylor a Harding (2015) ale dokládá, že hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy provedené v době před propuštěním z nemocnice snižuje mimo jiné riziko pádů pacientů a zvyšuje participaci geriatrických pacientů a pacientů z rehabilitačních zařízení. Další studie citované autory Weeks et al. (2010) pak dokládají, že efektivní hodnocení domácího prostředí a výsledné úpravy mohou zlepšit přístupnost, zvýšit nezávislost jeho obyvatele, zlepšit participaci v aktivitách prováděných doma a umožnit zůstat v domácím prostředí i v průběhu stárnutí.

Z hlediska věku cílových skupin pacientů převládají mezi články souvisejícími s hodnocením domácího prostředí studie zaměřené na problematiku seniorů a jejich stárnutí v komunitě (Clemson et al., 2008a; Iwarsson et al., 2007; Pighills et al., 2011; Stark et al., 2017). Tyto studie jsou často spojeny se zmiňovaným tématem pádů – a to s prevencí pádu, hodnocení rizik pádů a strachu z nich, ale i s hodnocením bezpečnosti domova (Romli et al., 2016).

Při zaměření se na nástroje pro ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí lze říci, že v současnosti roste poptávka po systematických a objektivních hodnoceních, které by přinesly ergoterapeutům relevantní informace vedoucí k účinnějšímu odstraňování bariér (Macháčová a kol., 2014). V českém jazyce je momentálně dostupná pouze jedna nově standardizovaná metodika nesoucí název SEMAFOR home. Ta, jak její autoři píší, „*slouží k systematické identifikaci architektonických bariér v domácím prostředí*“ (Macháčová a kol., 2014, s. 7). Mezi zahraničními nástroji pro hodnocení domácího prostředí jsou uznávány například The Housing Enabler, Cougar Home Safety Assessment nebo Safety Assessment of Function and Environment for Rehabilitation-Health Outcome Measurement V3 (SAFER-HOME V3) (Macháčová a kol., 2014; Radomski a Latham, 2013; Rigby et al., 2005).

Blíží informace o českých zdrojích, metodice SEMAFOR home a také zahraničních hodnoceních domácího prostředí jsou uvedeny v samostatné kapitole 1.8.2 o existujících hodnotících nástrojích.

1.6 Zasazení prostředí v ergoterapeutických modelech

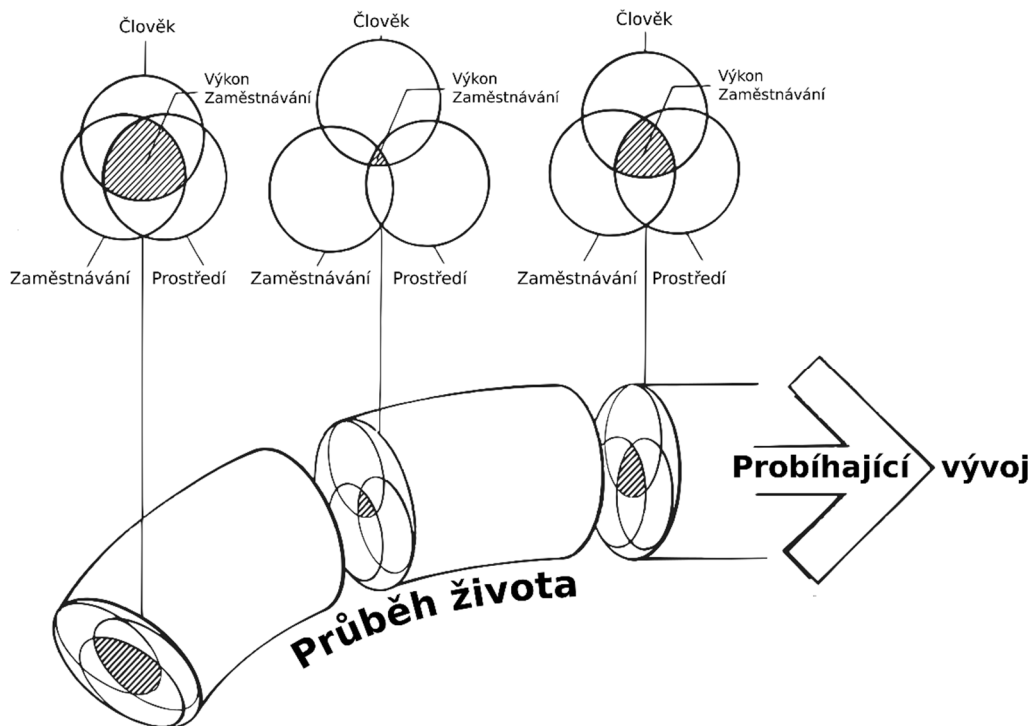
Vztah prostředí a člověka byl popisován už v počátcích historie ergoterapie. Například Crane (1919) ve své studii navrhoval zřízení zdravého nemocničního prostředí a též popisoval, že neestetické prostředí může v člověku vzbuzovat nepokoj a deprese.

Přestože byly myšlenky o vlivu prostředí na člověka přítomny již v rané historii ergoterapie, důraz na ně začal být kladen až později. A to od osmdesátých let dvacátého století, kdy docházelo k utváření teoretického základu ergoterapie a bylo snahou prohloubit teoretické uvědomění lidského zaměstnávání (Krivošíková, 2011). Ergoterapie se začala odklánět od biomedicínského modelu, který je založen na principu řešení příčiny a následku, k transaktivním modelům výkonu zaměstnávání (Law et al., 1996) a modelům zaměřujícím se více na vnější vlivy (Krivošíková, 2011). Výkon zaměstnávání člověka byl nově chápán jako výsledek dynamických vztahů mezi člověkem, zaměstnáváním, rolami a prostředím (Law et al., 1996).

Důležitost prostředí a vliv prostředí na člověka a na jeho výkon zaměstnání je popsán v několika hlavních modelech, ze kterých vychází ergoterapeutická praxe (Bottari et al., 2006). Jedním z nich je **Kanadský model výkonu zaměstnávání** (*Canadian Model of Occupational Performance – CMOP*), který vychází z přístupu zaměřeného na člověka a je v něm kladen důraz na potřeby a přání klienta a jeho aktivní přístup. CMOP popisuje vliv prostředí na provádění zaměstnávání a rozlišuje fyzické, sociální, kulturní a institucionální prostředí (Krivošíková, 2011).

Významným ergoterapeutickým modelem, který zdůrazňuje vzájemný vliv prostředí a člověka je **Model lidského zaměstnávání** (*Model of Human Occupation – MOHO*) (Kielhofner, 1985). V tomto modelu je člověk popisován jako otevřený systém, který je tvořen třemi subsystémy: vůle, návyky a výkon. Ty jsou v neustálé interakci s prostředím, které má dvě dimenze: fyzickou a sociální. Fyzickým prostředím je v MOHO myšleno přírodní prostředí a prostředí vytvořené lidmi, naproti tomu sociální prostředí představují skupiny lidí, se kterými se člověk setkává (Krivošíková, 2011).

Hlavním modelem, který je popisován v souvislosti s hodnocením domácího prostředí nejčastěji je model **Člověk-Prostředí-Zaměstnávání** (*Person-Environment-Occupation Model – PEO*) (Law et al., 1996). Tento model byl vyvinut s využitím konceptů behaviorálních teorií, které zdůrazňují vliv prostředí na chování člověka a dále pak na základě teorií lidského zaměstnávání a přístupu zaměřeného na člověka (Strong et al., 1999). Model PEO utváří teoretický rámec, který pomáhá zvažovat vlivy prostředí v průběhu ergoterapeutického hodnocení. Jeho smyslem je nejen zvýšit porozumění mezi vztahy jeho třech dimenzí, ale nabízí se také jako analytický nástroj pro volbu vhodného hodnocení a intervence v ergoterapii (Barker Dunbar, 2007). Člověk, prostředí a jeho zaměstnávání mezi sebou v průběhu života kontinuálně interagují (Turner, Foster a Johnson, 2002).



Obrázek 1.6-1. Znárodnění PEO modelu v průběhu života (převzato a přeloženo pro účely diplomové práce od Law et al. (1996)).

Model PEO znázorňuje vztahy těchto dimenzí pomocí Vennova diagramu se třemi kruhy (viz Obrázek 1.6-1). V čím větším souladu jsou člověk, prostředí a jeho zaměstnávání, tím více se kruhy překrývají (je maximalizován tzv. „PEO fit“). Průnik všech třech kruhů uprostřed diagramu reprezentuje výkon zaměstnávání, a tedy fungování člověka (Barker Dunbar, 2007; Law et al., 1996; Strong et al., 1999; Turner, Foster a Johnson, 2002). Jeho plocha se v průběhu života mění, což značí různou míru optimalizace fungování člověka (Strong et al., 1999).

Prostředí je věnována pozornost i v dalších, mezi českými terapeuty méně známých modelech. Modelu PEO je konceptem podobný *model Člověk-Prostředí-Zaměstnávání-Výkon* (Person-Environment-Occupation-Performance model – PEOP). Ten popisuje vztahy stejných dimenzí, graficky je ale zobrazuje odlišně – místo třemi kruhy čtyřmi kruhy. Kruhy znázorňující člověka a prostředí se dotýkají, ale na rozdíl od PEO modelu se nepřekrývají. Zaměstnávání a výkon jsou v PEOP modelu dva rozdělené kruhy, které překrývají kruhy člověka a prostředí. Všechny tyto kruhy společně formují výkon zaměstnávání a participaci člověka (viz Obrázek 1.6-2) (Schell, Gillen a Scaffa, 2014).



Obrázek 1.6-2. Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP) (převzato a přeloženo pro účely diplomové práce od Christiansen, Baum a Bass-Haugen (2005)).

K PEO a PEOP modelu lze jako třetí doplnit *Ekologický model lidského zaměstnávání* (*Ecology of Human Performance Model – EHP*) (Dunn, Brown a McGuigain, 1994). EHP řadí do dimenze prostředí kromě aspektů fyzických, sociálních a kulturních navíc i aspekty časové (Schell, Gillen a Scaffa, 2014). Těmi je například věk, fáze života a zdravotní stav v daném čase (akutní, chronický aj.) (Dunn, Brown a McGuigain, 1994). Co se týče znázornění, ve schématu EHP je postava člověka zasazena uvnitř kontextu (koule) a úkoly jsou rozprostřeny všude kolem nich (Dunn, Brown a McGuigain, 1994; Schell, Gillen a Scaffa, 2014).

Všechny tyto tři modely (PEO, PEOP, EHP) byly publikovány v devadesátých letech dvacátého století, a to nezávisle třemi skupinami ergoterapeutů. Tyto modely sdílí mnoho podobností. Všechny pokládají výkon zaměstnávání za hlavní výstup a zájem ergoterapeutů a ukazují, že na výkon zaměstnávání mají vliv všechny tři složky, tedy člověk, prostředí (kontext) i zaměstnávání (úkoly). Nejvíce rozdílů mezi těmito modely tvoří terminologie používaná v rámci popisu dimenze zaměstnávání, kde například PEO a PEOP modely používají v originálních verzích slovo „occupations“ zatímco EHP model pracuje se slovem „tasks“ (Schell, Gillen a Scaffa, 2014).

1.7 Hodnocení domácího prostředí z pohledu ergoterapie

1.7.1 Základní informace a indikace

Hodnocení domácího prostředí provádí ergoterapeuti u různých věkových i diagnostických skupin pacientů v různých fázích onemocnění. Z hlediska věkové indikace může být hodnocení prostředí účelné u všech věkových kategorií lidí, výrazně převládají hodnocení u starších osob. Výjimkou nejsou ani hodnocení domácího prostředí u dětské populace. Ta se však často soustředí na jiné aspekty, jako jsou podmínky pro správný vývoj (Totsika a Sylva, 2004; Prellwitz, 2006). Z pohledu diagnostických skupin existuje evidence především o hodnocení domácího prostředí u seniorů trpících demencí, zvýšeným rizikem pádů či zhoršeným zrakem (Gitlin et al., 2009; Pynoos et al., 2012; Perlmutter et al., 2013), dále u pacientů po cévní mozkové příhodě (Drummond et al., 2013; Chibnall, 2011) a u ortopedických pacientů (Hoffmann a Russell, 2008). Stanley a Orchanian (2003) ve své publikaci uvádí evaluaci domova či hodnocení domácího prostředí ve výčtu doporučených hodnocení i u pacientů s dalšími diagnózami jako je: deprese, chronický únavový syndrom, mozková obrna, roztroušená skleróza, schizofrenie, srdeční dysfunkce ale také u poruch přijímání potravy nebo HIV.

Z hlediska obecných omezení pacientů je toto hodnocení prováděno nejčastěji u osob se sníženou soběstačností z důvodu motorické disability (následkem traumatu, cévní mozkové příhody, u seniorů aj.), kdy je soustřeďováno na hodnocení architektonických bariér a bezpečnosti prostředí pro daného člověka. V takovém případě ergoterapeut detailně hodnotí exteriér i interiér bydlení – vstup, počty schodů, rozmístění pokojů, parametry nábytku aj., tyto informace zaznamenává a poté sepíše souhrnné výsledky hodnocení. Následně jsou stanovena doporučení úprav prostředí či pořízení kompenzačních pomůcek (Krivošíková, 2011).

Hodnocení domácího prostředí lze provádět kdykoliv v průběhu ergoterapeutického procesu (Krivošíková, 2011). Zejména se využívá v případech, kdy došlo k náhlému zhoršení soběstačnosti pacienta, u kterého se dá očekávat budoucí dlouhodobější trvání či dokonce progresu zdravotního omezení, a domácí prostředí se pro pacienta stává po návratu z nemocnice bariérové. Velká evidence literatury existuje o ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí prováděném ještě před propuštěním z

nemocnice u pacientů vyššího věku (Hoy, 2008; Lockwood, Taylor a Harding, 2015; Patterson a Mulley, 1999).

Zhodnotit domácího prostředí může být vhodné ale i u nehospitalizovaných pacientů s vrozeným postižením či v chronickém stádiu onemocnění v případě, že se stěhují do nového prostředí (např. osamostatňující se člověk s mozkovou obrnou). Prováděné je také u pacientů v terminálních stádiích onkologických onemocnění, kteří využívají paliativní péči v domácím prostředí a dochází vlivem změny zdravotního stavu ke změně jejich potřeb i potřeb pečovatелů (Hoy, 2008).

1.7.2 Výstupy hodnocení domácího prostředí

Výsledky hodnocení domácího prostředí se různí dle věkové a funkční skupiny pacientů u kterých je prováděno, dle jejich lokality bydlení (město, venkov) a také dle primárního účelu, za kterým bylo naplánováno. Výstupy hodnocení se odvíjí dále od způsobu a formy hodnocení, kterých bylo použito. Obecně se hodnocení domácího prostředí provádí nejčastěji s těmito budoucími či okamžitými výstupy:

- snížení rizika pádů,
- zvýšení soběstačnosti a participace,
- snížení rizika opětovného návratu pacientů do nemocnice,
- zjištění, zda a kdy by měl být pacient propuštěn z hospitalizace do domácího prostředí (Lockwood, Taylor a Harding, 2015),
- snížení nákladů na zdravotní péči,
- snížení využívání komunitních služeb,
- oddálení potřeby pečovatelských služeb (Wales, 2012),
- identifikace bariér a facilitátorů,
- objektivní dokumentace domácího prostředí pacienta/klienta,
- doporučení úprav/pomůcek, eventuálně nutnost výměny bytu (například u vertikálních bariér) a tím následné snížení bariérovosti,
- podklad pro oddálení nebo úplné odvrácení ústavní péče (Macháčová a kol., 2014),
- psychosociální faktory (pozitivní emoce, sebeúcta, motivace pacienta k aktivitám atd.),
- zajištění či zlepšení kvality života pacienta/klienta (Švestková a Svěčená, 2013).

1.7.3 Způsoby a proces hodnocení

Terapeut má na výběr několik způsobů a jejich kombinací, jak bude pacientovo domácí prostředí hodnotit. Tyto způsoby lze rozdělit dle různých hledisek:

- **dle použitých metod sběru dat** – osobní rozhovor, videohovor, telefonát, pozorování, měření, fotodokumentace, standardizované hodnocení, dotazník
- **dle objektivnosti** – subjektivní × objektivní hodnocení
- **dle zúčastněných osob** – za přítomnosti pacienta, bez pacienta, s rodinnými příslušníky, v interprofesním týmu s dalšími odborníky
- **dle místa hodnocení** – na pracovišti terapeuta (na nemocničním pokoji/ve cvičném bytě), v reálném domácím prostředí
- **dle fáze ergoterapeutického procesu**, kdy je hodnocení provedeno – před plánovanou operací (např. ortopedičtí pacienti), v době hospitalizace, v rámci komunitní intervence, preventivně.

Robnett, Hopkins a Kimball (2003) také uvádějí tři způsoby, jak lze hodnotit bezpečnost domova: 1) pomocí hodnocení člověka, 2) pomocí hodnocení prostředí, 3) pomocí hodnocení interakce člověka ve svém prostředí. Tyto hlediska lze aplikovat při hodnocení dalších oblastí často zkoumaných v domácím prostředí jako je přístupnost či bariérovost prostředí.

V následujících kapitolách bude blíže popsáno hodnocení rozhovorem na pracovišti, domácí návštěvou a hodnocení na dálku s využitím moderních technologií.

Hodnocení rozhovorem na pracovišti

Ačkoli není o tomto tvrzení oficiální shrnující česká evidence (bude získána z výsledků dotazníkového šetření této práce), dle zkušeností z praxe čeští ergoterapeuti běžně vyšetřují a hodnotí prostředí **pacientů rozhovorem na pracovišti** v rámci ergoterapeutického vyšetření. To představuje nejrychlejší a tím i finančně nejúspornější způsob. Jeho úskalím je ale fakt, že zcela závisí na pravdivosti výpovědi pacienta a jeho schopnostech prostředí popsat. Přesnost takto získaných informací si terapeut bez použití jiného způsobu hodnocení (návštěva, fotografie, videorozhovor) nemůže ověřit (Hoffmann a Russell, 2008).

Čeští ergoterapeuti obvykle hodnotí prostředí na základě svých odborných zkušeností a intuice, a tedy bez použití specializovaných objektivních hodnotících metod. Současnou tendencí je ale systematizovat a objektivizovat hodnocení a používat standardizované nástroje (Macháčová a kol., 2014).

Hodnocení formou domácí návštěvy

Hodnocení domácího prostředí formou osobní návštěvy neobnáší pouze návštěvu samotnou. Jde o proces, který lze rozdělit na čtyři fáze: příprava (sjednání návštěvy a příprava pomůcek aj.), cesta (tam i zpět), domácí návštěva, a nakonec následné činnosti – tj. vyhodnocení a předání výsledků, jejich dokumentace a následná kontrola či sledování vývoje (Hoy, 2008). Proces hodnocení formou domácí návštěvy je časově i finančně náročný (Whitaker and Hornby 1986; Patterson et al., 2001). Proto je vždy nutné, aby terapeut dokázal dobře zhodnotit, u kterého pacienta je opravdu zapotřebí provést a u kterého ne. Existují studie, které se tímto tématem částečně zabývají v rámci zkoumání efektivity domácích návštěv (Barras, 2005; Lord et al., 2006; Patterson a Mulley, 1999), neudávají však přesvědčivé důkazy, jakým metodickým postupem je nejvhodnější provádět rozhodovací proces o domácích návštěvách. Jde také o studie zahraniční a je k diskuzi, zda jsou výsledky těchto studií přenositelné i do našeho prostředí s jiným zdravotnickým systémem. Drummond (2013) uvádí jako nejčastější důvody pro provedení domácí návštěvy specifické zábrany v domově (např. schody), kognitivní problémy (např. nedostatečný náhled) nebo fakt, že pacient žije sám. Dalším příkladem mohou být případy pacientů u kterých není jisté, zda vyžadují určité pomůcky, případy kdy je návštěva nevyhnutelná nebo je byt pacienta mimořádně dostupný aj. (Robertson a Blaga, 2013).

V praxi ergoterapeut obvykle navrhuje domácí návštěvy dle svého uvážení a míry závažnosti případu, či na základě konzultace s interprofesním týmem. Schválení domácí návštěvy je pak dáno pravidly jednotlivých pracovišť. Výsledné rozhodnutí o provedení návštěvy spadá často do kompetence lékaře (Neufeld a Lysack, 2004).

Zatímco při hodnocení rozhovorem na pracovišti může terapeut z výpovědi pacienta získat nepřesná až chybná data, která mohou následně vést k nevhodnému doporučení pomůcky či úpravy (Hoffmann a Russell, 2008), výhodou domácí návštěvy je možnost objektivního posouzení terapeutem díky použití způsobů sběru dat jako je měření v reálném prostředí i čase. Kromě přesného měření a pozorování fyzických stránek prostředí může ergoterapeut v rámci domácí návštěvy také hodnotit míru

vhodnosti prostředí pro pacienta a naplňování jeho rolí v tomto prostředí (Radomski a Latham, 2013).

Kromě domácích návštěv, na kterých je přítomen pacient, literatura popisuje i tzv. „access visit“ na které pacient přítomen není a soustředí se především na fyzickou stránku domácího prostředí. Jejím cílem je nastavení vhodného prostředí pro návrat pacienta (Atwal et al., 2014).

Hodnocení s využitím moderních technologií

Domácí návštěva pacienta není vždy možná, zejména u pacientů ze vzdálenějších měst a venkova (Hoffmann a Russell, 2008). Proto je snahou rozvíjet nové technologie a bylo uskutečněno několik studií testujících hodnocení domácího prostředí prostřednictvím moderních systémů a telekomunikace.

Příkladem je australská studie Hoffmanna a Russella (2008), kteří uskutečnili domácí online návštěvy u ortopedických pacientů před operací totální kyčelní či kolenní endoprotézy. V rámci videohovorů terapeuta s pacientem (případně za pomoci dalšího výzkumného pracovníka) byl vyplněn dotazník hodnocení domácího prostředí (Home Environment Questionnaire), vyšetřeny přesuny pacienta a s pomocí telerehabilitačního zařízení byly také změřeny výšky šesti objektů/nábytku v domácnosti. Vždy u stejného pacienta byla také provedena reálná domácí návštěva hodnotící stejné oblasti. Výsledkem byla 98,9% shoda terapeutů ve výsledcích dotazníku, 100% shoda v položkách hodnotících přesuny a chyba v naměřených výškách nábytku se pohybovala v rozmezí 0,1 cm až 3,3 cm.

Novější podobně zaměřenou studii publikovala Nix a Comans (2017), v rámci které bylo demonstrováno zrychlení procesu hodnocení a zvýšení počtu provedených hodnocení domácího prostředí díky nově zavedenému systému „Home Quick“ využívajícího moderní technologie. Tento systém mimo jiné obnášel zavedení hodnocení domácího prostředí prostřednictvím chytrých telefonů. Při některých hodnoceních tak ergoterapeut nejezdil do domácího prostředí osobně, ale provedl hodnocení díky mobilní komunikaci se zdravotnickým asistentem, čerstvým absolventem ergoterapie, členem rodiny či se samotným pacientem.

Dalším způsobem testovaného hodnocení na dálku bylo hodnocení domácího prostředí seniorů na základě vyplněných protokolů s fotografiemi domácího prostředí pořízenými blízkými pacientů (Daniel et al., 2013). Studie prokázala, že tento způsob hodnocení může být slibnou finančně i časově úspornější náhradou domácí návštěvy v

případě dobrého zadání instrukcí blízkým, kteří budou fotografie pořizovat. Nízká shoda v hodnoceních terapeutů (na základě fotografií versus domácí návštěvou) v tomto případě nastala v oblasti hodnocení kluzkých povrchů, jelikož tato vlastnost byla z fotografií těžko rozpoznatelná. Rozdíl ve výdajích byl výrazný, varianta hodnocení ergoterapeutem na základě fotografií byla o 53% méně nákladná než varianta domácí návštěvy.

Mluví-li se o moderních technologiích, je možno doplnit, že existují i pracoviště disponující tréninkovým bytem, který je vybaven různými senzory, monitorovacími systémy a moderními technologiemi. Ty umožňují pacientům vyzkoušet si samostatné bydlení bezpečným způsobem předtím, než budou propuštěni do svého vlastního domova. V rámci takové zkoušky mohou pacienti komunikovat se zdravotnickými pracovníky a v případě potřeby i být kontrolováni pomocí speciálních pojízdných robotických telekomunikačních systémů. Takováto zkouška bydlení je užitečná například u pacientů s kognitivními poruchami. (Boman a Bartfai, 2015; Boman, Persson a Bartfai, 2016).

1.7.4 Sběr a záznam informací

Informace o domácím zázemí patří mezi základní součásti anamnézy pacienta. V českých lékařských a rehabilitačních chorobopisech se stručný obsah informací nachází obvykle pod částí *sociální anamnéza* (SA). Obvykle se jedná o velmi základní informace o typu bydlení (dům, byt) a podlaží, sdílení bydlení, či schodech a přítomnosti výtahu.

O ergoterapeutických hodnoceních domácího prostředí nejsou data v České republice sbírána jednotným způsobem a neexistuje datové rozhraní, které by tato data shromažďovalo. Vyhodnocování a srovnávání kvality a efektivity hodnocení domácího prostředí je tedy obtížné, a to zejména na širší, například regionální nebo celostátní úrovni. Dle zkušeností z praxe ergoterapeuti zaznamenávají zjištěná data z hodnocení domácího prostředí do dokumentace, ale též nejednotným způsobem (dle systému a zvyklostí daného pracoviště). Tento problém existuje i v zahraničí, na inkonsistentní záznamy v dokumentaci z domácích hodnotících návštěv poukazuje ve své studii Harris et al. (2008). Pro budoucí rozvoj a možnou na důkazech založenou praxi v této oblasti je zapotřebí jednotný systém záznamů alespoň na úrovni větších zdravotnických zařízení zavést.

Má-li být provedena ucelená ergoterapeutická evaluace domácího prostředí pacienta, terapeut získává a zaznamenává detailní informace pomocí různých metod

sběru dat. Tyto různorodé metody mohou být nejlépe aplikovány při domácí návštěvě, protože kromě intervence s pacientem – tedy kromě rozhovoru s pacientem a pozorování jeho výkonu činností v domácím prostředí, ergoterapeuti dále získávají objektivní data pomocí měření (šířka dveří, velikost místnosti apod.) a pozorování jednotlivých částí domova. Dá-li pak pacient souhlas k pořizování fotografií, dalším důležitým zdrojem objektivních dat je fotodokumentace jednotlivých místností a problémových míst. V neposlední řadě pak terapeut získává důležité subjektivní informace, zejména pocity, názory a přání pacienta a jeho rodinných příslušníků (Bunn et al., 2008; Mayes, Cant a Clemson, 2011). Ty může terapeut získat pomocí rozhovoru nebo sebehodnotících dotazníků.

Při řešení problematiky domácího prostředí je s ohledem na dosavadní studie (Barras, 2005; Fänge a Iwarsson, 2003; Horowitz, Almonte a Vasil, 2016; Lockwood, Taylor a Harding, 2015) vhodné sbírat pro následné vyhodnocení kvality ergoterapeutické intervence o pacientovi tyto údaje:

- věk, pohlaví a dosažené vzdělání pacienta,
- farmakologická anamnéza,
- počet hospitalizací a délka hospitalizace,
- adresa pacienta – vzdálenost bydliště od pracoviště v km, či dojezdová doba v min,
- mobilita pacienta – způsob a lokomoční pomůcky,
- stav smyslových orgánů (zrak, sluch, čich, čítí),
- funkční výkon a soběstačnost pacienta – při hospitalizaci a při propuštění do domácího prostředí – ideálně skóry objektivních nástrojů – např. Barthel Index, Funkční míra nezávislosti (FIM), ADL Scale, iADL scale, Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL),
- kvalita života – pomocí standardizovaných dotazníku – např. World Health Organization Quality of Life Assessment – zkrácená verze (WHOQoL-Bref), EQ-5D,
- výskyt pádů a strach z pádů – datum pádu, místo (místnost) a okolnosti jeho vzniku; používané nástroje – např. Falls calender, Falls Risk Assessment Scoring Systém (FRASS), Falls Self-Efficacy Scale (FES-I),
- sociální zázemí – vlastnictví a typ domu/bytu, využívaná asistence (počet hodin a typ), členové rodiny a blízcí a jejich podpora, přibližná finanční situace atd.,
- subjektivní data jako je pacientova spokojenost s domácím prostředím, s domácí návštěvou, shoda s doporučeními ergoterapeuta, zahrnutí pacienta do rozhodovacího procesu, význam domova či jeho komponent pro pacienta, použitelnost domova,

- provedená příprava pacienta a rodinných příslušníků na domácí návštěvu, jejich participace při domácí návštěvě, vnímání domácí návštěvy,
- vlastnictví a používání kompenzačních pomůcek,
- způsob hodnocení domácího prostředí – na pracovišti × domácí návštěva, v případě domácí návštěvy zaznamenat přítomné osoby (rodina, pacient, další odborníci), datum a dobu trvání domácí návštěvy.

Barras (2005) a Liddle at al. (1996) dále udávají souhrn zahraničních standardizovaných nástrojů používaných v praxi při hodnocení domácího prostředí:

- | | |
|--|--|
| • Sickness Impact Profile | • Barthel Index |
| • Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale | • Reisch Scale |
| • Life Satisfaction Index | • Spector-Katz Index (ADL) |
| • Linear rating of Happiness | • Timed Get Up & Go test (TUG) |
| • Quality of Life | • Functional Independence Measure (FIM) |
| • Modified Health Assessment Questionnaire | • Lawton-Brody questionnaire (iADL) |
| • Autonomy scales – Activities of Daily Living (ADL) | • Westmead Home Safety Assessment |
| • Functional Autonomy Measurement System (SMAF) | • Blaylock Discharge Planning Risk Assessment Screen (BRASS) |
| • Patients perception of State of Health & Quality of Life | • Folstein Mini Mental State Examination (MMSE) |
| | • Breslau Health Scale |

Tyto a další standardizované testy přináší objektivní data o pacientovi, která mohou posloužit k následnému porovnávání kvality ergoterapeutické intervence. Z uvedených nástrojů jsou do češtiny přeložené, českými ergoterapeuty známé a v některých praxích používané následující: hodnocení mobility *Timed Get Up & Go test (TUG)* dle Kalvacha a kol. (2011, s. 105) také označován jako „*Vstaň a jdi*“, dále test kognitivních funkcí *Mini Mental State Examination (MMSE)* a hodnocení soběstačnosti *Funkční míra nezávislosti (FIM)*, *Barthel Index*, *Index ADL podle Katze*, nebo také *Hodnocení instrumentálních ADL dle Lawtona a Brodyho z roku 1969 (Krivošíková, 2011)*. Ostatní testy nejsou v české praxi rozšířené, ale jejich zaměření dobře poukazuje na oblasti, na které by terapeut neměl při celkové evaluaci domácího prostředí zapomínat. Kromě hodnocení fyzického prostředí, soběstačnosti, mobility a kognitivních funkcí jde o hodnocení kvality života, štěstí a spokojenosti se životem, psychického stavu (*Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale*) a měření míry disability (*Modified Health Assessment Questionnaire*, *SMAF*, *Breslau Health Scale*).

Má-li terapeut přehled informací o pacientovi, další soubor získávaných dat tvoří **informace o fyzické stránce domácího prostředí**. V závislosti na zaměření hodnocení (bezpečnost či přístupnost) a na použitém hodnotícím nástroji jsou sbírána například tato data:

- **počty a druhy bariér a facilitátorů v domácím prostředí v jednotlivých místnostech i v exteriéru** – přítomnost schodů, prahů, madel, zábradlí, pomůcek, šířky průchodů, dále jsou zkoumány míry, typ a umístění nábytku a komponent jako jsou vypínače světla, topení, způsob otvírání oken aj.
- **přítomnost rizikových faktorů z hlediska bezpečnosti** – např. kluzká podlaha, nepořádek, absence madel/zábradlí, nedostatečné osvětlení aj.

Další příklady konkrétních hodnocených položek jsou k vidění ve formulářích hodnotících nástrojů Cougar a Westmead Home Safety Assessment v Přílohách 2 a 3).

S ohledem na ústřední teorii ergoterapie a modely, které kladou důraz na vliv prostředí (CMOP, MOHO, PEO, PEO, EHP – popsané v Kapitole 1.6) je zásadní **hodnotit kombinaci obou popsaných komponent** – tedy pacienta v kontextu prostředí. Třetí významnou složkou je pak hodnocení **komponenty činnosti** a jejího výkonu.

K hodnocení výkonu činností ergoterapeuti využívají nejrůznější hodnocení. Příkladem standardizovaného hodnocení je *Kohlman Evaluation of Living Skills* (KELS) (nejnovější vydání Kohlman Thomson, (2016)), které prostřednictvím rozhovoru a pozorování hodnotí pacientovy schopnosti vykonávat základní běžné denní činnosti v oblastech čtení, psaní, péče o sebe, bezpečnosti a zdraví, spravování financí, mobilita v komunitě, používání telefonu, zaměstnání a volný čas (Kohlman Thomson, 2016). Skládá se z úkolů typu tužka-papír, fotografií zachycující bezpečnostní rizika a otázek na znalosti pacienta. Administrace KELS trvá 30-40 minut (Robnett et al., 2016). Dalšími nástroji použitelnými pro hodnocení bezpečnosti spolu s hodnocením výkonu činností v domácím prostředí je hodnocení *The Safe at Home* (Robnett et al., 2016), či *The Safety assessment of Function and the Environment for Rehabilitation* (SAFER) (Oliver et al., 1993).

Pokud chce terapeut zvolit nástroj, při kterém bude moci pozorováním ohodnotit dovednosti a chování pacienta při výkonu konkrétních činností v jeho vlastním domácím prostředí, nabízí se hodnocení Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher a Jones, 2012). AMPS je standardizované observační hodnocení využívané ergoterapeuty u pacientů ve věkovém rozmezí 3-99 let. Při tomto hodnocení si hodnocený zvolí dvě běžné denní aktivity, které budou hodnocené. Terapeut posuzuje kvalitu jejich provedení

na základě vynaloženého úsilí, efektivity, sebejistoty a samostatnosti v 16 motorických a 20 procesních dovednostech (Lorentzen et al., 2015). AMPS nehodnotí tělesné funkce nebo faktory prostředí, je využíván k hodnocení aktivit a participace. Posuzované dovednosti v AMPS korespondují s dovednostmi hodnocenými v *Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví* (WHO, 2008) v komponentech Aktivita a participace (Lorentzen et al., 2015).

1.7.5 Předávání výsledků pacientovi

Na základě získaných dat a odborných zkušeností ergoterapeut stanovuje závěry hodnocení a následná doporučení úprav prostředí a vybavení kompenzačními pomůckami. Tyto informace může, tak jako výstupy z jiných hodnocení, předávat pacientovi či jeho rodinným příslušníkům různými formami – slovně, písemně, či kombinací obou způsobů.

Výzkumy dokazují, že pacienti často nemají dostatečné znalosti o svém zdravotním stavu ani nadcházejících opatřeních po propuštění z nemocnice (Nicholson Thomas, Edwards a McArdle, 2017). Vyhodnocení dat z hodnocení domácího prostředí probíhá často s odstupem času na pracovišti terapeuta. K následnému předávání výsledků a doporučení tedy dochází už mimo domácí prostředí pacienta – a to opět v nemocničním prostředí (tj. v případě hodnocení provedeného před ukončením hospitalizace). Rušné nemocniční prostředí není vhodným místem pro vstřebávání nových informací (Nicholson Thomas, Edwards a McArdle, 2017). Tyto aspekty by měl brát ergoterapeut v úvahu a snažit se pacientovi předat informace a doporučení tak, aby bylo co nejvíce maximalizováno jejich pochopení a zapamatování. Poskytování přiměřených a snadno pochopitelných informací umožňuje pacientům více se zapojit, převzít větší kontrolu nad svou situací a potenciálně snížit pravděpodobnost návratu do nemocnice (Nicholson Thomas, Edwards a McArdle, 2017).

Způsob, jak zajistit předání informací je vytvořit a pacientům distribuovat názorné a srozumitelné písemné informační materiály (příručky, letáky) s nejčastějšími doporučeními úprav prostředí a kompenzačních pomůcek – např. brožura Diakonie ČCE (Danielová a kol., 2015). Mimo to pak také předat pacientovi konkrétní písemný výstup z provedeného hodnocení. Písemné materiály by ale neměly nahrazovat slovní předání, které umožňuje pacientovi klást otázky a tím porozumět nejasnostem. Na druhou stranu samostatné slovní předání je v řadě případů také nedostatečné. Někteří pacienti se přes ostych nezeptají na důležité oblasti (Griffiin, McKenna a Tooth, 2003). Reprodukce ústně

předaných informací zdravotnickými pracovníky je u pacientů malá – dle Ley (1982) méně než 35%. Nejvhodnějším způsobem předávání informací, který je upřednostňovaný pacienty i terapeuty, je kombinovaná forma – tedy ústně předané informace doplněné písemnými informacemi (Griffin, McKenna a Tooth, 2003).

Dle zkušenosti z praxe v České republice v závislosti na náplni práce ergoterapeuta na daném pracovišti ergoterapeut často pouze předává informace a doporučení na další návazné služby, organizace a firmy (např. v nemocničním provozu), v jiných případech i podporuje pacienta v realizaci úprav a pomáhá se získáním pomůcek (komunitní služby).

1.7.6 Financování domácích návštěv

Termín domácí návštěva, tak jak je ergoterapeuty popisován (Krivošíková, 2011), nemá v souvislosti s ergoterapií zakotvení v českém legislativním systému ani úhradovém systému zdravotní péče zdravotními pojišťovny. Z toho pramení i některé současné problémy s financováním ergoterapeutických návštěv domácích prostředí pacientů v České republice.

V první řadě je třeba upozornit na rozpor ve výkladech některých legislativních ustanovení. Svěčená a Šuláková (2012) uvádí, že velká část ergoterapeutických zdravotnických výkonů není omezena místem (Vyhl. č. 326/2014 Sb.), což dává teoretickou možnost jejich provedení v domácím prostředí pacienta. Při ověřování této skutečnosti u zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), ale byla získána protichůdná informace (Szymanská, 2018). Toto označení uváděné Vyhláškou č. 134/1998 Sb. s ohledem na ostatní definovaná omezení místem značí, že výkon může být prováděn jak ambulantně, tak za hospitalizace či na specializovaném pracovišti a neznamená to, že může být výkon prováděn kdekoliv (Szymanská, 2018). Pravdou však je, že v příloze téže vyhlášky (Kapitola 2) se v obecných ustanoveních k výkonům doslovně píše pouze že „*Výkon, u kterého není omezení místem uvedeno, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění bez omezení místem provedení.*“ To může být zavádějící.

Forma zdravotní péče, která umožňuje návštěvy pacienta v jeho domácím prostředí, je dle Zákona č. 372/2011 § 10 definována jako „*zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta*“. Pod tuto formu je řazena „*návštěvní služba*“ a také „*domácí péče*“. Tyto dvě formy péče by byly vhodnou možností, pod kterou by bylo možno vykonávat i ergoterapeutické domácí návštěvy. Problémem ale je, že odbornost

ergoterapeuta není legislativně uvedena ve výčtu kompetentních odborností, které je mohou vykonávat a zdravotní pojišťovny tedy ergoterapeutům neposkytují na tyto formy péče smlouvy pro úhradu. Bylo by tedy zapotřebí utvořit větší povědomí o tomto nedostatku a pokusit se o doplnění odbornosti ergoterapeuta do této části legislativy.

Domácí péče je legalizovaná jako zvláštní forma zdravotní péče již od roku 1991 (Jarošová, 2007). Vyjma ošetrovatelské a paliativní péče sem mohou spadat i služby léčebně rehabilitační, pod které je v praxi řazena fyzioterapie, ale bylo vhodné právě sem doplnit i služby ergoterapeuta. Domácí péči nemohou zajišťovat všechna zdravotnická zařízení. Výkony této formy péče vykazují pouze poskytovatelé domácí zdravotní péče, obvykle tzv. agentury domácí péče, a to po předchozí indikaci lékaře. Při pohledu do *Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb* (2016) lze vidět, že agentury domácí péče mají v současnosti registrovanou domácí léčebně rehabilitační péči spíše ojediněle (převládá ošetrovatelská péče). Registrace navíc nutně nemusí znamenat, že mají i sjednanou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Pokud nemají musí tyto služby nabízet za přímou úhradu pacientem či je financovat například z grantových projektů. Pravděpodobně i proto jen malý počet domácích agentur zaměstnává ergoterapeuty (obvykle převládá ošetrovatelská péče a v menšině případů je součástí služeb i fyzioterapie). Příkladem jednoho z mála zařízení, které nabízí domácí péči a také terénní ergoterapii v Praze je *Komplexní domácí péče EZRA* (2018). Ukázkou konkrétního uplatnění ergoterapeuta v agentuře domácí péče popisuje ve své práci Humlová (2011).

Pokud by byla smluvně ošetřena úhrada ergoterapeutické intervence ve vlastním sociálním prostředí pacienta, je třeba myslet i na proplácení dopravy a času stráveného na cestě. Teoretické řešení, jak hradit dopravu zdravotnických pracovníků k pacientům prostřednictvím zdravotního pojištění zmiňuje Svěčená a Šuláková (2012). Zdravotnické zařízení má možnost se zdravotní pojišťovnou nasmlouvat výkony pro úhradu dopravy zdravotnického pracovníka v rámci návštěvní služby. Jde o výkony s kódy 06, 08 a 10 vypsané v Číselníku VZP (Doprava verze 968), které se vykazují pomocí speciálního tiskopisu VZP-36 s názvem *Výúčtování cest lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka v návštěvní službě*. Výkony 06 a 08 slouží k účelům, kdy jsou mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením dohodnuty paušální náhrady cestovních nákladů (06 – paušál na jednu návštěvu, 08 – paušál na měsíc). Paušály jsou smlouveny na určité období nebo na navštíveného pojištěnce, ve smlouvě je též dohodnuta maximální vzdálenost, do které zdravotní pojišťovna náklady hradí (Vyhl. č. 134/1998 Sb.). Kód 10 má na rozdíl od předchozích již předem stanoveno bodové ohodnocení. To činí dle

vyhlášky účinné od 1.1.2018 13,38 bodů/km (Vyhl. č. 354/2017 Sb.). Jeden bod je pro tyto účely vyčíslen na 0,90 Kč (Vyhl. č. 396/2010 Sb.). Slabinou v tomto řešení úhrady dopravy je, že pojišťovna tyto výkony s poskytovatelem není povinna nasmlouvat a pokud nasmlouvány přeci jen jsou, i tak nemusí nepokryt veškeré náklady na dopravu a ušlý zisk způsobený absencí terapeuta na pracovišti.

Szymanska (2018) upozorňuje, že pokud nemá pracoviště ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou stanoveno, že místem poskytování služby může být vlastní sociální prostředí, nemůže v domácím prostředí pacientů zdravotní péči poskytovat. Činí-li tak a nechává si například běžné ergoterapeutické výkony práce hradit pojišťovnou, hrozí mu v případě kontroly postihy. Je tedy na každém pracovišti, jak se k této problematice postaví a zda domácí návštěvy svým ergoterapeutům umožní i přes neproplacení této služby pojišťovnou, například jako nadstandardní službu, za kterou bude vyžadovat přímou úhradu.

1.7.7 Problémová a bariérová místa v domácnosti

Místa nehod a úrazů v domácím prostředí sledoval ve své studii Lee (1999). Dle výsledků této studie je nejběžnějším místem nehod toaleta (29%), dále obývací pokoj (18%), kuchyň (14%), a ložnice (11%). Kalvach a kol. (2011, s. 110), který se zabývá problematikou seniorů uvádí, že „*přes 50 % nalezených problémů a možných zlepšení se týká koupelen.*“

Horowitz, Almonte a Vasil (2016) došly ve své studii, která byla cílena na znalosti seniorů o bezpečnosti domácího prostředí, k závěrům, že hlavním problémem je hromadění přebytku věcí a dále také popírání existence problémů v oblasti bezpečnosti. Phelan, Khoury a Lanphear (2009) naproti tomu hodnotili domácí prostředí dětí a z jejich výsledků vyplývá, že významně vyšší riziko zranění pro děti se nachází v kuchyni oproti ostatním rizikovým místnostem (tj. koupelna, ložnice, hrací místnost).

Nejen místa ale také činnosti vykonávané v domácím prostředí mají příčinnou souvislost s úrazy. Dle italské studie (Panatto, 2009), ve které byl počet nehod v domácím prostředí odhadnut na více než 3 miliony ročně (z celkové populace 58 milionů lidí), mezi 111 respondenty nejvíce úrazů nastalo při domácích pracích. Nejčastějšími zraněními byly pohmožděniny, zlomeniny a řezné rány.

1.7.8 Interprofesní a týmová spolupráce při hodnocení domácího prostředí

Kromě ergoterapeuta jsou v některých případech na domácích návštěvách přítomni i další odborníci. Příkladem může být systém fungování domácích návštěv a doporučování pomůcek na neurologickém rehabilitačním oddělení v největší nemocnici Blízkého východu *Sheba Medical Center* v Izraeli (vlastní zkušenost autorky ze studijní praxe). Zde u každého spinálního pacienta, u kterého se očekává budoucí setrvání na mechanickém či elektrickém vozíku realizuje interprofesní rehabilitační tým domácí návštěvu v sestavení: ergoterapeut, fyzioterapeut, sociální pracovník a zdravotní sestra. Každý z těchto odborníků přináší při domácí návštěvě svůj pohled na problematiku a společně pak dochází k vhodnému řešení úprav prostředí daného pacienta. Na rizika pádů a bariéry v prostředí terapie upozorňují i v rámci edukativních seminářů pro pacienty pořádaných v nemocnici.

Další příklad interprofesní pomoci ukazuje program ABLE, v rámci kterého senioři se sníženými funkčními schopnostmi obdrželi pět návštěv ergoterapeuta, jednu návštěvu fyzioterapeuta a byly jim poskytnuty kompenzační pomůcky (např. nástavec na toaletu, madla) a doporučeny strategie pro úpravu chování i prostředí za účelem zlepšení funkčních schopností (Szanton et al., 2014). Na základě tohoto programu pak vznikl další zkušební program s názvem CAPABLE (Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders) o kterém byla vytvořena randomizovaná kontrolní studie zaměřená na seniory s nižšími příjmy a sníženou soběstačností (Szanton et al., 2014). Na rozdíl od programu ABLE byl součástí interprofesního týmu nejen ergoterapeut, ale i zdravotní sestra a licencovaný údržbář. Důvodem doplnění zdravotní sestry byla její možná kompetence pomoci s vnitřními rizikovými faktory jako bolest, management léků a depresivní příznaky. Údržbář byl zapojen pro úpravy domů a tím zvýšení efektu programu ABLE. Respondenti obdrželi v rámci časově omezené doby čtyř měsíců až deset domácích návštěv (až 6 návštěv ergoterapeuta a až 4 návštěvy zdravotní sestry) a bezpečnostní a funkční opravy a úpravy v hodnotě až \$1200. Použití programu CAPABLE ukázalo snížení disability u seniorů žijících v komunitě s nižším příjmem a má potenciál pro zvýšení schopností seniorů zůstat žít ve své komunitě (Szanton et al., 2016).

Návštěva ergoterapeuta či dokonce více členů interprofesního týmu není vždy možná. Ačkoli je tedy hodnocení domácího prostředí tradičně služba, na kterou se

především v zahraničí specializují ergoterapeuti, z důvodu nedostatku ergoterapeutů a tím situaci, kdy velká část pacientů nepříjde s ergoterapeuty vůbec do styku, tuto funkci zastávají jiní pracovníci, především komunitní sestry (Johnson, Cusick a Chang, 2001). V českém prostředí jde obvykle o zdravotní sestry z agentur domácí péče nebo i praktické lékaře (Kalvach a kol., 2011). V případě, že tyto profese nemají v oblasti návrhů pomůcek a úprav domácího prostředí odborné znalosti a tyto poradenské služby nenabízejí, či nejsou pro pacienta dostupné, je na pacientovi a rodině obrátit se s prosbou o radu na firmy s kompenzačními pomůckami.

Důležitou součástí hodnocení prostředí je spolupráce s členy rodiny, a to ať v případě, že členové s pacientem žijí přímo v jedné domácnosti, tak i za situace, kdy daný člověk bydlí v domácnosti sám. V případě společného sdílení domácnosti je vhodné, aby ergoterapeut při navrhování úprav prostředí aplikoval na rodinu zaměřený přístup (family centered practice) a bral tak v úvahu potřeby a úhly pohledu ostatních členů rodiny. To platí zejména v případech, kdy rodič funguje pro klienta zároveň jako pečovatel. Zde nemusí být plně bezbariérový přístup rodinnými členy žádaný ve všech místech domácnosti. Naopak vyčleněný osobní prostor, přístupný například pouze matce postiženého dítěte, pomáhá matce zachovat si význam domova, odolat medikalizaci domova a udržet si soukromý prostor jen pro sebe, kde může opustit roli pečovatele (Mayes, Cant a Clemson, 2011).

1.7.9 Vzdělání a specializace

Jelikož v České republice zatím neexistuje forma specializace na hodnocení a úpravy prostředí, ergoterapeuti si v tomto tématu musí vystačit se svými znalostmi nabytými při studiu či získanými v praxi. O tom, jak jsou informace ze studia k tomuto účelu dostačující nejsou dohledatelné volně dostupné zdroje. Ze zkušeností autorky z vlastního studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, byla část pro praxi užitečných znalostí pro doporučování kompenzačních pomůcek studenty získána v rámci samostatného předmětu Ergoterapie a kompenzační pomůcky (dle tehdejších studijních plánů se jednalo o povinný předmět v rámci druhého ročníku 2. ročníku bakalářského studia). V rámci jedné seminární práce bakalářského studia pak bylo úkolem studenta ergoterapie spolu s fyzioterapeutem navštívit domácí prostředí jednoho pacienta a pokusit se zpracovat jednorázové hodnocení a navrhnout možné úpravy a pomůcky. Výuka nebyla věnována standardizovaným hodnocením určeným pro hodnocení domácího

prostředí ani podrobnějšímu praktickému seznámení s procesem a možnostmi úprav domácího prostředí. Jak je tomu v rámci studia na ostatních třech českých univerzitách, kde je ergoterapie vyučována, nebylo zjišťováno.

Další možností, jak rozvíjet znalosti studentů v hodnocení domácího prostředí, je využít k výuce virtuální prostředí, což popisuje ve své studii Sabus, Sabata a Antonacci (2011). S pomocí systému virtuálního prostředí bylo v této studii vytvořeno prostředí reprezentující domov klientů. Následně bylo studenty fyzioterapie a ergoterapie provedeno virtuální funkční hodnocení v tomto prostředí, při kterém bylo využito interprofesní vzdělávání.

Jinou praktickou ukázkou vzdělávání studentů je možnost zapojení studentů ergoterapie v dobrovolnických neziskových organizacích, jako je například americká organizace Rebuilding Together, která pomáhá s úpravami prostředí osobám s nízkým příjmy (Rebuilding Together, 2015).

Kromě odborného vzdělání, díky kterému je získána odborná způsobilost ergoterapeuta, mají čeští ergoterapeuti, tak jako všichni zdravotničtí pracovníci, povinnost celoživotního vzdělávání (Zákon č. 96/2004). Toto vzdělání má různé formy – certifikované kurzy, odborné stáže, e-learningové kurzy, účast na konferencích a inovačních kurzech aj. V současnosti nejsou v české nabídce plánované kurzy, které by specificky prohlubovaly ergoterapeutické znalosti v hodnocení domácího prostředí. Ze vzdělávacích akcí se na problematiku hodnocení domácího prostředí zaměřovaly tři semináře společnosti ILA, s.r.o. které probíhaly ve spolupráci s Českou asociací ergoterapeutů v období let 2013-2014 a představovaly vývoj metodiky SEMAFOR home (ILA, s.r.o., 2013; ILA, s.r.o., 2014). Dalším zaznamenaným seminářem, který se netýkal prostředí, ale kompenzačních pomůcek, konkrétně správného sedu a výběru vozíku, byl seminář opakovaně organizovaný asociací CZEPA ve spolupráci s firmou MEDICCO. Tento seminář se uskutečnil v uplynulých letech na různých místech po České republice, v roce 2017 to bylo například v Pardubicích a Brně (CZEPA, 2017).

Na rozdíl od České republiky v některých zahraničních státech existuje v ergoterapii specializace na úpravy domácího prostředí. Příkladem je systém v USA, v rámci kterého může ergoterapeut získat specializaci s názvem „*Specialty Certification in Environmental Modification*“ (SCEM) (AOTA, 2018b). Stane se tak na základě odborného posouzení přihlášky a profesního portfolia, ve kterých terapeut podrobně dle stanoveného formuláře a kritérií demonstruje relevantní zkušenosti, reflektuje probíhající a plánuje nastávající profesní vývoj (za posledních pět let a na následujících 5 let).

Základním kritériem pro podání přihlášky je 2000 odpracovaných hodin jako ergoterapeut v uplynulých 5 letech a 600 hodin ergoterapie poskytnuté klientům (osobě, organizaci, populaci) v oblasti specializace v uplynulých 5 letech. Délka platnosti specializace je, tak jako u ostatních specializací, pět let. Cena přihlášky je \$375 (nevratná) (tzn. 7 873 Kč dle měnových kurzů v dubnu 2018) (AOTA, 2018b).

1.8 Hodnocení domácího prostředí hodnotícími nástroji

1.8.1 Vlastnosti hodnotících nástrojů

Mluví-li se o testech a hodnotících nástrojích, je třeba rozumět jejich základním psychometrickým vlastnostem jako je objektivita, reliabilita a validita. Tyto vlastnosti totiž patří k základním konceptům hodnocení kvality měření a tím i kvality celého nástroje (Hendl, 2015).

Objektivita

„Objektivita měřícího nástroje vyjadřuje, že výsledek není závislý na osobě, která ho použije“ (Hendl a Remr, 2017, s. 108). Hendl (2015, s. 52) k definici objektivit doplňuje i měřenou osobu a říká, že *„objektivita měření znamená stupeň toho, jak jsou výsledky nezávislé na výzkumníkovi nebo měřeném jedinci ve smyslu subjektivního úmyslného nebo neúmyslného zkreslení“*. Objektivita se hodnotí prostřednictvím porovnání podobnosti výsledků vyhodnocení dvěma hodnotiteli (Hendl, 2015). Úplná objektivita nastává, když dva hodnotitelné hodnotící stejný objekt dostanou stejné výsledky (Hendl a Remr, 2017). Někdy se také samostatně označuje objektivita hodnocení a provedení. Nízká objektivita provedení nastává v případě, když každý hodnotitel svým způsobem hodnocení vyvolal jinou odpověď u hodnoceného. Nízká objektivita hodnocení znamená, že hodnocený podal u hodnotitelů shodnou odpověď, ale hodnotitelé ji vyhodnotili odlišně. Objektivita je určována prostřednictvím metod hodnocení reliability (Hendl a Remr, 2017).

Reliabilita

Reliabilita, nebo také spolehlivost, konsistence a opakovatelnost měření je schopnost testu vykazovat stejné výsledky za situace, kdy se nezměnil stav měřeného objektu (Dušek a kol., 2011a; Hendl, 2015). Popisuje míru shody, které lze s nástrojem dosáhnout při opakovaném měření na jednom objektu, prováděném za totožných

podmínek shodným hodnotitelem (přístrojem) (Dušek a kol, 2011a). Spolehlivost nástrojů lze dle Duška a kol. (2011), Hendla (2015) a Romli et al. (2016) hodnotit několika způsoby:

1. **Metoda opakovaného měření v čase (test-retest reliability).** Měření je opakováno ve dvou časových okamžicích. Tato metoda je vhodná v případě, že je možno hodnocení opakovat u téhož jedince. Druhé hodnocení je prováděno s vhodným časovým odstupem dle dané problematiky.
2. **Metoda paralelního měření (parallel-forms reliability).** Hodnotí shodu výsledků měření, které je prováděno paralelně dvěma alternativními metodami, o kterých se předpokládá, že mají stejnou reliabilitu (např. dvě verze téhož testu).
3. **Hodnocení shody více pozorovatelů (inter-rater/inter-observer/inter-tester reliability).** Více hodnotitelů hodnotí stejným nástrojem paralelně stejného jedince (věc). Spolehlivost je zde dána mírou shody hodnotitelů v závěrech.
4. **Oddělené hodnocení dílčích výstupů testu (split-half reliability).** Sleduje míru shody výstupů jednotlivých komponent nástroje měřících stejnou charakteristiku (např. položek v dotazníku). Dotazník je rozdělen na dvě poloviny, každá z nich je vyhodnocena samostatně a následně je počítána korelace mezi těmito polovinami výstupů. U tohoto způsobu jde o posuzování **vnitřní konzistence (internal consistency)**, která nevyžaduje opakování měření.

Validita

Validita je „*schopnost testu měřit jev (koncept), který skutečně měřit chceme*“ (Dušek a kol., 2011b, s. 712). Jde o základní předpoklad pro to, že budou z výsledků hodnocení vyvozena správná rozhodnutí o měřených charakteristikách. Validity nemůže být dosaženo bez reliability (Hendl, 2015). Zatímco hodnocení spolehlivosti se soustřeďuje více na vlastní nástroj, hodnocení validity řeší obsah, interpretaci výstupů a rozhodnutí, která jsou z výsledků vyvozovaná (Dušek a kol., 2011a). Pro posouzení validity jsou využívány další ukazatele daného jevu (např. již zavedené či standardizované). Záměr, který je předmětem výzkumu je označován jako „konstrukt“ (intelligence, bezpečnost domova aj.). Existuje několik druhů validity (Dušek a kol., 2011b; Hendl, 2015):

1. **Konstruktová validita (construct validity).** Řeší teoretické aspekty měřeného konstruktů. Dokládá, v jaké míře výstup hodnocení vyjadřuje konstrukt, který chceme měřením kvantifikovat. Tato validita se nejlépe dokládá korelací mezi výstupem hodnocení a jinými proměnnými. U konstruktové validity je rozlišována (Hendl, 2015; Dušek a kol., 2011b) **konvergentní (convergent) a diskriminační (discriminant) validita.** Konvergentní validita vyjadřuje, že výstupy hodnocení jsou ve vztahu s ukazateli, se kterými vztah podle teorie očekáváme. Diskriminační validita popisuje naopak skutečnost, že výsledky testu nemají vztah k těm ukazatelům, se kterými vztah neočekáváme (Dušek a kol., 2011b; Hendl, 2015).
2. **Kriteriální validita (criterion-related validity).** Vyjadřuje shodu výsledků hodnocení s ověřeným ukazatelem měřené charakteristiky (Dušek a kol., 2011b). Toto ověřené měření se nazývá „zlatý standard“ (Hendl, 2015).
3. **Obsahová validita (content validity).** Dokládá, do jaké míry měření skutečně reprezentuje sledované vlastnosti nebo jev. „*Její ověření je založeno na věcném rozboru struktury testu, jeho výstupů a opírá se např. o znalost určité teorie nebo o odbornou literaturu*“ (Dušek a kol., 2011b, s. 712).
4. **Zjevná validita (face validity).** Je zjišťována na základě mínění expertů nebo respondentů o validitě. Jde o méně objektivní způsob dokázání validity. Obsahová a zjevná validita nejsou vyhodnocovány statisticky, jelikož při jejich zjišťování se pracuje s externími informacemi a důkazy.

Romli et al. (2016) mezi druhy validity zmiňuje dále: prediktivní, deskriptivní a „evaluační“ validitu (evaluative validity). Z těchto druhů je ve studiích souvisejících s tématem této práce častěji popisovaná prediktivní validita. Ta představuje schopnost nástroje předvídat budoucí výstupy (Radomski a Latham, 2013). Testování prediktivní validity je tak klíčovým ukazatelem například u hodnocení pro předvídaní rizik pádů (Romli et al., 2016). Prediktivní validita spadá spolu se souběžnou validitou do kategorie kriteriální validity (Hendl, 2015, Dušek a kol, 2011b). Deskriptivní validita se zaměřuje na proces sběru dat a získaná fakta, ne na jejich interpretaci (Hannes, Lockwood, Pearson, 2010). Termín „evaluační“ validita není v českých zdrojích v tomto spojení známý a obecně není mezi výzkumníky příliš používaným druhem validity (Maxwell, 1992). Dle Maxwella (1992) zkoumá například, zda byl nějaký aspekt zhodnocen jako dobrý či špatný a platnost tohoto hodnocení.

K validitě a reliabilitě je důležitou vlastností nástroje **citlivost na změnu** (sensitivity to change). Ta představuje schopnost nástroje měřit změny stavu nehledě na jejich důležitost. Naproti tomu další vlastností nástroje je schopnost měřit klinicky důležitou a smysluplnou změnu stavu (**responsiveness**) (Pardasaney et al., 2012).

Kromě zmíněných psychometrických vlastností nástrojů je důležitým ukazatelem kvality nástroje a jeho vhodnosti pro použití v praxi jeho **klinická využitelnost (clinical utility)**. Do této kategorie spadá: doba trvání, dostupnost ve smyslu ceny i snadnosti použití, přiměřenost a praktičnost nástroje, realizovatelnost měření v praxi, akceptovatelnost pro pacienty i terapeuty, požadavky na zaškolení, formát nástroje (např. forma balení v kufříku) a také smysluplnost interpretace získaných dat (Dušek a kol., 2011b; Krivošíková, 2011; Smart, 2006). Hodnocení, která jsou v klinické praxi akceptovatelná a používaná se vyznačují snadnou a krátkou administrací, krátkou dobou provedení, požadavkem minimálního tréninku a zaškolení, nízkou cenou, malým počtem položek ale i schopností zaznamenat žádané informace (Stapleton a McBrearty, 2009).

1.8.2 Existující hodnotící nástroje

Informace o hodnotících formulářích, metodikách a nástrojích určených pro ergoterapeutické hodnocení domácího prostředí jsou dohledatelné především v zahraničních zdrojích. Několik takových ucelenějších přehledů bylo sepsáno například ve dvou ergoterapeutických knihách (Radomski a Latham, 2013; Rigby et al., 2005). Z těchto knih byly mimo jiné čerpány informace pro detailní popisy vybraných zahraničních nástrojů.

Reálná četnost využívání existujících nástrojů a standardizovaných metodik pro hodnocení domácího prostředí odborníky jak v zahraničí, tak v České republice, není snadno zjištělná. Statistické informace nejsou v této oblasti uceleně shromažďovány a publikovány a lze je tedy pouze odhadovat na základě informací od menších výzkumných vzorků z odborných zdrojů či ze zkušeností terapeutů z praxe. Domácí návštěvy a někdy i hodnocení prostředí jsou náplní práce nejen ergoterapeutů, ale též fyzioterapeutů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, profesionálních pečovatелů a osobních asistentů, což znamená, že tato problematika se nachází i v neergoterapeutických pramenech.

V literatuře se opakuje tvrzení, že ergoterapeuti příliš nepoužívají standardizovaná hodnocení (Aplin, Jonge a Gustafsson, 2015; Chiatti a Iwarsson, 2014; Stapleton a

McBrearty, 2009). Na druhou stranu ale například Stapleton a McBrearty (2009) uvádí, že používání standardizovaných nástrojů v ergoterapii se v porovnání s jimi zkoumanými studiiemi z devadesátých let zvýšilo. Přetrvávajícím problémem je ale nízká konzistentnost v jejich používání. Bariérami pro získání větší konzistentnosti jsou dle této studie časová omezení, nevhodnost dostupných měření a nízká citlivost dostupných měření. Pro zvýšení používání standardizovaných nástrojů bylo navrhováno zajištění více školení a vzdělání o nástrojích, facilitujícím způsobem by mohl působit i rozvoj vědy v ergoterapii, pro větší konzistentnost používání pak terapeuti navrhovali zajistit písemné protokoly, guideliney a standardy praxe (Stapleton a McBrearty, 2009).

Při řešení výběru hodnotících nástrojů pro hodnocení domácího prostředí je třeba v první řadě zdůraznit, že žádný nástroj není univerzální a vhodný pro všechny případy, účely i kontexty (Romli et al., 2016; Weeks et al., 2010). Každý má své silné a slabé stránky a je vždy na rozhodnutí terapeuta, jaký nástroj dle potřeb pacienta zvolí (Weeks et al., 2010), případně jakými dalšími ho doplní pro získání potřebných informací.

S ohledem na ergoterapeutické modely představené v kapitole 1.6 by ergoterapeutické hodnocení domova mělo ideálně zahrnovat následující oblasti: na člověka zaměřený přístup, zaměření na zaměstnávání, výkon zaměstnávání a ucelené hodnocení domácího prostředí (Weeks et al., 2010).

Obecnou slabinou existujících nástrojů pro hodnocení domácího prostředí je časté nepokrytí některých důležitých oblastí. Ačkoliv různí autoři upozorňují na potřebu individuálního přístupu a zjišťování subjektivních informací od pacienta při hodnocení domova pacienta (Lien et al., 2016; Robnett et al., 2016; Weeks et al., 2010), nástroje se často zaměřují na fyzické prostředí, ale opomíjejí na člověka zaměřený přístup, pacientovy preference, význam domova, či nehodnotí jeho vztahy s ostatními lidmi v tomto prostředí (Rousseau et al., 2013). Hodnocení, která nezohledňují individualitu jedince a jeho domova nabízí obecná řešení, která ale nejsou vždy pro každého platná, a hlavně nejsou každým pacientem žádaná. Výsledné úpravy prostředí na základě těchto obecných doporučení pak nemusí naplňovat potřeby pacienta (Heywood, 2004). Z důvodu limitací existujících nástrojů ergoterapeuti vytváří často vlastní hodnocení, která ale vedou k posuzování na základě intuice a nejsou tak dostatečně objektivní (Rousseau et al., 2013).

Pro zajištění objektivního hodnocení domácího prostředí je vhodným nástrojem validní a reliabilní hodnocení, které vykazuje navíc vysokou klinickou využitelnost. Příliš obtížné a časově náročné hodnocení je totiž málokdy používané v praxi (Weeks et al.,

2010). Osvědčených standardizovaných hodnocení, která by byla zároveň i dostupná pro české ergoterapeuty, je v současnosti nedostatek.

Zahraníční nástroje pro hodnocení domácího prostředí

Ucelený seznam dvaceti jedna nástrojů pro hodnocení prostředí a navrhování úprav prostředí uvádí včetně zdrojů AOTA ve svém dokumentu k ergoterapeutické specializaci na úpravy prostředí (2013). Tento seznam je uveden v Příloze 1. Zde je výčet jejich názvů:

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM),
- Client Clinician Assessment Profile (C-CAP),
- Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (CASPAR),
- Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF),
- Environmental Rating Scales (ERS),
- Functional Evaluation for Assistive Technology (FEAT),
- Home Occupational Environmental Assessment (HOEA),
- Home Assessment of Person-Environment Interaction–Visual Version (HOPE Visual Version),
- Home Assessment Profile (HAP),
- Home Environmental Assessment Protocol (HEAP),
- Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT),
- In-Home Occupational Performance Evaluation (I- HOPE),
- Matching Persons with Technology (MPT),
- Objective Safe at Home,
- Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST),
- Safety Assessment Scale (SAS),
- School Setting Interview, version 3.0 (SSI),
- The Cougar Home Safety Assessment for Older Persons v.4 (Cougar),
- The Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation - Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER HOME),
- Westmead Home Safety Assessment (WeHSA),
- Assessing Student's Needs for Assistive Technology (ASNAT) Wisconsin Assistive Technology Initiative (WATI).

V souvislosti s hodnocením domácího prostředí se v odborných zdrojích z tohoto seznamu často opakují tato hodnocení: **CASPAR, HAP, HSSAT, HEAP, Cougar, SAFER HOME, I- HOPE, WeHSA**. Dále je vhodné doplnit chybějící nástroj **Housing Enabler** (Iwarsson, 1999) o kterém byla publikována bohatá evidence a je obsažen i v přehledech hodnotících nástrojů v knihách Radomski a Latham (2013) a Rigby et al. (2005).

Weeks et al. (2010) ve svém článku zaměřeném na klinickou využitelnost nástrojů pro úpravu prostředí představuje podrobněji šest hodnotících nástrojů – COUGAR, HAP, HEAP, SAFER HOME, CASPAR a HOUSING ENABLER. Shrnuje, že každé z těchto hodnocení je v praxi vhodné pro jinou situaci a kontext. Pro základní úpravy, kdy má terapeut možnost provést pouze krátkou domácí návštěvu či ani tu ne, poslouží k základnímu přehledu problémů hodnocení formou checklistu jako je COUGAR a HAP. Tyto nástroje nejsou na zaměstnávání ani na člověka zaměřené, ale nabízí prostředek k hodnocení bezpečnosti prostředí (Weeks et al., 2010). Pro detailnější hodnocení a úpravy vyžadující domácí návštěvu ergoterapeuta a nákup a instalaci nového vybavení lze využít nástroj SAFER HOME, který poskytuje strukturovaný rámec pro hodnocení prostředí a pacientových schopností vykonávat činnosti v domácím prostředí. SAFER HOME je také spolu s nástrojem I-HOPE uváděn na stránkách *Americké asociace ergoterapeutů* jako nejpoužívanější hodnocení při provádění domácích úprav partnerskou organizací Rebuilding Together (AOTA, 2018a). Dobře klinicky využitelné detailní hodnocení u pacientů s demencí a žijících se svými pečujícími může být dle Weeks et al. (2010) také hodnocení HEAP. Toto hodnocení detailně zkoumá prostředí a jeho faktory, které podporují vykonávání denních činností pacienta. Pro nejnáročnější úpravy prostředí, kterými jsou architektonické změny, a které již vyžadují spolupráci více profesí je vhodné zvolit hodnocení CASPAR nebo Housing Enabler. Hodnocení CASPAR je z těchto dvou nástrojů více zaměřené na člověka a má větší využitelnost. Jde o hodnocení, které bylo vyvinuto architektem (Romli et al., 2016) a má vést terapeuta v provedení detailních měření, která mohou být následně použita pro vytvoření plánů přestavby. Naproti tomu Housing Enabler je dlouhé komplexní hodnocení zaměřené na objektivní hodnocení bariér, vykazující dobrou validitu a reliabilitu (Weeks et al., 2010).

Klinimetrickými vlastnostmi hodnotících nástrojů, které představují kombinaci psychometrických vlastností a klinické využitelnosti se zabýval Romli et al. (2016). Ačkoli byla jeho studie cílena na nástroje pro měření domácích rizik u seniorů, kteří jsou

v riziku pádu, přináší tato práce mnoho detailních informací o hodnotících nástrojích v ucelených tabulkách, které je možno využít i pro jiné případy. V rámci této studie bylo z 36 studií publikovaných v období roku 1995-2015 identifikováno devatenáct hodnotících nástrojů. Z těchto nástrojů bylo deset vytvořeno ergoterapeuty, a vedle *The Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)* a *The Safe Living Guide a Usability in My Home (UIMH)* jde o již zmiňované nástroje Cougar, HEAP, HSSAT, I-HOPE, SAFER HOME, Housing Enabler a WeSHA. Z těchto nástrojů byla evidence klinimetrických vlastností demonstrována u I-HOPE, HSSAT, WeSHA a HOME FAST (Romli et al., 2016).

Mnoho existujících nástrojů pro hodnocení domácího prostředí hodnotí jeho bezpečnost. Různá pracoviště a týmy si vytváří v této oblasti vlastní hodnocení a vlivem neoriginality názvů může dojít až k nežádoucí záměně různých nástrojů se stejným či podobným názvem. Názorným příkladem je hodnocení *Safe at Home*. Pod tímto názvem vznikly nástroje od autorů Robnett et al. (2016) a *Rebuilding Together* (2014), které se oba týkají hodnocení fyzické bezpečnosti domácího prostředí, ale existuje i stejnojmenný nástroj zabývající se domácím násilím (Sielski, Begun a Hamel, 2015). Kromě hodnotících nástrojů je pod názvem *Safe at Home* možno dohledat i laické veřejnosti přístupné programy i informační materiály na webových stránkách různých zahraničních společností. Ty upozorňují nejen na bezpečnost prostředí z hlediska bariér, ale též na bezpečnost skladování léků, hygienu rukou, požární bezpečnost, připravenost na pohromy, rizika kriminality a zlodějů, domácí násilí i zneužívání seniorů. Příkladem je webová stránka *Safe at Home* (2017) na webu kanadské společnosti pro zdravotní domácí péči.

V současné klinické praxi, která se podřizuje rychlému tempu dnešní společnosti, terapeuti ocení rychlé screeningové nástroje. Takovým příkladem je hodnocení *The Safe at Home* (Robnett et al., 2016), které pomocí testování 13 potenciálně nebezpečných modelových situací v kuchyni hodnotí bezpečnost, schopnosti pacienta a pacientovo uvědomění bezpečnostních rizik. Toto hodnocení bylo standardizováno na typické v komunitě žijící americké dospělé populaci ve věku 18-93 let (106 respondentů) (Robnett et al., 2016).

Rychlou, ne však tolik objektivní, variantu hodnocení dále představují samohodnotící testy. Ty pomáhají zejména se získáním dat o domácnosti a pacientovi, jako jsou jeho subjektivní pocity z domova, jeho spokojenost s domácím prostředím a význam domova pro pacienta. Příkladem samohodnotícího nástroje je *Usability in My Home*, který představuje ve své příručce Macháčová a kol. (2014). Tento nástroj je určen

k hodnocení použitelnosti domova. Pacient v něm určuje pomocí číselné škály, jak jeho domácnost podporuje či nepodporuje provádění každodenních činností a dále jak je spokojen s tím, jak může provádět činnosti ve svém bytě (Fänge a Iwarsson, 2007; Macháčová a kol., 2014). Dalším propracovaným samohodnotícím nástrojem je *Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT)*. Jde o volně dostupné ucelené obrázkové hodnocení, které bylo vyvinuto pro seniory žijící v komunitě k individuálnímu použití i k použití v rámci zdravotně edukativních programů o bezpečnosti domácího prostředí (Tomita, Schweitzer a Nochajski, 2014). U tohoto nástroje byla prokázána vysoká obsahová validita (.98), test-retest reliabilita (.97) a inter-rater reliabilita (.89) (Tomita et al., 2014). Informace v tomto hodnocení reflektují devět oblastí domova a pomocí obrázků upozorňují na rizika pádů v těchto místech. Nástroj také obsahuje informace o asistivních technologiích, základních úpravách prostředí a řešení častých problémů. Součástí je i formulář „Action log“ pro plánování postupu řešení bezpečnostních problémů zvyšujících rizika pádů (Horowitz, Almonte a Vasil, 2016; Tomita et al., 2014).

V následující části práce jsou popsána tři vybraná ergoterapeutická hodnocení: Cougar, WeHSA a Housing Enabler. Důvodem volby těchto nástrojů byla v první řadě dostupnost informací. O těchto nástrojích byly publikovány ergoterapeutické příspěvky v odborných časopisech a knihách a bylo o nich tedy možné dohledat potřebná data pro jejich popis. Dále jde o nástroje, jejichž hodnotící formuláře jsou dostupné k nahlédnutí volně na internetu. Zajímavostí je také fakt, že každý z těchto nástrojů byl vytvořen na jiném kontinentu (Cougar – Amerika, USA; WeHSA – Austrálie; Housing Enabler – Evropa, Švédsko).

COUGAR Home Safety Assessment

Hodnocení Cougar Home Safety Assessment (dále jen Cougar) bylo vytvořeno pro ergoterapeuty pro identifikaci rizik v oblasti bezpečnosti domácího prostředí starších lidí žijících v komunitě (Fisher, Coolbaugh a Rhodes, 2006). Tento nástroj existuje v současnosti ve čtyřech verzích: Cougar Home Safety Assessment for older persons Version 1.0, a dále Version 2.0, 3.0 a 4.0. Vydání další nové modifikace je plánováno na rok 2019 (Fisher, 2018). Jednotlivé verze vznikaly postupným vývojem a zdokonalováním nástroje. Nejdetailněji je proto níže popsána čtvrtá verze. Díky provedeným studiím a procesu testování je Cougar standardizovaný nástroj (Fisher et al., 2008). Formuláře všech verzí nástroje jsou volně dostupné na internetových stránkách Misericordia University Occupational Therapy Department. (Misericordia University,

2018). Všichni, kdo nástroj použijí, jsou žádáni, aby informovali profesorku ergoterapie Grace Fisher (gfisher@misericordia.edu) a zaslali jí případné komentáře a návrhy pro budoucí zlepšení. Formulář hodnocení Cougar Home Safety Assessment 4.0 je se svolením profesorky Fisher sdílen v Příloze 2.

COUGAR Home Safety Assessment for older persons Version 1.0

První verze nástroje vznikla v roce 2004. Obsahuje 56 bezpečnostních kritérií domova, která jsou hodnocena vždy jednou ze tří možností: bezpečný, nebezpečný, neaplikovatelné. Verze 1.0 byla testována 3 postgraduálními studenty u 14 osob starších 65 let a na základě výzkumu byla následně stanovována reliabilita tohoto nástroje, kdy procentuální shoda měření více pozorovatelů dosáhla 90%. K této verzi nástroje byl také proveden dotazník zpětné vazby, a to jak účastníků testování, tak také ergoterapeutů prostřednictvím internetového šetření. To bylo sdíleno ergoterapeutům specializovaným na domácí a environmentální design uvedeným na stránkách AOTA. Na dotazník odpovědělo 126 ergoterapeutů. Odpovědi byly pozitivní, 91% účastníků považovalo nástroj za uživatelsky přívětivý a 74% respondentů uvedlo, že by Cougar využívali v praxi, pokud by byl dostupný, dle 86% respondentů nástroj určuje nejdůležitější bezpečnostní témata, která se týkají lidí staršího věku. V rámci testování verze 1.0 bylo nalezeno množství bezpečnostních rizik v domácnostech seniorů. Mezi nejčastěji se vyskytující rizika patřily: 1. absence madel u toalety; 2. absence tísňového telefonního čísla (na lékaře, blízké atd.) na/vedle telefonu a 3. neprotiskluzové malé koberce a běhouny (Fisher, 2006).

COUGAR Home Safety Assessment Version 2.0

Druhá verze nástroje vznikla po zapracování připomínek ze získané zpětné vazby z první verze nástroje. Obsahuje 52 kritérií bezpečnosti. Ke změně došlo také v hodnotící škále, která byla omezena na dvě možnosti: „bezpečný“/„nebezpečný“. Dřívější možnost „neaplikovatelné“ byla v této verzi vynechána s ohledem na názory výzkumníků, kteří považovali všech 52 položek za aplikovatelné (Fisher, 2006). Verze 2.0 byla testována u 44 samostatně žijících seniorů a výsledky ukázaly, že hlavním bezpečnostním problémem byl nedostatek detektorů oxidu uhelnatého a požárních detektorů (Fisher et al., 2008).

COUGAR Home Safety Assessment Version 3.0

Třetí verze nástroje obsahuje 66 hodnocených položek (Fisher et al., 2008). V této verzi byla k hodnotící klasifikaci na „bezpečný“ a „nebezpečný“ opět zahrnuta varianta

„neaplikovatelné“ (N/A – not applicable). V závěru formuláře byl oproti předchozím verzím přidán prostor pro doporučení řešení rizikových oblastí (Fisher, 2006). Terapeut tak může do přehledné tabulky do jednotlivých sloupců zaznamenat: datum hodnocení, nalezené riziko, doporučení, jak riziko vyřešit, datum kontrolního zhodnocení a ne/provedení navrhovaného doporučení. Při testování této verze bylo zhodnoceno 20 účastníků starších 65 let nezávisle žijících v domě nebo bytě. Hlavním identifikovaným problémem byl jako u druhé verze nedostatek požárních detektorů (Fisher et al., 2006). Při této studii bylo vytvořeno 195 doporučení s průměrem 9 navržených přizpůsobení na jednu domácnost (Fisher et al., 2008). Kontrolní návštěvy všech domácností ukázaly, že bylo zrealizováno téměř 54% bezpečnostních doporučení (Fisher et al., 2006).

COUGAR Home Safety Assessment Version 4.0

Čtvrtá, zatím nejaktuálnější, verze byla vytvořena v roce 2006. Obsahuje 78 položek rozdělených do 10 kategorií: riziko požáru/oxidu uhelnatého; pohotovostní/zdravotní rizika; elektrická rizika a teplota vody; podlahy a chodby; kuchyň; koupelna (zahrnuje i toaletu); skříně, úložné prostory a místnosti; parkovací prostor a vchody; ložnice; připravenost na pohromy (disaster preparedness) (Fisher et al., 2008). Jednotlivé položky jsou v této verzi uceleny do tabulky a hodnoceny ve sloupcích možnostmi „bezpečné prostředí“ nebo „nebezpečné prostředí“, varianta „neaplikovatelné“ byla nahrazena prostorem pro komentáře. Pomůcky, které terapeut potřebuje pro hodnocení jsou: teploměr, ukazovátko/dřevěný metr (pro test požárního hlásiče), baterka, psací potřeby a kopie hodnotícího formuláře (viz Formulář Cougar v. 4.0 v Příloze 2). Doba hodnocení představuje přibližně jednu hodinu v domácím prostředí hodnoceného (Fisher et al., 2008).

Při testování tohoto nástroje bylo osmi postgraduálními studenty ohodnoceno 40 domácností osob ve věku 50 let a více. Odůvodněním volby nižší věkové hranice byla skutečnost, že už i lidé pozdního středního věku čelí nastupujícím známkám stárnutí. K těm patří i zdravotní problémy, jako je zhoršení zraku, kloubní obtíže a nárůst váhy, což vše může vést k zhoršené fyzické zdatnosti i ke zvýšené pravděpodobnosti vzniku bezpečnostních rizik v prostředí. Výhodou je také skutečnost, že lidé ve věku 50 až 65 let mohou být ještě více otevření změnám a motivováni k úpravám prostředí a mohou je být i více schopni sami realizovat než lidé staršího věku (Fisher et al., 2008). Terapeuti v rámci této studie v závěru hodnocení písemně sepsali doporučení na řešení bezpečnostních rizik. V případě, že toto řešení obnášelo pořízení pomůcky či nějakého

přizpůsobujícího zařízení, terapeut poskytl hodnocenému v tomto směru poradenství, případně informace, kde pomůcku zakoupit (Fisher et al., 2008).

Zhodnocení nástroje Cougar Home Safety Assessment

Dle získaných názorů ergoterapeutů jde o ucelený, rychlý, dobře organizovaný nástroj s jednoduchou administrací (Fisher, Coolbaugh a Rhodes, 2006). Weeks, Lamb and Pickens (2010) uvádí, že jde o vhodný nástroj v případě možnosti jen krátké domácí návštěvy a potřeby screeningového zhodnocení. Fisher et al. (2008) hodnocení popisuje jako užitečný nástroj, který může být univerzálně využit v mnoha oblastech ergoterapeutické praxe (domácí péče, ambulantní rehabilitace, podporované bydlení). Kromě individuální cílené intervence může být nápomocný i při zvyšování povědomí o domácích rizicích v rámci komunitních programů zaměřených na prevenci zdraví a zdravé stárnutí. Ačkoli byl nástroj studiem testován u starších osob, v budoucích studiích a praxi by mohl být použit i u osob s fyzickou disabilitou a také smyslovým znevýhodněním (Fisher et al., 2008). Velkou výhodou nástroje je bezplatnost a dostupnost. Ergoterapeuti se zkušenostmi z domácí péče nepotřebují pro jeho používání absolvovat ani žádné speciální školení, nicméně měli by si zodpovědně a pozorně přečíst informace, které jsou k němu nabízeny (Fisher et al., 2008).

Na druhou stranu za limitace tohoto nástroje lze považovat jeho nejistou objektivitu. V instrukcích v úvodu formuláře hodnocení Cougar (v. 2.0, v. 3.0, v. 4.0) je uvedeno, že ergoterapeut smí používat své klinické rozhodování k určení, zda jde o bezpečný či nebezpečný faktor prostředí. To znamená, že výsledek celkového hodnocení závisí na zkušenostech a odborných znalostech konkrétního terapeuta. V hodnocení není dále uvedeno, jak přesně má terapeut některá kritéria hodnotit. Pro příklad v požadovaných pomůckách je uveden teploměr a ukazovátko/dřevěný metr, ale není přesně stanoveno, jakým způsobem tyto pomůcky použít. Další slabiny nástroje shrnuje i Weeks, Lamb and Pickens (2010). Udává, že nástroj není vhodný v případě rozsáhlých domácích úprav, jelikož nepřináší dostatečně detailní informace potřebné k jejich naplánování. Z hlediska ergoterapie je pak hlavním negativem, že je Cougar pouze orientovaný na prostředí a nezohledňuje fyzické ani psychické schopnosti ani výkon klienta (Fisher et al., 2007). Není tedy na člověka zaměřeným hodnocením (Weeks, Lamb a Pickens, 2010) a ergoterapeut musí dokázat zjištěné výsledky propojit s funkčním výkonem konkrétního člověka a doplnit je o další potřebná individuální hodnocení. V porovnání s dalšími hodnotícími nástroji, jako je například The Housing Enabler nebo

SEMAFOR home, hodnocení Cougar v současnosti nedisponuje softwarem, který by usnadňoval terapeutům administraci a zhodnocení výsledků.

Co se týká využití nástroje Cougar v českém prostředí, dle sdělení Fisher (2018), Cougar hodnocení existuje v současnosti oficiálně pouze v anglické verzi, bylo by ho tedy zapotřebí přeložit.

Dále je třeba brát v úvahu, že v České republice neexistuje odborná specializace ergoterapeuta na hodnocení bezpečnosti a bariérovosti prostředí ani žádná obdobná forma vzdělání pro ergoterapeuty (certifikovaný kurz apod.). Ne každý český ergoterapeut má zkušenosti s kontrolou technického vybavení domácnosti, které je hodnoceno v nástroji Cougar. Příkladem je položka test požárních detektorů. Jejich obsluha není v České republice obvyklou praxí práce ergoterapeuta ani běžného obyvatele domácnosti. Zejména starší budovy totiž detektory nemají. Povinnost instalace zařízení autonomní detekce a signalizace požáru je dána až Vyhláškou č. 23/2008 Sb. s účinností na stavby (platí pro rodinné i bytové domy) realizované od 1.7.2008 (později novelizována Vyhláškou č. 268/2011 Sb.). Je tedy otázkou, zda má ergoterapeut vůbec kompetenci posoudit funkčnost jednotlivých typů autonomních detektorů v domácnostech. Některé typy detektorů navíc spadající do tzv. elektrické požární signalizace (z bytových prostorů instalovány v některých ubytovnách nebo hotelech), která tvoří systém požární ochrany propojený s ústřednou. Zkoušku těchto detektorů mohou dle § 8 Vyhlášky č. 246/2001 Sb. o požární prevenci provádět pouze osoby pověřené údržbou tohoto zařízení.

Některé položky hodnocení Cougar by musely být v případě používání českými ergoterapeuty přizpůsobeny na české prostředí, normy a zavedené kulturní zvyklosti. Zejména je řeč opět o kategorii riziko požáru/oxidu uhelnatého. Zde je například položka týkající se revize komínu, která říká, že komín vytápěný dřevem by měl být vyčištěn každé tři měsíce. V České republice jsou lhůty kontrol, čištění a revizí spalinových cest stanoveny odlišně v Příloze č. 2 k Vyhlášce č. 34/2016 Sb. o čištění, kontrole a revizi spalinové cesty. Další kategorií, která není minimálně v některých položkách dobře aplikovatelná na současné české prostředí je kategorie připravenosti na pohromy. V originálu nástroje je v této kategorii hodnoceno 10 položek, mezi které patří: plán bezpečného úkrytu v případě tornáda/hurikánu/zemětřesení; okamžitá dostupnost oblečení a obuvi pro případ pohromy a mimořádné události; kopie seznamu léků, náhradní léky na dobu jednoho měsíce aj. V případě hodnocení dle tohoto formuláře by málokterý český občan získal v této kategorii kladné hodnocení bezpečnosti, přestože dle českých poměrů, zvyklostí a klimatických podmínek nemusí být jeho prostředí rizikové.

Westmead Home Safety Assessment (WeHSA)

Nástroj WeHSA vyvinula v Austrálii profesorka Lindy Clemson (Clemson, 1997). Ta svoji aktivitu mnoho let intenzivně soustřeďuje na výzkumy a projekty orientované na ergoterapii a studie veřejnosti v oblasti stárnutí a prevence pádů. Výsledkem její práce je autorství a spoluautorství více než 141 článků v nejrůznějších periodikách a dále soupis několika knižních publikací (Clemson, 2018). První verze nástroje, která byla později upravena, byla použita již ve studii z roku 1992 (Clemson et al., 1992).

WeHSA slouží k systematické identifikaci potenciálních rizik pádu v domácím prostředí osob, které jsou pády ohroženy. Nástroj byl vyvinut pro ergoterapeuty (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999) a slouží pro hodnocení seniorů všech diagnóz (Rigby et al., 2005). Byl vytvořen na základě uceleného přehledu literatury a též profesionálních zkušeností terapeutů (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Nástroj je používán jak pro klinické, tak výzkumné účely pro podporu prevence pádů. Clemson, Fitzgerald a Heard (1999) uvádí, že WeHSA může také posloužit terapeutovi k rozvoji pozorovacích dovedností při identifikaci domácích rizik pádů.

WeHSA bylo v době svého vzniku typem hodnocení, které mezi dostupnými možnostmi volby terapeutů chybělo. Existující hodnotící nástroje domácího prostředí se totiž více zaměřovaly na hodnocení přístupnosti než na hodnocení potenciálních domácích rizik (Clemson, 1997). Většina ostatních existujících checklistů a hodnocení bezpečnosti navíc není dostatečně specifická, přísná, neprochází vývojem, či postrádá záznamy operačních definic (tj. popisy operací, kterými bude koncept měřen) (Disman, 2011) či nemá manuál s instrukcemi (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999).

WeHSA hodnotí celkem 72 potenciálních rizikových položek pádu. Položky jsou organizovány v zastřešujících sekcích, které se vztahují vždy k určitému prostoru či oblasti (např. ložnice, koupelna, toaleta, domácí mazlíčci, vnitřní a vnější cesty průchodu, sezení atd.). Každá položka nabízí možnosti volby „nerelevantní“ nebo „není riziko“ (Clemson, 2015a) a dále specifické vlastnosti položky (např. rohožka – malá, lehká, kluzká, se zkroucenými rohy, jiné). V případě, že jsou tyto vlastnosti položky pro daného člověka a domácnost relevantní, jsou terapeutem zaškrtnuty a představují riziko pádu (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Čím větší počet rizik je zaznamenán, tím vyšší je riziko pádu (Mackenzie, 2011). Hodnocení je prováděno v rámci jedné domácí návštěvy (Radomski a Latham, 2013; Rigby et al., 2005). Romli et al. (2016) uvádí dobu hodnocení přibližně 90 minut.

Na základě návrhů hodnotitelů při testování validity nástroje byla k Westmead hodnocení vytvořena i kratší verze hodnocení (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Tato verze obsahuje celkem 43 položek (Romli et al., 2016). Všechny v ní vybrané položky byly zúčastněnými hodnotiteli považovány za esenciální nebo důležité a často se též vyskytovaly v analyzované literatuře (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Oproti delší verzi byly v této vynechány tyto položky: garáž, úklidové vybavení, prostor k žehlení, telefon, topení/větrání, okna/závěsy/žaluzie, rampa, pomůcky pro mobilitu, dále některé položky ze sekce „kuchyně“ a také celá sekce „prádelna“ (Clemson, 2015a; Clemson, 2015b).

Po stránce kvality psychometrických vlastností nástroje byla u WeSHA testována obsahová validita a inter-rater reliabilita (Clemson et al., 1992, Clemson et al., 1999; Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999).

Při rozboru obsahu nástroje WeSHA, jehož proces byl složen z analýzy literatury a též posouzení odborníky, bylo prokázáno, že nástroj má vysoký stupeň obsahové validity s celkovým indexem obsahové validity 0.80. Analýza literatury potvrdila obsahovou validitu většiny položek WeHSA. Hodnocení odborníků, která byla založena na posouzení relevance a důležitosti každé položky vykazovala vysoký stupeň shody v odpovědích (Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Na základě výsledků hodnocení validity byly z původní verze formuláře dvě položky vymazány, jiné přeorganizovány nebo přejmenovány.

Reliabilita nástroje byla testována ve dvou studiích (Clemson et al., 1992, Clemson et al., 1999). Při hodnocení první verze WeHSA byla zaznamenána střední inter-rater reliabilita (Clemson et al., 1992). Shoda terapeutů v přítomnosti bariér byla v tomto případě vynikající pro 19 (32%) kategorií, ale pro stejný počet kategorií také slabá (Clemson et al., 1999). Clemson et al. (1999) uvedla, že shodu terapeutů v hodnocení ovlivňují různé aspekty jako je spoléhání se na zkušenosti terapeutů, nedostatek formálních a objektivních způsobů hodnocení prostředí a absence doporučených postupů pro rozlišování rizik. Nástroj byl tedy dále rozvíjen a tvůrci se zaměřili na tyto aspekty. Byl vytvořen doplňující manuál, který obsahuje informace pro terapeutů, jakým způsobem rizika hodnotit. Dále byla demonstrována a zdokumentována již výše popsaná validita nástroje a terapeuti byli lépe proškoleni (Clemson et al., 1999; Clemson, Fitzgerald a Heard, 1999). Při druhém testování reliability probíhalo školení formou čtyř hodinového interaktivního workshopu vycházejícího z informací z manuálu. Hodnotitelé si také prakticky vyzkoušeli hodnocení předem na svém domácím prostředí či prostředí

blízkých. Výsledky ukázaly, že dostatečně zaškolení terapeuti dokázali nástroj WeHSA používat spolehlivěji než při testování první verze, kdy nebyl dostupný manuál a školení bylo minimální. Shoda terapeutů byla vynikající u 34 (52%) kategorií, dobrá u 31 (48%) kategorií, slabá u žádné kategorie (Clemson et al., 1999).

Mezi silné stránky WeHSA patří ucelenost, systematičnost (Radomski a Latham, 2013) a dále pak podrobný proces odborného vývoje, kterým prošel. Stejně jako u některých jiných hodnotících nástrojů je i u WeHSA doporučeno nástroj kombinovat s dalšími hodnoceními a pro jeho používání absolvovat školení. Na rozdíl od časově i místem náročného školení nástroje Housing Enabler (Rigby et al., 2005; Romli et al., 2016; Prices, 2010), je školení WeHSA dostupnější, jelikož je v současnosti nabízeno formou online workshopu. Ten obsahuje 6 samostatných modulů na různá témata, z nichž každý trvá přibližně třicet minut, celkem tedy 3 hodiny. Tyto online moduly nahrazují dříve napsaný manuál. Po jejich absolvování je terapeutovi zaslán certifikát. Školení je sice zpoplatněno, ale poměrně nízkou částkou, kterou si mohou terapeuti dovolit a sice 29 australských dolarů (tzn. 453 Kč dle měnových kurzů v únoru 2018) (Course Guide, 2018). To je pozitivnější než cena dříve nabízeného manuálu k tomuto nástroji, která se pohybuje ve výši 118 australských dolarů (1908 Kč) (Rigby et al., 2005).

Z hlediska klinické využitelnosti je velkým pozitivem dostupnost formuláře checklistu WeHSA. Ten, ač pouze v anglickém jazyce, je pro osobní účely volně a bezplatně dostupný na webových stránkách Falls Prevention Online Workshop – Home & Community Safety (2018). Formulář je zařazen do této práce jako Příloha 3.

Mezi slabé stránky nástroje patří z určitého pohledu jeho úzké zaměření pouze na problematiku pádů (Rigby et al., 2005; Radomski a Latham, 2013). Pro větší objektivitu by bylo žádoucí také provedení dalších aktuálních nezáujatých studií. Současně dostupné studie jsou totiž ve většině případů studie autorky nástroje (Clemson et al. 1992; Clemson et al., 1999). Rigby et al. (2005) ve svém přehledu WeHSA udává, že vhodné by bylo také provést další studie reliability, konstruktové validity a schopnosti nástroje detekovat významnou změnu (responsiveness). V minulosti, kdy ještě neexistovala možnost online školení, mohla být pro některé terapeutky negativem i pořizovací cena manuálu.

Z hlediska negativ WeSHA lze zmínit, že někteří terapeuti hodnotili formulář checklistu jako nepraktický a těžkopádný pro použití v rámci celé doby domácí návštěvy, někteří terapeuti pak považovali nástroj za omezující, ale připustili, že s větší praxí s nástrojem a bez nutnosti plnit pravidla výzkumu by ho bylo možno používat více flexibilně (Clemson et al., 2014). Rigby et al. (2005) také shrnuje, že hodnocení WeSHA

není standardizované. Jde o pomocný nástroj pro pozorování, který pomáhá terapeutovi systematicky identifikovat rizika (Clemson, 1997). Rizika jsou zhodnocena terapeutem na základě nestandardizovaného rozhovoru, pozorování výkonu při úkolech a pozorování přirozeného chování (Rigby et al., 2005).

V souvislosti s hledáním informací o nástroji může nastat zmatení v terminologii vztahující se k WeHSA. Manuál totiž nese jiný název než nástroj – Home Fall Hazards (Clemson, 1997). Clemson et al. (2014) zmiňuje, že při studii nastávaly také nejasnosti v terminologii a sice, co zahrnuje pojem „Westmead“. Nejčastěji byl tímto pojmem míněn samotný hodnotící checklist. Existovala ale i „Westmead sada“, která obsahovala i zmíněný manuál se související literaturou, informacemi o nástroji a také o celkovém Westmead přístupu.

Westmead přístupem je myšlen přístup k hodnocení a intervencím, prostřednictvím kterého terapeut s klientem citlivě prochází jeho domácí prostředí a pomáhá mu identifikovat a uvědomit si zde rizika a rizikové chování ve vztahu k pádům a určit jejich míru důležitosti (Clemson, 2015c). Takovýto postup pomáhá lepšímu zapojení klienta do procesu, uvědomění si přítomnosti problému u sebe samého a vede i k větší ochotě klienta realizovat navrhnutá řešení (Clemson et al., 2014).

Housing Enabler

Housing Enabler je původem švédské standardizované hodnocení, které již bylo implementováno do různých zemí (Macháčová a kol., 2014) včetně USA (Lien et al., 2016). Kromě angličtiny a švédštiny bylo toto hodnocení přeloženo i do dalších jazyků včetně němčiny, dánštiny, finštiny, maďarštiny, portugalštiny, islandštiny a také lotyštiny (Romli et al., 2016). Toto hodnocení přináší objektivní měření přístupnosti obydlí prostřednictvím třístupňového hodnotícího procesu. Volně dostupné formuláře tohoto hodnocení jsou k dispozici na webovém portálu The Enabler Web Site (2008).

V prvním kroku hodnocení probíhá evaluace funkčních limitací dané osoby. Zde je hodnoceno 12 položek, od omezení sluchu a zraku až po snížení funkčních schopností horních a dolních končetin. V této části je též ve dvou položkách hodnocena závislost na pomůckách pro mobilitu (závislost na pomůckách pro chůzi, závislost na vozíku) a to ve třech oblastech prostředí: exteriér, vstup do domu, interiér. Těchto celkem 14 položek je hodnoceno snadným zaškrtnutím dichotomních možností („ano“/„ne“) dle toho, zda je limitace u hodnoceného přítomna, či ne (Iwarsson a Slaug, 2010). Druhým krokem je identifikace bariér prostředí v domě a v jeho blízkém okolí. Tato část obsahuje 161

položek organizovaných do subkategorií: A) okolí domu (28 položek), B) vchody (46 položek) a C) interiér (87 položek). Ty jsou hodnoceny výběrem možností „ano“, „ne“ a „nehodnoceno“. Ano v tomto případě značí přítomnost bariéry. V třetí části dochází ke kalkulaci výsledného celkového skóre přístupnosti (Lien et al., 2016).

Celkové skóre přístupnosti je získáváno kombinací dat získaných z předchozích dvou kroků. Platí zde vztah, kdy skóre přístupnosti se zvyšuje s narůstajícími limitacemi jedince a bariérami prostředí. Osoba bez funkčních limitací získá celkové skóre přístupnosti 0, bez ohledu na bariéry identifikované v druhé části hodnocení (Iwarsson, 1999).

Housing Enabler může být použit jako standardizovaný checklist pro záznam detailních informací potřebných pro diskuzi o úpravách prostředí či novém bydlení. V takovém případě není nutné počítat celkové skóre přístupnosti. Toto skóre najde uplatnění zejména pokud je záměrem terapeuta a klienta porovnat různé alternativy bydlení a různá řešení úprav (Iwarsson, 1999).

Za účelem správného používání nástroje a zajištění reliability a validity hodnocení je u Housing Enableru požadováno absolvovat školení (Fänge a Iwarsson, 2007). Školící kurzy jsou autorkou nástroje profesorkou Susanne Iwarsson a jejími spolupracovníky prováděny v délce „2+1“ den nebo „2+2“ dny v závislosti na intenzitě kurzu (The Enabler Web Site, 2008). Účastníky kurzů jsou především ergoterapeuti, ale kurz je otevřen i pro ostatní profese. V tomto kurzu účastníci získají i informace o analýze počítačových dat, která jsou generována při vyhodnocování výsledků v Housing Enabler softwaru (The Enabler Web Site, 2008). V praxi ergoterapeuti přichází na domácí návštěvu s tištěnými formuláři (22 stran) a dodatečně pak data přepisují do elektronické formy do softwaru, který automaticky spočítá celkovou přístupnost. Proběhla ale také studie, která testovala možnost záznamu pomocí digitalizovaného formuláře již na samotné domácí návštěvě (Svarre, Lunn a Helle, 2017).

O Housing Enableru bylo publikováno četné množství článků zejména v rozmezí let 1996 až 2010 (Carlsson et al., 2009; Iwarsson, 1999; Fänge, Risser a Iwarsson, 2007). Jejich obsáhlý přehled a další informace o nástroji jsou volně přístupné na oficiálních stránkách tohoto nástroje (The Enabler Web Site, 2008). Aktuálnost těchto webových stránek vyzdvihovali mezi silné stránky Radomski a Latham (2013) i Rigby et al. (2005). V současnosti stránky působí spíše zastarale, poslední aktualizace je na nich uvedena s datem roku 2014 a nejnovější článek v seznamu zdrojů o Housing Enabler je z roku

2010. Přitom byly o nástroji publikované i novější studie (Helle, 2014; Iwarsson, Haak a Slaug, 2012; Lien et al., 2016).

Housing Enabler je detailní standardizované hodnocení využitelné jak pro klinické účely, tak pro výzkum u různých diagnostických skupin klientů (Rigby et al., 2005). Jde o nástroj použitelný i v různých prostředích, kromě hodnocení domácího prostředí byl upraven a aplikován i pro hodnocení hromadné dopravy (Iwarsson, Jensen & Stahl, 2000). Jeho výhodou je systematičnost a ověřenost mnoha studiemi, ve kterých byly prokázány jeho dobré psychometrické vlastnosti, a to jak validita (Iwarsson, 1999), tak i mezistátní reliabilita (Helle, 2014; Iwarsson, Nygren a Slaug, 2005).

Jak ale udává Romli et al. (2016), ne vždy je toto zárukou dobré klinické využitelnosti. Housing Enabler je kritizován z důvodu náročného procesu zaškolení v užívání nástroje a též pro svou časovou zátěž. Provedení prvních dvou kroků originální verze nástroje trvá přibližně 90 min a dalších 30 min vyžaduje třetí krok, tedy vyhodnocení. Vyhodnocení již může být dokončeno na pracovišti ergoterapeuta (Iwarsson, 1999). Při často omezeném času ergoterapeutů na evaluaci je to i tak celkově dlouhá doba (Weeks et al., 2010). Proto byla vytvořena zkrácená verze tohoto nástroje, která obsahuje místo původních 188 hodnocených položek 61 položek (Carlsson et al., 2009).

Kromě zmiňované časové náročnosti hodnocení a nutného školení lze za negativum považovat pořizovací náklady nástroje a softwaru, které při koupi jedné knihy a softwaru dosahují bez poštovného a DPH ceny 2300 švédských korun (tzn. 5 840 Kč dle měnových kurzů v únoru 2018) (Prices, 2010).

Macháčová a kol. (2014) ve své publikaci jako další nevýhodu nástroje Housing Enabler zdůrazňuje, že je založen na hodnocení bariér na základě stavebních norem. Švédské normy přístupného bydlení utváří zlatý standard, vůči kterému jsou položky hodnoceny jako bariérové či ne (Rigby et al., 2005). Problémem je, že normy jsou pro své univerzální použití často nastaveny přísněji, než je pro některé osoby nutné pro zajištění přístupnosti. Pro představu – normou je stanovena minimální šířka dveří, při jejímž nedodržení je položka hodnocena jako bariérová, některý člověk na vozíku ale projede i užšími dveřmi a bariéru pro něho nepředstavují (Macháčová a kol., 2014). Na druhou stranu, někteří terapeuti ocení hodnocení dle norem z toho důvodu, že udává alespoň u některých položek přesná, objektivně měřitelná kritéria pro hodnocení (např. dveře v interiéru jsou úzké, pokud je průjezd užší než 76 cm) na rozdíl od jiných nástrojů, jako je například Cougar (Fisher et al., 2008), kde je zhodnocení bariéry ponecháno na

klinickém úsudku terapeuta samotného. V případě Housing Enableru je ze 161 položek týkajících se komponent prostředí konkrétně 70 položek specifikovaných dle měřitelných norem a 91 je nutno hodnotit na základě vlastního profesionálního posouzení terapeuta (Lien et al., 2016).

Chce-li terapeut pro evaluaci domácího prostředí a působení v něm zvolit na klienta orientované hodnocení, Housing Enabler není tím pravým. Jak Weeks et al. (2010) udává, Housing Enabler nehodnotí aktuální výkon klienta, jeho názory na prostředí ani nefyzické aspekty domácího prostředí (sociální, emoční atd.). Tyto informace musí terapeut doplnit pomocí dalších hodnocení či rozhovorů.

České hodnotící nástroje a zdroje o bezbariérovém prostředí

Jak již bylo zmíněno, v českém jazyce neexistuje příliš velké množství aktuálních zdrojů a zejména odborných studií, které by se zabývaly specificky ergoterapeutickým hodnocením domácího prostředí. V oblasti hodnocení prostředí zatím nejsou v České republice vytvořeny obecně platné ergoterapeutické standardy, doporučení ani guideliny pro praxi. To ale neznamená, že by problematice bariérového prostředí nebyly věnovány žádné materiály a knihy. Pro tuto praxi užitečné materiály vznikly v rámci různých projektů a iniciativ organizací i jednotlivců. Ergoterapeuti, projektanti ale i široká veřejnost tak mají k dispozici několik užitečných českých knih zaměřených na bezbariérové bydlení a bezbariérové stavby. Ty přináší rady ohledně stavebních úprav vyžadovaných v prostředí osobami se sníženou schopností pohybu.

Jedním takovým příkladem je historická kniha Maxy a kol. (1991), která byla později v reakci na novelu stavebního zákona aktualizována (Skopec a kol., 1999). Tato publikace obsahuje i samostatnou kapitolu o bydlení s nákresey bytových dispozic vhodných pro osoby pohybující se na vozíku. Skopec (2005) se problematice věnuje i v další knize, která je určena zejména účastníkům procesu výstavby, tzn. investorům, projektantům, a také pracovníkům stavebních úřadů. Podobně zaměřenou publikaci vydala i Filipová (2002, s. 5), která, jak sama píše, „*měla sloužit projektantům a pracovníkům ve stavebnictví, tedy všem těm, kteří jsou za tvorbu prostředí, ve kterém žijeme, jakýmkoliv způsobem přímo odpovědní.*“ Tato publikace je z větší části věnovaná stavbám občanské vybavenosti a stavbám pro dopravu. Nechybí zde ale ani kapitola věnovaná bytovým domům. V ní autorka popisuje jednotlivé místnosti domů a bytů zvláštního určení a upozorňuje na oblasti, na které si je třeba dát při výstavbě pozor. Ještě

před vydáním této publikace vydala Filipová (1998) i další knihu o životě bez bariér určenou i širší veřejnosti. Poslední ze starších knih zde bude zmíněna kniha z roku 2007, ve které se autorka věnuje mimo staveb bezbariérových bytů i stavbám bezbariérových škol, předškolních zařízení, sportovišť i objektů pro sociální péči a zaměstnání občanů se zdravotním postižením (Šnajdarová, 2007).

Výše zmíněné publikace byly tvořeny s ohledem na tehdejší legislativní normy. Je třeba proto brát v úvahu, že od dob jejich vydání byly některé zákony novelizovány a vyhlášky nahrazeny. Informace uvedené v těchto starších publikacích již nemusí být platné. Příkladem je nejaktuálnější novelizace tzv. stavebního zákona č. 225/2017 Sb., nebo tzv. „bezbariérová“ vyhláška č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, která zrušila a nahradila vyhlášku č. 369/2001 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.

Z pohledu aktuálnosti je tedy čerpat z novějších titulů, ke kterým patří kniha Šestákové a Lupače (2010), nebo například příručka vydaná Ligou vozíčkářů, která je vhodná i pro širokou laickou veřejnost (Poláčková, 2011). Tyto zdroje již zohledňují a komentují platnou „bezbariérovou“ vyhlášku z roku 2009. Jak ale podotýká Poláčková (2011, s. 6), vázat se v případě hodnocení bydlení na parametry této vyhlášky není zcela správný postup, jelikož *„vyhláška se zaměřuje na prostředí pro širokou veřejnost, a tedy i široké spektrum pohybového omezení“*.

Některé pro laiky vhodné materiály o úpravách domácího prostředí vznikly jako výstupy projektů zaměřených na seniory nebo jako výsledky překladatelských aktivit některých organizací (Česká alzheimerovská společnost, 2004; Danielová a kol., 2015; Grivna a Benešová, 2002; O bydlení seniorů, 2009). Kromě řešení přístupnosti bydlení lze pak velkou aktivitu zaznamenat v českých projektech zaměřených na mapování přístupnosti objektů a komunikací (Disway, 2018; Mapabarier.cz, 2017; Mapy bez bariér, 2018; Pražská organizace vozíčkářů, 2018; VozejkMap, 2018).

České zdroje, které byly citovány v této kapitole a webové odkazy na některé projekty a portály zabývající se (bez)bariérovostí a úpravami prostředí jsou pro přehlednost shrnuty v Příloze 4.

Z hlediska existujících hodnotících nástrojů určených k hodnocení domácího prostředí byla v době tvorby této práce identifikována pouze jedna ucelená metodika vyvinutá v České republice, a to metodika SEMAFOR home. Ta je určena přímo pro hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí. Další možnost, jak reflektovat

faktory prostředí i ve vztahu k funkčním schopnostem konkrétního člověka, nabízí původem zahraniční ale do češtiny přeložená Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Oba tyto zdroje budou níže popsány.

SEMAFOR home

Název metodiky SEMAFOR home představuje zkratku *Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Jedná se o českou nově standardizovanou metodiku, která vznikla v roce 2014 jako výstup projektu společnosti ILA, s.r.o. financovaného ze strukturálních fondů (konkrétně Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost) s názvem *Vývoj metodiky pro evaluaci a modifikaci domácího prostředí osob se zdravotním postižením za účelem zvýšení jejich zaměstnatelnosti*. Tato metodika byla inspirována zahraničními hodnotícími nástroji, zejména nástrojem Housing Enabler, a vytvořena ve spolupráci se zahraničními partnery z University v Lundu ve Švédsku a rehabilitačním centrem „*Centro de Reabilitação Profissional de Gaia*“ v Portugalsku (Macháčová a kol., 2014). Na tvorbě metodiky a jejím testování se významnou měrou podíleli i čeští ergoterapeuti a Česká asociace ergoterapeutů, která byla partnerem projektu (Macháčová a kol., 2014; ILA, s.r.o., 2017).

Metodika SEMAFOR home umožňuje objektivní kvantitativní posouzení závažnosti bariér v domácím prostředí osob s motorickým postižením s ohledem na jejich specifickou disabilitu, preference a využívání kompenzačních pomůcek. Hodnocení pomocí této metodiky provádí odborník v domácím prostředí klienta.

Subjektivní část dotazníku se zaměřuje na spokojenost hodnoceného s vykonáváním každodenních činností v domácnosti. Je členěna do 12 sekcí (vstup do obydlí, koupelna, kuchyň a prostor pro stravování aj.) a obsahuje celkem 29 otázek. Tuto část vyplňuje klient samostatně, s dopomocí asistenta, či asistent nebo odborník na základě odpovědí klienta (Macháčová, 2014). Posouzení vhodnosti použití této části u konkrétního klienta je na odborníkovi, který hodnocení provádí (Macháčová a kol, 2014). K hodnocení v této části slouží číselná stupnice v rozmezí 1 – 4, kdy 1 = velmi spokojen(a), 2 = spíše spokojen(a), 3 = spíše nespokojen(a), 4 = velmi nespokojen(a). V případě že klient danou činnost neprovádí, protože nemá zájem a/nebo potřebu, volí možnost „x“ (Macháčová a kol. 2014).

Specifikem objektivní části metodiky SEMAFOR home je princip hodnocení, který u každé z 89 položek zohledňuje aspekt, jak často je nutno danou bariéru překonávat (četnost) v kombinaci se závažností bariéry. Závažnost bariéry je kvantitativně

hodnocena na stupnici 0-3, což ve zkratce představuje: 0= nerelevantní, 1= bariéra překonatelná se zvýšeným úsilím či pomůckou, 2= bariéra překonatelná s adekvátní dopomocí druhé osoby, 3= bariéra nepřekonatelná ani s adekvátní dopomocí druhé osoby. Zmiňovaná četnost potřeby překovávat bariéru je pak hodnocena čísly 0-5, kde představuje 0= není relevantní, 1= maximálně 1x měsíčně, 2= maximálně 1x týdně, 3= více než 1x týdně, 4= alespoň 1x denně, 5= více než 1x denně. Výsledné objektivní zhodnocení závažnosti bariér je dáno součinem četností a závažností u jednotlivých položek. K metodice byl vytvořen také elektronický formulář, jehož objektivní část má funkci automatického vyhodnocení a barevného zvýraznění jednotlivých bariér. Nejzávažnější bariéry jsou tak připodobněním k barvám semaforu označeny červeně, středně závažné oranžově a nejméně závažné zeleně. (Macháčová a kol., 2014)

Metodika SEMAFOR home je již standardizovaným hodnotícím nástrojem. Validita metodiky byla prokázána již v dříve realizovaném projektu (ILA, s.r.o., 2017). V rámci v letošním roce (2018) dobíhajícího projektu (reg. č. CZ.07.1.02/0.0/0.0/16 023/0000114) pak došlo k ověření reliability, a to prostřednictvím ohodnocení 60 domácností. Hodnocení probíhalo vždy dvěma ergoterapeutkami/sociálními pracovníci hodnotícími stejnou domácnost nezávisle (ILA, s.r.o., 2017).

Za výhodu metodiky lze považovat aktuálnost (zveřejněna v roce 2014) a též skutečnost, že obsahuje jak objektivní část vyplňovanou odborníkem, tak subjektivní část vyplňovanou pacientem. Tím splňuje doporučení vyplývající ze studie Lien et al. (2016), která upozorňuje na potřebu zjišťovat i subjektivní názory klientů/pacientu při hodnocení domácího prostředí. Benefitem metodiky je dále fakt, že na jejím testování a vývoji se podíleli ergoterapeuti a na jejím rozvoji a rozšíření autorský tým stále pracuje. Významným pozitivem metodiky je její bezplatnost pro české uživatele, pro zahraniční uživatele je plánováno zpoplatnění formou prodeje licencí přes internet (ILA, s.r.o., 2017).

Co metodice v současnosti chybí je větší zavedení do praxe a ověření praktické využitelnosti její formy a výstupů. Dle vlastní zkušenosti autorky této práce nemusí být vždy tato forma hodnocení vhodná a v praxi využitelná. Příkladem je situace, kdy rodina/klient/terapeut nejsou nakloněni tak detailnímu hodnocení a hodnocení prostředí pomocí čísel a rozlišování stupňů je pro ně náročné a zdánlivě nepraktické. Hodnocení je poměrně složité a časově náročné, členka autorského týmu Čihařová (2018) ale uvádí, že tyto aspekty jsou na druhé straně vyváženy objektivitou nástroje. Navíc v porovnání se švédským nástrojem Housing Enabler, který hodnotí faktory prostředí v 161 položkách (Lien et al., 2016), má SEMAFOR home v objektivní části pouze 89 otázek.

Vzhledem k tomu, že byla metodika standardizována teprve na konci roku 2017, nebyly dosud publikovány nezávislé odborné články o jejím využívání. Vzbudila nicméně zájem i v zahraničí – v belgickém Gentu na Arteveldehogeschool je metodika SEMAFOR home součástí výuky od školního roku 2017/18 (Čihařová, 2018). Stejně tomu je i v České republice na Fakultě zdravotnických věd na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, kde začali metodiku vyučovat v rámci bakalářského studia ergoterapeutů v akademickém roce 2017/18. Zájem je i ze stran dalších českých univerzit – Západočeské univerzity v Plzni a Lékařské fakulty Univerzity Ostrava (Čihařová, 2018; ILA, s.r.o., 2017).

S ohledem na zájem o metodiku v zahraničí je plánována její prezentace na světovém kongresu WFOT 2018 (World Federation of Occupational Therapists) v květnu 2018 v Kapském Městě, Jihoafrická republika. Bude se jednat jednak o poster, který metodiku představí, a dále po celou dobu kongresu (4 dny) budou zástupci společnosti ILA k dispozici na veletrhu, který je doprovodným programem kongresu. Zde budou rozdávány letáky popisující tento nástroj a přístup k němu na internetu (Popis on-line aplikace, nedatováno), kde je k dispozici anglická verze aplikace. (Čihařová, 2018, ILA, s.r.o., 2017)

Ambicí tvůrců metodiky SEMAFOR home je prosadit toto hodnocení v mezinárodním měřítku. Součástí aktivit pro zviditelnění nástroje SEMAFOR home bude i zveřejnění článků v odborných impaktovaných časopisech. Nyní se rovněž připravuje ve spolupráci s patentovou a známkovou kanceláří ochranná známka na název a logo SEMAFOR home, a to jak pro ČR, tak pro zahraničí. Jiná ochrana duševního vlastnictví nepřipadá v daném případě v úvahu. V průběhu roku 2018 by rovněž měl být dokončen proces certifikace metodiky, a sice v dané oblasti působení pod Ministerstvem práce a sociálních věcí. Postup pro uznání a využití výsledku výzkumu druhu Nmet – certifikovaná metodika je k nalezení na stránkách MPSV (2017). (Čihařová, 2018; ILA, s.r.o., 2017)

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Další možnost popisu faktorů prostředí představuje Pfeifferem a Švestkovou do češtiny přeložená Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) (též v angličtině International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) (WHO, 2008). Používání této klasifikace je doporučeno Světovou zdravotnickou organizací. Jak název vypovídá, jde o systém, který komplexně klasifikuje funkční

schopnosti a disabilitu člověka. Jeho používání má za cíl „poskytnout jednotný, standardizovaný jazyk a rámec pro popis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují“ (WHO, 2008, s.15). Využívá k tomu klasifikaci pomocí kódu a kvalifikátorů (číslo za tečkou v každém kódu, které určuje stupeň zdraví nebo závažnosti problému) v jednotlivých komponentách, jimiž je mimo Tělesné funkce, Tělesné struktury a Aktivity a participace také komponenta s názvem Faktory prostředí (označena písmenem e).

Jak je v MKF uvedeno, „*Faktory prostředí vstupují do všech komponent funkční schopnosti a disability. Základní konstrukce faktorů prostředí je buď facilitující (usnadňující), nebo omezující (bariérová)*“ (WHO, 2008, s. 20). Facilitátory jsou kvalifikovány pomocí kvalifikátorů +0, +1, +2, +3, +4; bariéry pak 0, 1, 2, 3, 4. Tyto číselné hodnoty mají i slovní a procentuální vyjádření, kdy 0 – žádný facilitátor/bariéra a 4 – úplný facilitátor/bariéra. Hodnota +8 označuje „facilitaci nelze určit“, 8 „bariéru nelze určit“ a posledním specifickým kvalifikátorem je 9, která znamená „nelze aplikovat“.

Pozitivem MKF je fakt, že v rámci Faktorů prostředí nekóduje pouze fyzické faktory prostředí, jak je tomu v případě mnoha hodnotících nástrojů, ale zohledňuje i sociální a postojové aspekty. Faktory prostředí jsou organizovány do kapitol, jež dále obsahují jednotlivé domény:

- Kapitola 1: Produkty a technologie,
- Kapitola 2: Přirozené prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí,
- Kapitola 3: Podpora a vztahy,
- Kapitola 4: Postoje,
- Kapitola 5: Služby, systémy a principy řízení.

Z nedávných zahraničních studií popisujících využití MKF lze zmínit studii z Thajska, v rámci níž bylo prováděno hodnocení vnitřních a vnějších vlastností domácího prostředí a asistivních technologií seniorů na základě organizační struktury MKF (Putthinoi, Lersilp a Chakpitak, 2017). Pozitivní zkušenosti s použitím MKF pro řízení domácí zdravotní péče reflektuje dále Pimdee a Nualnetr (2017). Další příklad využití MKF popisuje americká studie Heinemanna et al. (2016), ve které sloužila MKF jako vzor pro zhodnocení a porovnání obsahového pokrytí položek nově vytvořeného nástroje Environmental Factors Item Banks (EFIB) a dalších 7 nástrojů. Z evropských studií lze pak zmínit studii z Itálie, která se soustředila na popis interakce mezi člověkem a prostředím a využila k tomu na MKF založený protokol (Francescutti et al., 2011).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl práce

V teoretické části práce bylo cílem přiblížit problematiku ergoterapeutického hodnocení domácího prostředí a představit existující nástroje pro hodnocení domácího prostředí, které jsou popisovány v odborných zdrojích a vybrané detailně popsat.

Hlavním cílem praktické části této práce bylo zjistit data z praxe o ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů v České republice (míru provádění, formu, aj.). Navíc pak získat vzorek dat od ergoterapeutů ze zahraničí a porovnat tato data s českými.

2.2 Hypotézy

H1: Většina dotázaných českých ergoterapeutů neprovádí v praxi domácí návštěvy.

H2: Dotázaní zahraniční ergoterapeuti provádí domácí návštěvy častěji než ergoterapeuti čeští.

H3: Většina dotázaných českých ergoterapeutů nepoužívá existující hodnotící nástroje pro hodnocení domácího prostředí.

H4: Dotázaní zahraniční ergoterapeuti používají existující nástroje pro hodnocení domácího prostředí častěji než ergoterapeuti čeští.

2.3 Metodologie

2.3.1 Typ výzkumu a metoda sběru dat

Vzhledem k záměru získat data od co největšího počtu ergoterapeutů a potvrdit či vyvrátit informace o ergoterapeutickém hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách, které jsou známy pouze ze zkušeností či ze zahraničních literatury, byl pro práci zvolen kvantitativní typ výzkum. Ten je uplatňován pro testování hypotéz o skupinách (Disman, 2011), jsou v rámci něho potvrzovány či falzifikovány teorie a je používán rychlý a přímočarý sběr dat (Hendl, 2005). Dle Hendla a Remra (2017, s.81) jde o výzkum, který je „nejčastěji spojován se statistickým šetřením“, což je výzkumný plán, který byl pro práci vybrán.

Statistické šetření „je typem neexperimentálního výzkumu“ (Hendl a Remr, 2017, s.137), což značí, že výzkumník se při něm nesnaží ovlivňovat sledované proměnné. Cílem je popsat populaci, a to prostřednictvím sběru dat o výběru z populace (Hendl, 2015). Odlišuje se od cenzu, ve kterém jsou k dispozici data od všech jednotek populace (Hendl, 2015; Hendl a Remr, 2017). Při statistickém šetření je zkoumáno „rozložení izolovaných proměnných, vztahy mezi proměnnými nebo trendy v čase. Šetření se snaží sbírat data co nejpřesnější a nejsprávnější. To kromě jiného znamená, že při opakovaném šetření v jiných okamžicích a na jiných místech lze výsledky porovnat. Vyznačuje se tím, že o každé jednotce získáme stejné informace“ (Hendl a Remr, 2017, s. 137).

Různé zdroje kategorizují výzkumné plány různými způsoby. Dle dalších možností členění, které popisuje Hendl (2015), lze výzkum této práce také označit jako: výběrové šetření, zjišťování (anglicky survey), observační studii či popisný výzkum.

Hlavní použitou metodou sběru dat byl dotazník, další informace byly doplněny z literární rešerše. Pro účely práce autorka vytvořila strukturovaný dotazník, jehož charakteristikou je sdílení respondentům ve shodné podobě s předem danými možnostmi odpovědí (Hendl a Remr, 2017). Tento typ byl vybrán, jelikož jde o nejčastěji používaný typ dotazníku u statistického šetření a jeho předností je ekonomický způsob získání dat i od rozsáhlého výběru (Hendl a Remr, 2017). Z hlediska metod administrace dotazníku byl upřednostněn online dotazník. Ten byl pouze jednorázově nabídnut i v tištěné české podobě na jednou ročně konané celostátní ergoterapeutické konferenci za účelem využití příležitosti setkání velkého množství ergoterapeutů na jednom místě.

2.3.2 Výzkumný soubor

Výběr vzorku

Výzkumný soubor této práce měla v ideálním případě představovat celá populace českých ergoterapeutů a k němu navíc aktivně reagující populace oslovených zahraničních ergoterapeutů z různých zemí. Reálně ale byli do výzkumu zahrnuti ergoterapeuti z výrazně užšího souboru českých ergoterapeutů, jelikož v současnosti neexistuje možnost plošného kontaktování všech registrovaných ergoterapeutů za účelem spolupráce na výzkumu.

V případě, že nelze oslovit celou žádanou populaci, je nutno vybrat způsob provedení výběrového šetření podmnnožiny členů dané populace (Hendl, 2015). V zájmu získání co nejrepresentativnějšího a nejobsáhlejšího vzorku odpovědí ergoterapeutů byly hledány cesty, jak účinně oslovit co nejvyšší počet pracujících ergoterapeutů. Vzhledem k obtížnosti získání uceleně osobních i pracovních kontaktů na konkrétní ergoterapeuty, byl výzkum nakonec cílen především na ergoterapeuty aktivní na ergoterapeutických sociálních sítích a reagující na e-maily s výzvami od ergoterapeutických asociací a na e-maily od autorky práce. Z hlediska metodologické terminologie lze tento vzorek označit jako typ skupinového vzorku (Walker, 2013).

Pro práci byla zvolena kombinace dvou způsobů výběrů výzkumného vzorku, které popisuje Hendl (2015): výběr na základě dostupnosti a výběr na základě dobrovolnosti. V případě výběru na základě dostupnosti jsou jedinci z populace osloveni například na jednom společném místě, kde se sdružují (Hendl, 2015). Takovými místy, i když nejde o místa v pravém slova smyslu, byly v případě této práce různé ergoterapeutické skupiny a jedna ergoterapeutická konference. U výběru na základě dobrovolnosti se jedinec sám rozhodne, zda na výzvu odpoví, či nikoliv. To bylo splněno protože vyplnění dotazníku nebylo vynutitelné, záleželo pouze na zájmu a aktivitě samotného terapeuta, jestli se výzkumu zúčastní.

Pro český i zahraniční dotazník byla aplikována shodná kritéria výběru pro možné pozdější porovnání:

- osoba v současnosti pracující jako ergoterapeut (tzn. ne student nebo starobní důchodce),
- dobrovolné zareagování na výzvu k vyplnění dotazníku,
- schopnost kompletně vyplnit dotazník dle instrukcí.

Oslovený vzorek českých ergoterapeutů – vzorek CZ

K datu 1.9.2017 bylo v České republice registrováno 1260 ergoterapeutů (Jelínková, 2017). Bližší informace o této populaci, jako je věkové a místní rozložení, dosažené vzdělání aj. nejsou veřejně přístupné. Z hlediska genderového zastoupení je z praxe očividné, že drtivou většinu českých ergoterapeutů představují ženy.

Ideální možnost oslovení a rozeslání dotazníku všem registrovaným ergoterapeutům v České republice by byla prostřednictvím *Národního centra ošetrovatelství a nelékařských a zdravotnických oborů* (NCO NZO). Toto centrum do září roku 2017 spravovalo registrace nelékařů a tím i kontakty všech registrovaných ergoterapeutů. Tato forma šíření dotazníku ale nebyla možná. Na prosbu o spolupráci při šíření dotazníku byla obdržena odpověď, že na základě zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů nemá registr oprávnění k požadovaným úkonům. Od září 2017 navíc došlo ke změně, registr NCO NZO byl zrušen a údaje v současnosti (na jaře roku 2018) spravuje nově vytvořený *Národní registr zdravotnických pracovníků* (NRZP), který zatím prochází vývojem a není přístupný pro individuální zdravotnické pracovníky.

Cesta oslovení ergoterapeutů byla dále hledána v hlavní profesní asociaci sdružující ergoterapeuty České republiky s názvem *Česká asociace ergoterapeutů* (ČAE). Členství v ČAE je dobrovolné a členy se mohou stát již studenti ergoterapie. Z celkového počtu ergoterapeutů bylo na konci roku 2017 jejími členy pouze 194 osob (Jelínková, 2017). Asociace ČAE a její pracovníci jsou nakloněni rozvoji ergoterapie a šíření dotazníků pro tuto práci ochotně a významně podpořili více způsoby.

Prvním způsobem bylo **oslovení členů asociace prostřednictvím e-mailů** z asociační e-mailové adresy. Odkaz na dotazník byl také **e-mailem rozeslán na Seznam ergoterapeutických pracovišť** – tzn. 213 aktualizovaných kontaktů ergoterapeutů z různých pracovišť, které sumarizovala pracovní skupina ČAE jako výsledek své iniciativy na podzim roku 2017. Třetí způsob, jak ČAE podpořila sdílení dotazníku, byla propagace a **poskytnutí prostoru pro šíření dotazníku na 29. celostátní ergoterapeutické konferenci** v Ostravě, kde byla k dispozici tištěná podoba dotazníku. Na konferenci bylo v průběhu dvou dní přítomno 106 účastníků.

Šíření online dotazníku bylo dále soustředěno na příznivce českých **ergoterapeutických sociálních sítí**, výzvy k vyplnění byly opakovaně zveřejněny na facebookové stránce ČAE (k 15.1.2018 měla 764 příznivců) a autorka práce také umístila příspěvek s odkazem na dotazník v další nezávislé facebookové skupině *Ergoterapeuti z ČR* (k 15.1.2018 měla 801 příznivců).

Další oslovenou skupinou byli **někteří studenti a absolventi ergoterapie**. Autorka kontaktovala s prosbou o sdílení dotazníku zástupce všech čtyř českých vysokých škol, kde je ergoterapie studijním oborem – kromě Západočeské univerzity v Plzni byl dotazník rozposlán alespoň na některé kontakty studentů či absolventů z každé univerzity. Přesný počet takto oslovených kontaktů není znám. Nelze ale předpokládat, že by studenti zajistili velký počet odpovědí v dotazníku. Snaha byla tímto krokem cílena především na absolventy a studenty magisterského oboru ergoterapie, ti totiž již na rozdíl od bakalářských studentů často pracují v oboru a tím splňují kritérium pro vyplnění dotazníku.

Oslovený vzorek zahraničních ergoterapeutů – vzorek AJ

Druhý zdroj získaných dat poskytli zahraniční ergoterapeuti. Rozšířit dotazník mezi zahraniční ergoterapeuty bylo nejlépe možné prostřednictvím velkých organizací sdružujících ergoterapeuty. Jakožto nejznámější evropské ergoterapeutické skupiny byly pro spolupráci osloveny asociace *The European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE) a rada *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (COTEC).

Zahraníční vzorek respondentů byl tedy tvořen členy a příznivci ENOTHE a COTEC, jež zareagovali na jejich výzvy k vyplnění dotazníku. Tyto výzvy byly propagovány více způsoby. Jedním bylo šíření prostřednictvím facebookových skupin, které byly sledovány 1553 (COTEC) a 2927 (ENOTHE) příznivci (k datu 18.2.2018). Příspěvek o dotazníku byl z těchto skupin jejími členy dále viditelně sdílen (COTEC 13 sdílení, ENOTHE 31 sdílení), a to jak jednotlivcům, tak také do několika dalších facebookových skupin sdružující ergoterapeuty z Malty, Slovinska, Belgie, Itálie, Irska, Španělska a Portugalska. Dotazník byl publikován také na Twitteru skupiny ENOTHE, kde mohl být teoreticky viděn přibližně 1500 příznivci. V porovnání s Facebookem byla v případě Twitteru zaznamenána výrazně menší míra ohlasu a šíření (pouze jedno sdílení).

Kromě **sociálních sítí** ENOTHE výzvu zveřejnila svým členům v informačních novinkách s názvem *ENOTHE General Assembly and updates – September 2017* a **email** s odkazem na dotazník byl rozeslán na 207 e-mailových adres do 103 **členských institucí** ENOTHE. Tyto adresy zahrnovaly reprezentanty a vedoucí ergoterapie z každé instituce. Rada COTEC výzvu s průvodním oslovovacím textem autorky odeslala svým třiceti členským organizacím. V závislosti na získaných odpovědích bylo navíc později autorkou

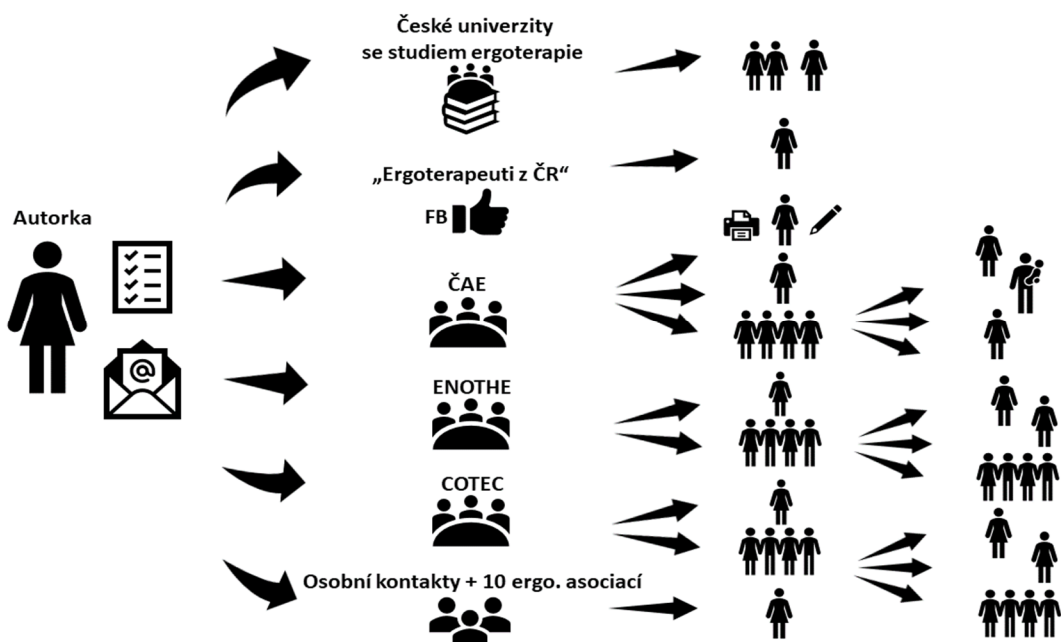
osloveno e-mailem **deset vybraných zahraničních ergoterapeutických asociací** (viz Kapitola 2.3.4).

Dále bylo do výzkumného vzorku oslovených ergoterapeutů zahrnuto i **10 ergoterapeutek a 1 ergoterapeut – osobní kontakty** autorky ze Švédska, Izraele a z Kanady (jeden kontakt). Tito ergoterapeuti nemají speciální vztah k hodnocení domácího prostředí, pro účel této práce byly osloveni elektronickými zprávami a současně byly požádáni o další sdílení dotazníku. Několik ojedinělých kontaktů bylo dále kontaktováno prostřednictvím šesti studentek ergoterapie, které absolvovaly zahraniční stáž v rámci ERASMUS+ programu a které autorka oslovila s prosbou o sdílení dále.

Z metodologického hlediska byla aplikována tzv. metoda „sněhové koule“ (snowball sampling). Jde o techniku získávání výběrového souboru „*na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy*“ (Rada Evropy, 2003, s. 19). Tato metoda je nejčastěji aplikována u tzv. skrytých populací (zejm. drogově závislých), o kterých není možné získat informace jinými metodami (Rada Evropy, 2003). Populace ergoterapeutů také vykazuje znaky skryté populace, protože z důvodů ochrany osobních údajů a neexistence seznamu kontaktů nejsou jednotliví ergoterapeuti také přímo dosažitelní. Schéma demonstrující princip šíření dotazníku této práce a aplikaci metody sněhové koule lze vidět na Obrázku 2.3.2-1.

Celkový počet dotazníků – vzorky CZ + AJ

Z tištěných českých dotazníku bylo od přítomných 106 účastníků ergoterapeutické konference získáno 20 vyplněných dotazníků. Z tohoto počtu bylo **8** vyplněno zcela správně a začleněno do výzkumu (přepsány do online formuláře pod pořadovými čísly 69 až 76). Ve zbylých 12 dotaznících respondenti chybovali při vyplnění (přeskočili některé otázky či je vyplnili jinak, než bylo uvedeno v zadání). S chybně vyplněnými dotazníky lze nakládat různými způsoby, jednou z možností jsou metody imputace, kdy se výzkumník snaží chybějící odpovědi odhadnout na základě ostatních odpovědí respondenta (Hendl a Remr, 2017). Další možností je vyloučení pouze těch respondentů, kteří chybovali v zásadních proměnných, ze kterých jsou stanovovány závěry (Hendl a Remr, 2017). Jelikož jsou v této práci představována zjištěná data ze všech kategorií dotazníku, byla zvolena třetí možná varianta – 12 tištěných dotazníků, ve kterých chyběl údaj či byly vyplněny v rozporu se zadáním, bylo ze vzorku vyloučeno.



Obrázek 2.3.2-1. Schéma principu šíření dotazníku této práce metodou sněhové koule. Dotazník byl v první řadě šířen několika cestami dostupným ergoterapeutickým kontaktům (univerzity, ergoterapeutické asociace (ČAE, ENOTHE, COTEC), facebooková skupina Ergoterapeuti z ČR, osobní kontakty aj.). Tyto kontakty následně sdíleli dotazník dál svým členům a známým. Jedna postava ve schématu symbolizuje šíření dotazníku skupině jednotlivců (například na soukromé e-maily členů asociace), zatímco více postav představuje skupiny ergoterapeutů (asociace, instituce, ergoterapeutické pracoviště aj.).

Od celého výše popsaného osloveného výzkumného vzorku (vzorky CZ+AJ), bylo celkem sumarizováno **144** kompletně vyplněných českých dotazníků (136 online + 8 tištěných) a **135** anglických online dotazníků. Procentuální návratnost nelze stanovit, jelikož vzhledem k charakteru šíření dotazníku není přesně znám počet oslovených ergoterapeutů.

2.3.3 Představení dotazníku

Dotazník byl podáván respondentům bez přítomnosti tazatele, což je z hlediska zatížení respondenta nejnáročnější metoda, jelikož klade největší nároky na jeho samostatnost a porozumění otázkám (Hendl a Remr, 2017). Vzhledem k tomu, že byl dotazník cílen na ergoterapeuty, nebyla tato nevýhoda brána jako klíčová. Lze totiž předpokládat, že velká část z nich dosáhla vysokoškolského vzdělání (na

základě podmínek pro výkon povolání) a vykazuje tedy dobré kognitivní schopnosti pro samostatné vyplnění dotazníku. Upřednostněnou metodou dotazování byl online dotazník, jelikož jde o v současnosti převažující metodu, která přináší mnoho výhod – je rychlá, nenákladná, umožňuje získat velké množství dat která mohou být z větší části nezkrácená a dává respondentům šanci se v klidu zamyslet nad odpověďmi (Hendl a Remr, 2017).

Tvorba otázek dotazníku proběhla na základě předchozí rešerše literatury a tím vytipování oblastí vztahujících se k tématu. Dotazník se skládal z kombinace uzavřených a polootevřených otázek, pouze jedna otázka byla čistě otevřená. V dotazníku byly tedy respondentům předem předdefinovány očekávané možnosti odpovědí. Pro případ, kdy tyto kategorie nepokryly jejich odpověď či si nebyli jisti do jaké kategorie jejich odpověď spadá, byla v řadě odpovědí umožněna otevřená odpověď prostřednictvím možnosti „jiné“. Zde mohl respondent svoji odpověď slovně vypsát. V odpovědích byla umožněna volba jedné či více odpovědí v závislosti na konkrétní otázce.

Dotazník byl dle doporučených náležitostí dotazníku opatřen doprovodným textem (Hendl a Remr, 2017). Základní informace byly součástí samotného úvodu dotazníku (zaměření a účel dotazníku, jméno autorky a název diplomové práce), dále byl oslovovací text přidáván v různých formách do textů zasílaných e-mailů, příspěvků na sociálních sítích a k místu s tištěnými dotazníky.

Jak radí Hendl a Remr (2017), po vydefinování otázek je dalším krokem tvorby dotazníku získání zpětné vazby pro určení relevance otázek. Kromě testování samotnou autorkou byl dotazník konzultován s vedoucí práce, statistikem a další ergoterapeutkou, která se toho času zabývala hodnocením pracovního prostředí. Na základě jejich komentářů došlo k úpravě formulací některých otázek i odpovědí. Po úpravě textových náležitostí otázek a odpovědí byl dotazník převeden do elektronické podoby, kde byl před zveřejněním upraven z hlediska návaznosti otázek.

Po zvážení dostupných bezplatných možností tvorby online dotazníkových šetření byla zvolena varianta Google Formuláře. Ten totiž v porovnání s dalšími možnostmi (Survio, Vyplňto.cz) nabízel více funkcí a větší variabilitu ve tvorbě odpovědí a jejich logické návaznosti a umožňoval také možnost podmíněných odskoků (Hendl a Remr, 2017), tzn. vynechat některé otázky v případě, že se k danému respondentovi na základě předchozích odpovědí nevztahují. Pozitivem bylo též automatické průběžné vykreslování jednotlivých otázek do grafů.

Výsledné použité formuláře dotazníků jsou k dispozici v Přílohách 5 (český) a 6 (anglický). Jak anglickou, tak českou verzi dotazníku tvořilo celkem sedm hlavních

kategorií. Zde jsou představeny prostřednictvím formulací, které byly použity v českém dotazníku (s výjimkou kat. č. 4, jejíž název je zjednodušen z důvodu lepší vypovídající hodnoty o jejím obsahu):

Sedm hlavních kategorií dotazníku:

1. Obecné informace o ergoterapeutovi a jeho práci,
2. Hodnocení domácího prostředí obecně,
3. Obecné otázky na domácí návštěvy,
4. Důvody neprovádění domácích návštěv,
5. Domácí návštěvy,
6. Hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy,
7. Vzdělání o hodnocení domácího prostředí ze studia.

V závislosti na odpovědích v jednotlivých částech mohl respondent díky podmíněným odskokům nevyplnit až dvě kompletní kategorie (číslo 5 a 6, či 4 a 6) v případech, že se ho kategorie na základě předchozích odpovědí netýkaly. Názorné schéma obsahu, členění a návaznosti dotazníku je na Obrázku 2.3.3-1.

Český dotazník obsahoval celkem 35 otázek. Anglický dotazník vznikl překladem českého, má tedy až na výjimky stejnou stavbu, návaznost, otázky i odpovědi. To umožňuje porovnání získaných dat s daty českými. Anglická verze dotazníku byla finalizována v době, kdy byl český dotazník již zveřejněn (a nebylo tedy možné ho měnit). Jelikož autorka odhalila v původním dotazníku drobné nedostatky (ve smyslu absence otázek či možností odpovědí), rozhodla se je v anglické verzi napravit a výsledkem bylo doplnění 6 možností odpovědí (v anglické verzi v ot. č. 5, 10, 11 a 17 – viz Příloha 6) a čtyř celých otázek v kategoriích 1,2 a 6:

Kat. 1.: Otázka na výši úvazku ergoterapeuta

Kat. 2.: Zda je používané hodnocení domácího prostředí standardizované

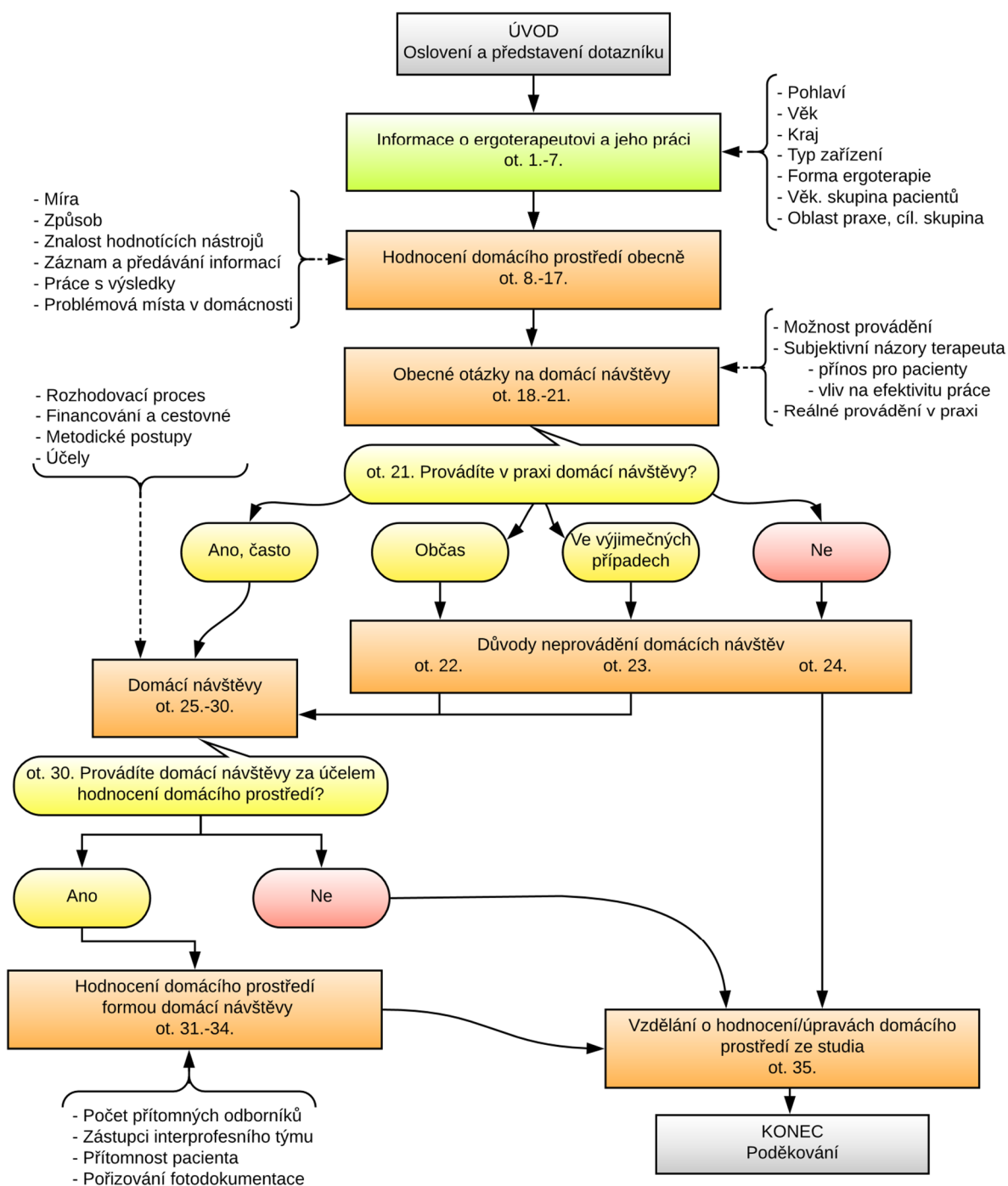
Kat. 6.: Nejčastěji používané metody hodnocení při hodnocení domácího prostředí za účelem domácí návštěvy

Kat. 6.: Doba/fáze kdy prováděna domácí návštěva za účelem hodnocení domácího prostředí (během hospitalizace, na konci hospitalizace, po propuštění pacienta do domácího prostředí

Anglická verze dotazníku proto celkem obsahovala 39 otázek.

Dotazník ergoterapeutům o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěv pacientů/klientů

česká verze, 35 otázek



Obrázek 2.3.3-1. Schéma členění a návaznosti dotazníku. Zelený obdelník symbolizuje první kategorii dotazníku zjišťující informace potřebné pro charakteristiku výzkumného vzorku. Oranžové obdelníky zastupují dalších 6 hlavních kategorií dotazníku, které se týkají hodnocení domácího prostředí a domácích návštěv. Žluté bubliny značí klíčové otázky, na jejichž odpovědích (znázorněny ovály) závisí ne/přeskočení následující kategorie.

2.3.4 Časový sled šíření dotazníku

Dotazník byl vytvořen v průběhu jara roku 2017, nejprve v českém jazyce a později i v anglické verzi. Po jeho kontrole, testování a úpravě bylo 20. června 2017 zahájeno šíření dotazníku, který zůstal otevřen s možností vyplnění až do konce února roku 2018.

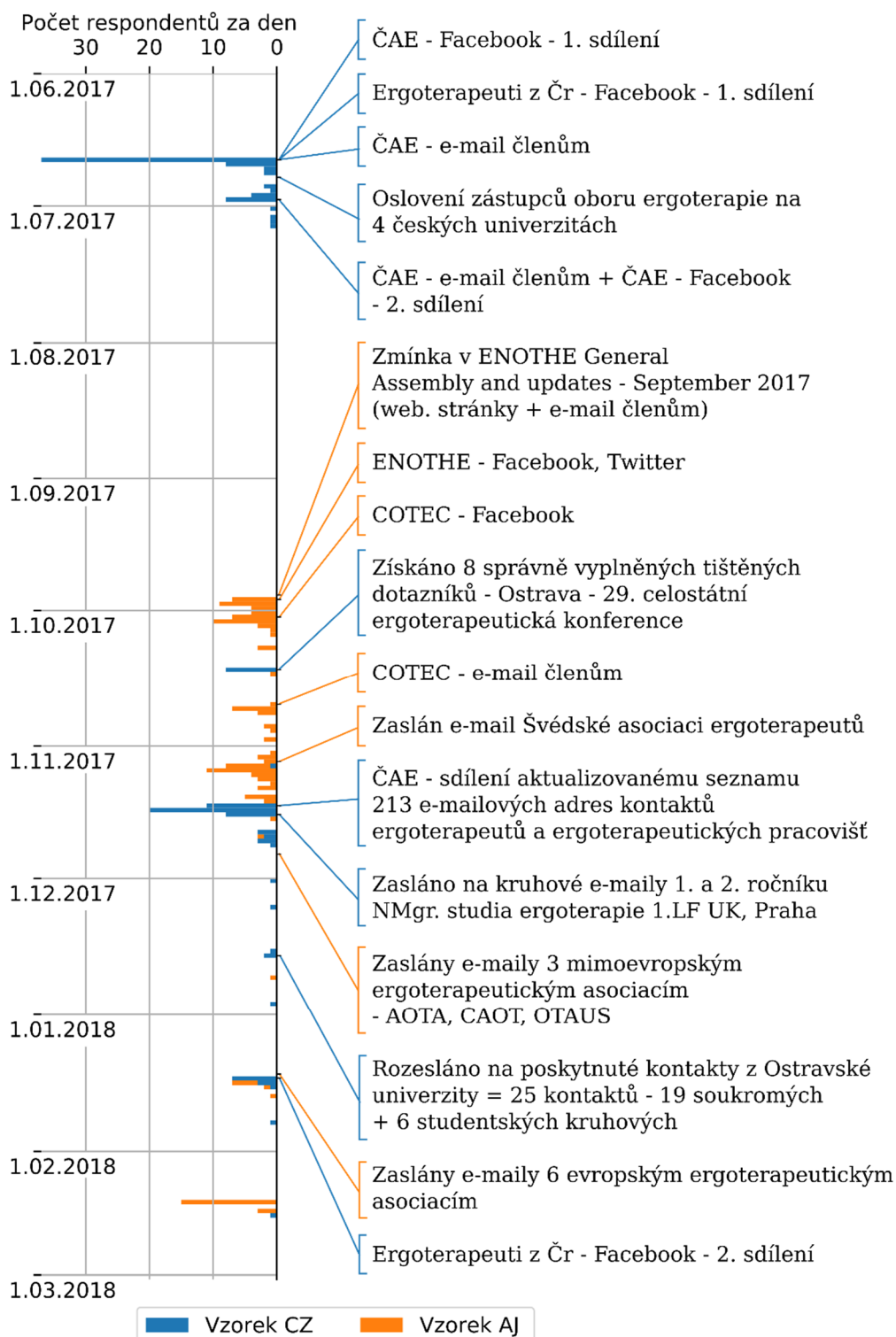
Nejdříve probíhalo šíření dotazníku prostřednictvím sociálních sítí a online distribuce e-maily mezi české ergoterapeuty za přispění ČAE. Později byly s anglickou verzí dotazníku osloveny mezinárodní organizace sdružující ergoterapeuty COTEC, ENOTHE a další zahraniční kontakty. Česká verze dotazníku byla sdílena vícekrát prostřednictvím e-mailů od České asociace ergoterapeutů svým členům a také dvakrát ve facebookových skupinách České asociace ergoterapeutů a Ergoterapeutů z ČR.

Průběh a nárůst získaných odpovědí ve vztahu k uskutečněným aktivitám pro šíření dotazníku znázorňuje Graf 2.3.4-1. Zde je u většiny kroků (sdílení, oslovení organizací) dobře pozorovatelná korespondence s nárůstem odpovědí. Některá sdílení (zejména třetí fáze sdílení dle dříve uvedeného schéma metody sněhové koule – Obrázek 2.3.3-1), ale probíhala zřejmě s odstupem v neznámém rozsahu a termínech a jejich projevy v datech lze tedy pouze odhadovat. Obecně nejvíce odpovědí respondentů bylo získáno v období konce června a průběhu podzimu roku 2017.

V průběhu podzimu byly hledány další možnosti oslovení ergoterapeutů. Dne 14. listopadu byl dotazník rozeslán prostřednictvím ČAE na nově aktualizovaný seznam českých kontaktů ergoterapeutů a ergoterapeutických pracovišť. Tato aktivita se v počtu získaných dotazníků projevila výrazně, mezi 14.-15. listopadem bylo získáno 25 nových odpovědí. Dne 16. listopadu pak také proběhlo e-mailové sdílení dotazníku studentům 1. a 2. ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie na 1. LF UK, tudíž následný nárůst odpovědí mohl být způsoben i jejich přičiněním (po rozeslání e-mailu 16.11. byly vyplněny 3 odpovědi respondentů ve věkové kategorii do 25 let).

Tištěná verze dotazníku byla nabízena k vyplnění na 29. celostátní ergoterapeutické konferenci 13. a 14. října 2017 v Ostravě.

Na závěr, v období listopadu 2017 a půlky ledna 2018, bylo prostřednictvím oficiálních e-mailových adres osobně autorkou kontaktováno deset vybraných státních ergoterapeutických asociací různých zemí (Německo, Rakousko, Francie, Dánsko, Švédsko, Velká Británie, Rusko, USA, Kanada a Austrálie). Výběr těchto konkrétních zemí proběhl na základě dosavadních zahraničních odpovědí na dotazníky,



Graf 2.3.4-1. Časový sled šíření dotazníku. Data pro tvorbu grafu byla převzata z reálného souboru získaných odpovědí. V grafu jsou spojena s aktivitami (vpravo), které byly v danou časovou dobu podniknuty. Největší nárůst českých odpovědí je patrný z prvního sdílení dotazníku v červnu. Zahraniční nárůst odpovědí je spojen se sdílením organizacemi ENOTHE a COTEC (konec září, začátek října), další vrchol v průběhu první poloviny listopadu lze spíše než sdílení Švédské asociaci ergoterapeutů přisuzovat respondentům, ke kterým se dotazník dostal s časovým odstupem druhým sdílením prostřednictvím ergoterapeutických asociací a zařízení (členové ENOTHE a COTEC).

z kterých vyplývalo, že z těchto zemí dotazník nevyplnili žádní či pouze ojedinělí zástupci. Z těchto deseti odeslaných e-mailů dostala autorka zpětnou vazbu pouze na jeden z nich, a to od AOTY s vyjádřením, že dotazníky svým členům nesdílejí.

Dle analyzovaných odpovědí lze odhadovat, že tato aktivita měla i bez zpětné vazby u některých asociací efekt, za nejvýznamnější lze považovat nárůst odpovědí německých respondentů který vzrostl ve dnech 12. a 14. února 2018 o 18 odpovědí. Na druhou stranu některé aktivity zřejmě efekt neměly, jednou v časové ose ani nezaznamenanou jednorázovou aktivitou bylo zaslání e-mailu *Asociaci domácí péče ČR* (5.11.2017) s prosbou o sdílení dotazníku ergoterapeutům. Na tento e-mail nebyla obdržena odpověď, ačkoliv byly v textu e-mailu položeny dva dotazy.

2.3.5 Etika výzkumu

Při tomto typu výzkumu nebyly respondenti v osobním kontaktu s autorkou práce a nebyly zjišťovány jejich citlivé údaje ve vztahu ke konkrétní osobě.

I tak bylo ale dbáno na základní etická pravidla. V průběhu celé tvorby práce byly dodržovány etické náležitosti zachování anonymity a ochrany údajů, o anonymizaci zjištěných dat byli respondenti informováni v úvodním textu dotazníku. Účast na výzkumu byla čistě dobrovolná.

2.3.6 Metody analýzy dat

Data byla z původního Google formuláře exportována do souboru formátu CSV a upravena do lépe organizované podoby pomocí programovacího jazyka Python. Zpracovaná data byla následně převedena do programu Microsoft Excel, kde byly z dat tvořeny grafy a tabulky. Nad daty byla následně provedena jak deskriptivní, tak i inferenční statistika. Technická stránka zpracování dat a statistická analýza byla provedena Ing. Pavlem Potočkem (absolventem programu Umělá inteligence na Českém vysokém učení technickém v Praze). V následujících odstavcích jsou popsány použité metody statistické analýzy.

Deskriptivní (popisná) statistika se zabývá charakterizací náhodných proměnných s použitím souhrnných veličin jako je průměr, medián, rozptyl nebo procentuální zastoupení (Walker 2013). V průběhu prezentace dat byly z této oblasti používány jak relativní četnosti vyjádřené v procentech, tak absolutní četnosti, a to závislosti na konkrétní vypovídající hodnotě.

Inferenční (usuzovací) statistika zobecňuje závěry na základě vzorku na celou populaci a dodává i zhodnocení spolehlivosti těchto závěrů. Proces statistického usuzování se dá rozdělit do čtyř kroků (Hendl, 2015):

1. formulace nulové statistické hypotézy;
2. zvolení přijatelné pravděpodobnosti chyby v rozhodování (hladiny významnosti α).
3. Vypočtení testovací statistiky p , porovnání s hladinou významnosti α .
4. Zamítnutí ($p \leq \alpha$) nebo nezamítnutí ($p > \alpha$) nulové hypotézy.

Předpokladem pro přesnost výsledků tohoto postupu je využití náhodného vzorku ve výběrovém šetření. Toto je však ideál, který je ve většině studií prakticky nedosažitelný (Hendl, 2015). To platí i u dotazníkového šetření. I kdybychom sehnali seznam skutečně náhodných 1000 lidí, nelze je všechny přinutit, aby se výzkumu zúčastnili – to by bylo neetické (Walker, 2013).

Získání co nejrepresentativnějšího vzorku relevantní populace se autorka snažila zajistit více způsoby popsány v Kapitole 2.3.2. I přes to je třeba při interpretaci výsledků mít na paměti, že nenáhodnost vzorku může zkreslovat výsledky statistické inference.

Obvykle se volí hladina významnosti $\alpha = 0.05$. Tato hladina je však pro naše účely příliš vysoká, protože je použito velké množství statistických testů. Například pro 20 nezávislých testů na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ je pravděpodobnost neoprávněného zamítnutí nulové hypotézy v alespoň jednom testu rovna

$$P = 1 - (1 - \alpha)^{20} = 64\%.$$

Z tohoto důvodu byla zvolena nižší hladina významnosti $\alpha = 0.005$. Optimální hladinu významnosti nelze určit, protože neznáme závislosti jednotlivých použitých testů, hodnota $\alpha = 0.005$ ale dává na stejném příkladu 20 nezávislých testů mnohem rozumnější pravděpodobnost chyby, 11%.

Pro určení testovacích statistik byl použit Fisherův exaktní test pro kategorická data, Mann–Whitney U test pro ordinální data a binomiální test pro analýzu odchylky od očekávané binomiální distribuce. Fisherův exaktní test byl použit místo běžnějšího χ^2 testu proto, že χ^2 test vrací nepřesné hodnoty pro kontingenční tabulky s nízkými hodnotami. V přítomnosti nulových řádků nebo sloupců ho dokonce nelze použít vůbec. Protože se takové tabulky v této práci vyskytují, musel být použit Fisherův exaktní test, který je univerzálnější.

V rámci zpracování otevřených odpovědí v dotaznících byla využita kategorizace a kódování (Hendl, 2015). V některých případech, kdy slovní odpověď z možnosti „Jiné“ jednoznačně odpovídala některé stávající kategorii, do ní byla autorkou práce dodatečně přesunuta.

2.3.7 Charakteristika výzkumného vzorku

V této kapitole je uvedena charakteristika reálného výzkumného vzorku (vzorek CZ – 144 respondentů, vzorek AJ – 135 respondentů), od kterého byla získána data z vyplněných dotazníků. Tato data byla sesbírána prostřednictvím první kategorie dotazníku zjišťující informace o ergoterapeutovi a jeho práci. Kategorie obsahovala sedm otázek na: věk, pohlaví, místo práce (kraj nebo stát) ergoterapeuta, typ zařízení, formu poskytované ergoterapie, věkovou skupinu pacientů a cílovou skupinu pacientů. Pro přehlednost a možnost okamžitého porovnání jsou zjištěná data uvedena společně jak ze vzorku CZ, tak ze vzorku AJ.

Pohlaví a věk

V obou získaných vzorcích výrazně převládaly ženy – v českých odpovědích šlo dokonce o 100% zastoupení žen (tedy všech 144) v anglickém dotazníku pak o 91,9% žen (124) a 8,1% (11) zahraničních mužů.

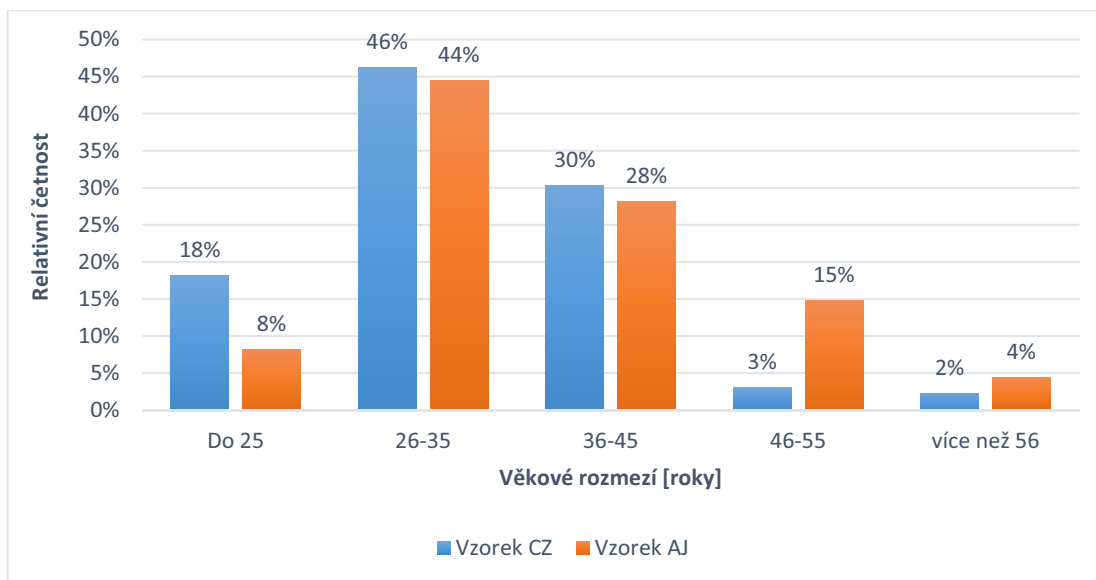
Z hlediska věkového rozvrstvení měla v obou vzorcích nejvyšší zastoupení věková skupina 26-35 let (CZ 46%, AJ 44%), nejnižší zastoupení nejstarší skupina – 56 a více let. Procentuální zastoupení dalších kategorií přibližuje Graf 2.3.7-1.

Místo práce ergoterapeuta – kraj/stát

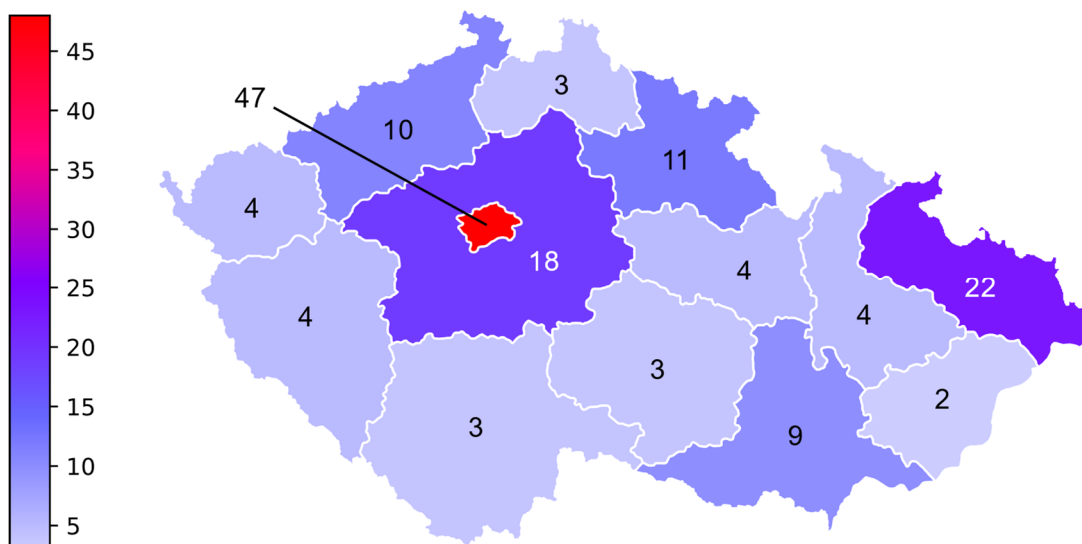
Zjišťováno bylo místo pracoviště respondentů. V případě vzorku CZ šlo o otázku na kraj, v případě vzorku AJ o dotaz na stát, ve kterém dotázaní ergoterapeuti pracují. U vzorku CZ bylo největší zastoupení odpovědí získáno od pražských ergoterapeutů (47), na druhém místě se umístil Moravskoslezský kraj (22), na třetím Středočeský kraj (18). Nejmenší počet odpovědí byl naopak obdrženo ze Zlínského kraje (2). Početní zastoupení českých respondentů v krajích je znázorněno Grafem 2.3.7-2.

Ve vzorku AJ dosáhly největšího zastoupení ergoterapeuti ze Švýcarska (23), následovali němečtí ergoterapeuti (20) a třetí největší vzorek byl získán z Itálie, Izraele a Velké Británie (10 respondentů/stát).

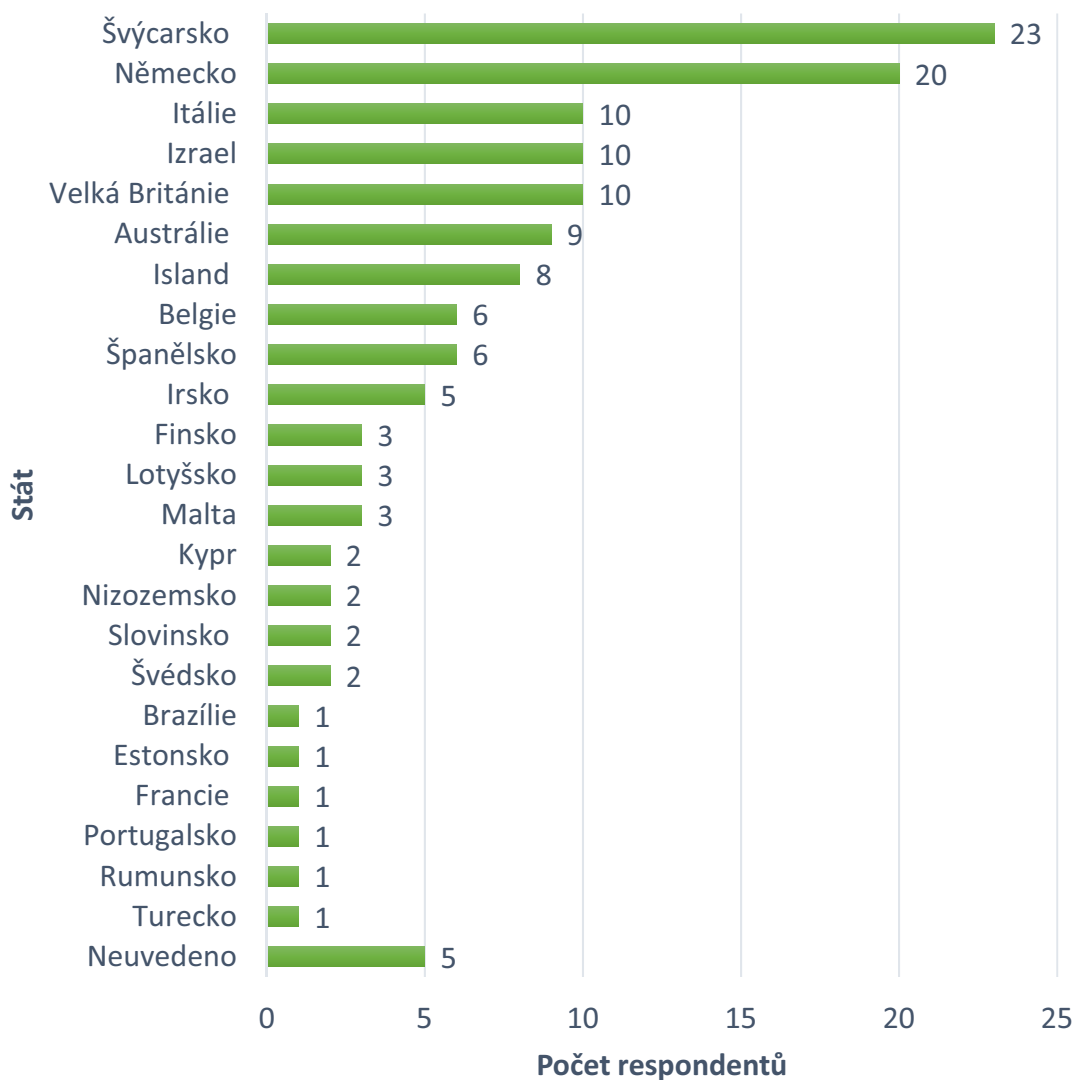
Vzorek byl celkem tvořen ergoterapeuty z 23 zemí, převládala účast evropských států, z mimoevropských zemí bylo získáno celkem 21 odpovědí (Izrael, Austrálie, Brazílie a Turecko). Zastoupení zahraničních respondentů dle států je uvedeno v Grafu 2.3.7-3.



Graf 2.3.7-1. Věkové zastoupení respondentů vzorku CZ a AJ.



Graf 2.3.7-2. Geografická distribuce českých respondentů. Barvy a čísla znázorňují absolutní počet respondentů v daném kraji.



Graf 2.3.7-3. Distribuce zahraničních respondentů dle státu.

Typ pracoviště, forma ergoterapie a výše úvazku

Výše pracovního úvazku byla zjišťována pouze u vzorku AJ. Z dat vyplývá, že 65,2% (88) dotázaných respondentů pracuje na plný úvazek, 31,1% (42) na částečný úvazek, zbylých pět respondentů své odpovědi roztržilo do možnosti rodičovská dovolená (2) a do možnosti „jiné“ jako samostatně výdělečně činný (2), různé (1).

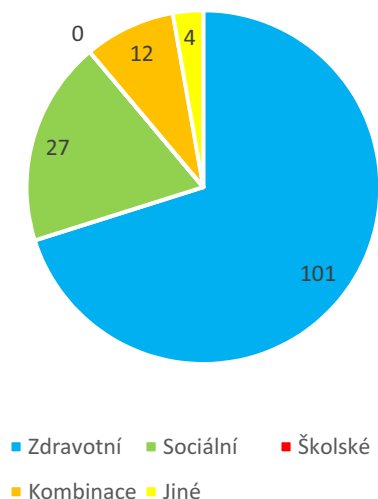
Z hlediska typu pracoviště v obou vzorcích dominovali ergoterapeuti ze zdravotnických zařízení, v českém vzorku bylo vyšší početní zastoupení ergoterapeutů ze sociální sféry (28) než u zahraničního vzorku (11), část terapeutů obou vzorků uváděla kombinace více typů zařízení. Zahraniční ergoterapeuti měli v této otázce navíc k dispozici možnost „statní“ či „soukromé“ zařízení. V této otázce bylo možno volit více

odpovědí, ale respondenti často zvolili pouze jednu variantu a celkem označilo pouze možnost soukromého zařízení 38 respondentů a pouze státního zařízení 13 respondentů. Detailní počty znázorňuje Graf 2.3.7-4.

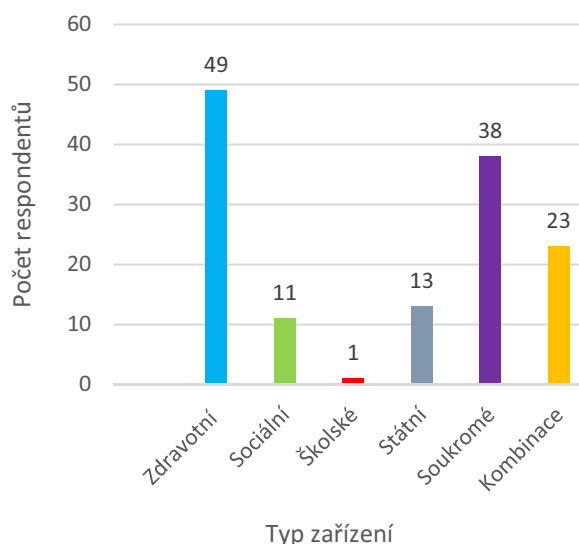
Dle formy poskytované ergoterapie ve vzorku CZ převládali ergoterapeuti poskytující samostatně či kombinovaně lůžkovou (94) a ambulantní (78) ergoterapii. Čistě terénní ergoterapii poskytovalo jen 9 českých respondentů, kombinaci terénní ergoterapie s dalšími formami uvedlo navíc celkem 8 respondentů, což celkově tvořilo 17 (12%) českých ergoterapeutů. K variantě „jiné“ se přiklonili 3 respondenti („pobytová“, „lázeňská“ a „terapeutická dílna“), dalších 6 respondentů uvedlo kombinaci nabízené varianty ambulantní ergoterapie s možností „jiné“, kde se v různých formách opakovala odpověď „stacionář“.

Naproti tomu u vzorku AJ bylo v poměru ke vzorku CZ patrné **výrazně vyšší početní zastoupení terénní formy ergoterapie** (v AJ verzi „home care“). Tuto variantu, ať samostatně či i kombinovaně s dalšími formami uvedlo celkem 66 (49%) zahraničních respondentů. To bylo více než celkový počet respondentů provádějících lůžkovou ergoterapii (51) a méně než ambulantní ergoterapie (72). Čistě terénní ergoterapii zvolilo 27 respondentů. Přesné počty včetně kombinací forem poskytované ergoterapie obou vzorků znázorňují plochojevné Vennovy diagramy (Graf 2.3.7-5).

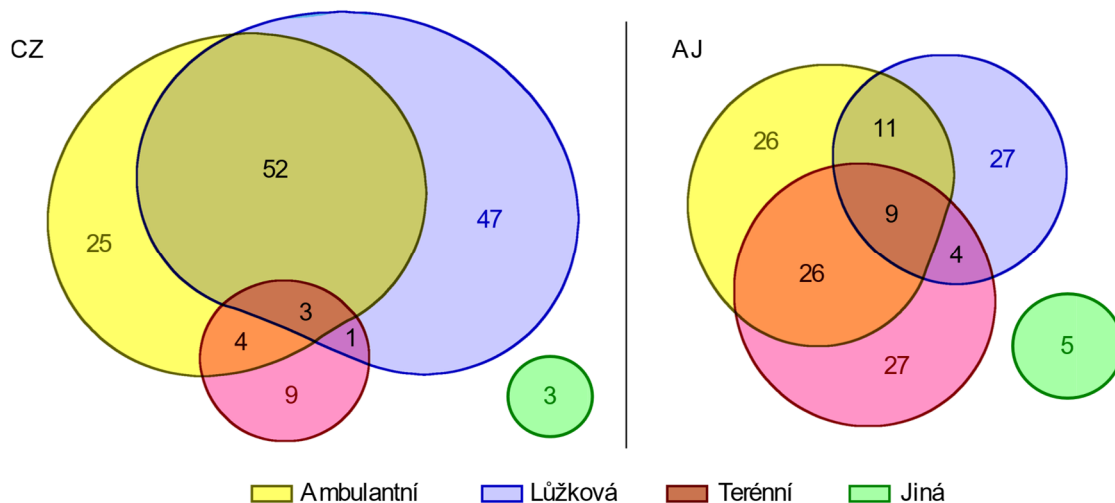
Vzorek CZ



Vzorek AJ



Graf 2.3.7-4. Typ pracoviště ergoterapeutů vzorků CZ a AJ. Číselné hodnoty udávají absolutní četnosti. V levém grafu bylo zastoupení možnosti „Školské“ nulové.

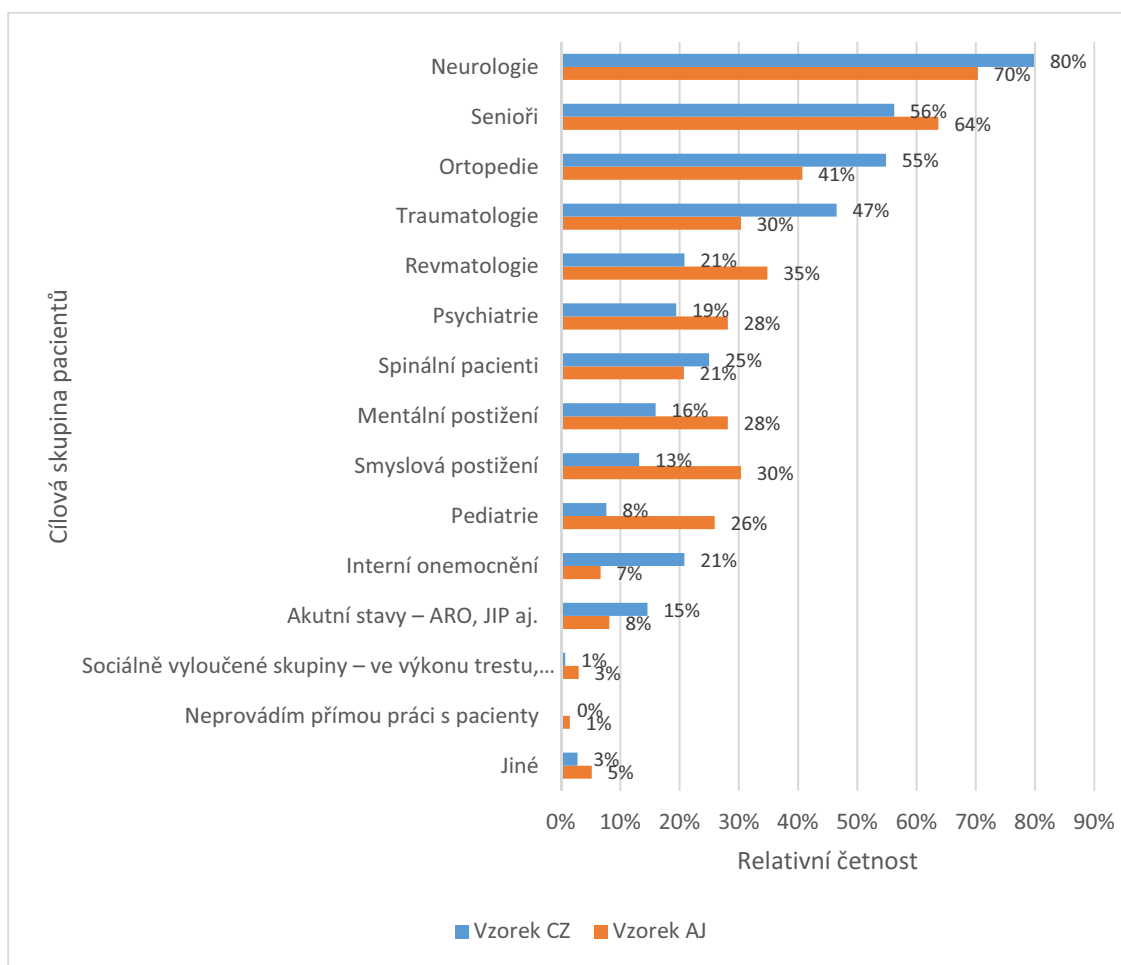


Graf 2.3.7-5. Forma poskytované ergoterapie – porovnání vzorků CZ a AJ. Obsah ploch odpovídá počtů respondentů, čísla znázorňují konkrétní počty respondentů (absolutní četnost), překryvy obrazců značí kombinaci forem ergoterapie.

Cílová skupina pacientů

Převládající věkovou skupinou pacientů, se kterou dotázaní ergoterapeuti nejvíce pracují, byla u obou výzkumných vzorků skupina dospělých (CZ 78%, AJ 79%), následovali senioři (CZ 73%, AJ 77%). S dospívajícími a dětskými pacienty pracovali výrazně více zahraniční respondenti (dospívající CZ 8%, AJ 32%, děti CZ 13% a AJ 33% respondentů).

Z hlediska diagnostické skupiny se oba vzorky shodly na prvních třech nejčastěji zastoupených cílových skupinách pacientů. Zcela nejvíce pracují respondenti s neurologickými pacienty (CZ 80%, AJ 70%). Druhou nejčastější cílovou skupinou byli u obou vzorků senioři, třetí ortopedičtí pacienti. Detailní procentuální zastoupení dalších cílových skupin u jednotlivých vzorků představuje Graf 2.3.7-6.

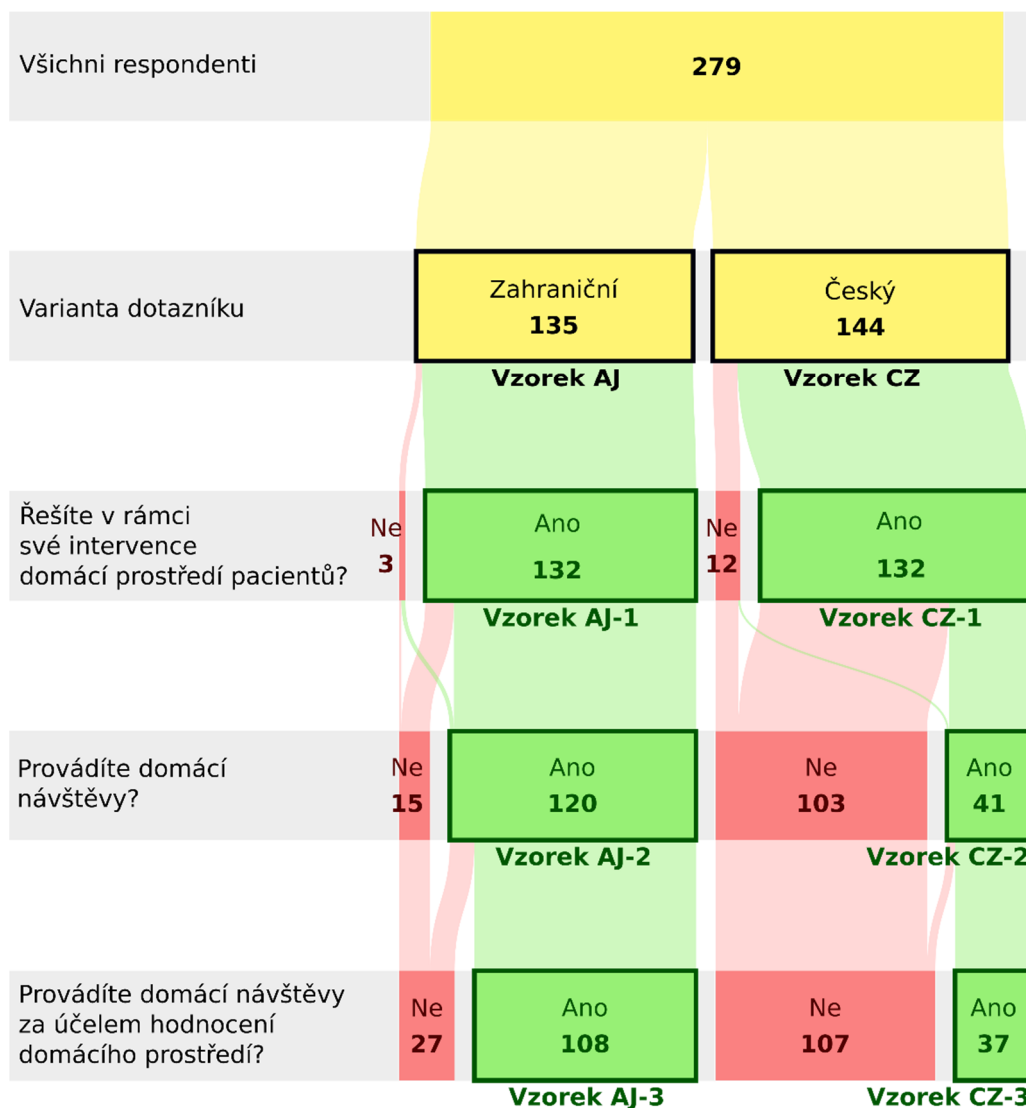


Graf 2.3.7-6. Nejčastější cílové skupiny pacientů dotázaných respondentů.

2.4 Výsledky

V této části jsou představeny české i zahraničí výsledky dotazníků. Pro přehlednost jsou uspořádány do dvou tematických celků: hodnocení domácího prostředí a domácí návštěvy. Z důvodu lepší orientace v představovaných datech a vzorcích, kterých se data týkají, byly vzorky respondentů označeny čísly 1, 2, 3. Není-li u názvu vzorku číslo a název je ve formátu „vzorek CZ“ a „vzorek AJ“, jedná se o data od celkového počtu respondentů, tedy 144 českých a 135 zahraničních respondentů.

Vzorky **CZ-1 a AJ-1** označují množiny respondentů, které dle odpovědí řeší v rámci své intervence (často, občas, zřídka kdy) domácí prostředí pacientů (tzn. nejen v rámci domácí návštěvy). Vzorky **CZ-2 a AJ-2** představují respondenty, jež provádí (často, občas, ve výjimečných případech) domácí návštěvy a ve vzorcích **CZ-3 a AJ-3** jsou zahrnuti ti, jež uvedli, že provádí domácí návštěvy za účelem hodnocení domácího prostředí. Přehled vzorků včetně počtů respondentů znázorňuje Obrázek 2.3.7-1.

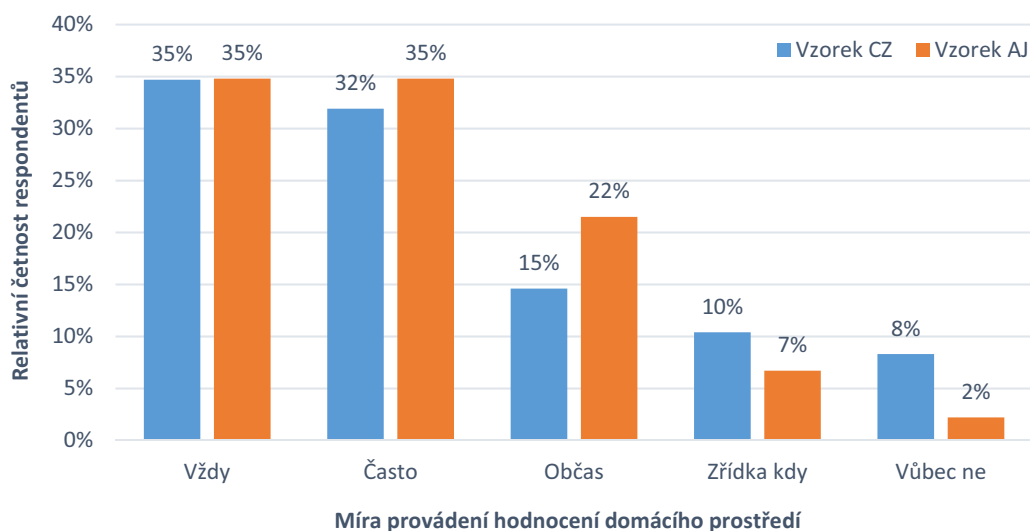


Obrázek 2.3.7-1. Schéma vzorků a jejich počtů respondentů.

2.4.1 Hodnocení domácího prostředí

Tato kategorie se soustředila na míru a způsob provádění hodnocení domácího prostředí ergoterapeutů (obecně znamená nejen v rámci domácích návštěv, ale i na pracovišti), dále na jejich znalost hodnotících nástrojů, záznam a předávání informací, práci s výsledky a také problémová místa v domácnosti.

Data ukazují, že u obou vzorků **řeší domácí prostředí pacientů v rámci své ergoterapeutické intervence více než třetina respondentů vždy** a další téměř třetina často. Další zjištěné údaje uvádí Graf 2.4.1-1. Rozdíly v míře řešení domácího prostředí mezi vzorkem CZ a vzorkem AJ nebyly statisticky významné (Mann-Whitney U test, $p = 0,45$).



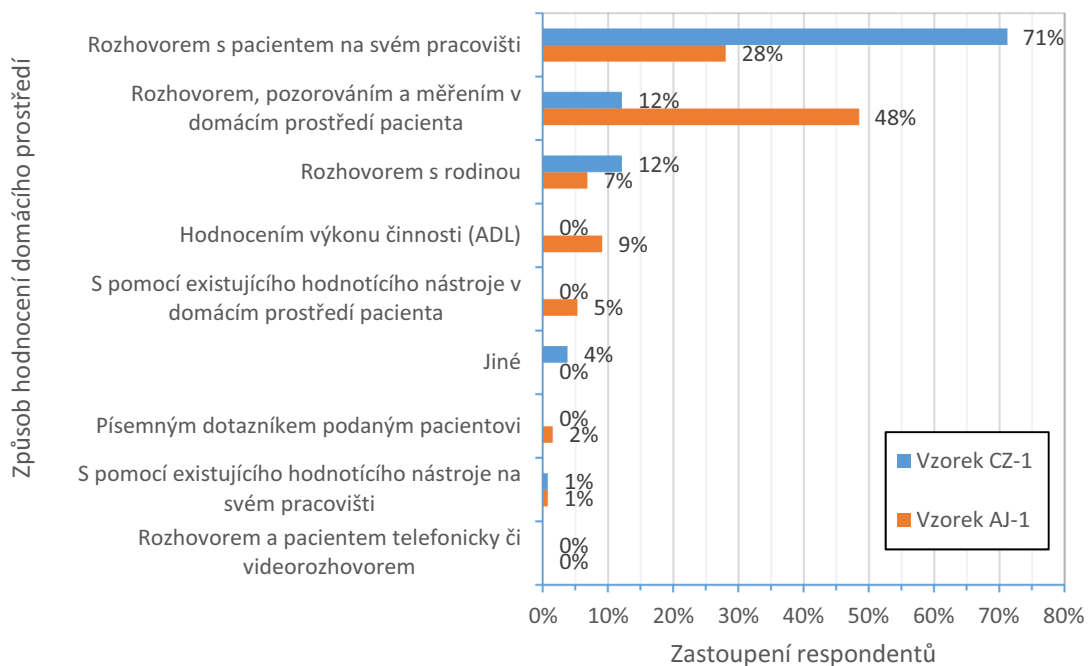
Graf 2.4.1-1. Míra řešení domácího prostředí pacientů v rámci ergoterapeutické intervence.

Variantu že **vůbec nehodnotí domácí prostředí**, uvedlo z kompletního českého vzorku **CZ** 12 respondentů, ze vzorku **AJ** se jednalo o nižší počet: 3 respondenty. Jelikož se následujících 8 otázek týkalo hodnocení domácího prostředí, odpovědi těchto respondentů byly v daných otázkách nerelevantní a byly proto z analýzy vyloučeny. Vznikl tak vzorek **CZ-1** (132 respondentů) a **AJ-1** (132 respondentů). Konkrétně se jedná o otázky na způsoby provádění hodnocení domácího prostředí (2 ot.), na standardizaci používaného hodnotícího nástroje (1 ot.), záznam a předávání výsledků hodnocení domácího prostředí (2 ot.), práce s výsledky (1 ot.), bariérová místa v domácnosti (2 ot.).

Způsob hodnocení domácího prostředí

Respondenti měli možnost volit různé varianty způsobů hodnocení rozlišující hodnocení prováděné jak v domácím prostředí pacienta tak na pracovišti. V rámci dvou zodpovězených otázek uváděli nejprve nejčastěji využívaný způsob (možná pouze jedna odpověď) a poté další používané způsoby hodnocení domácího prostředí (otázka s více možnými odpověďmi).

Z výsledků vyplývá, že **nejčastějším způsobem hodnocení domácího prostředí českými respondenty je rozhovor s pacientem na pracovišti**. U zahraničního vzorku při porovnání dominovala varianta **rozhovor, pozorování a měření v domácím prostředí pacienta**. Naopak nikdo z českých ani zahraničních respondentů nehodnotí prostředí pacientů telefonicky či videohovorem. Podrobná procentuální zastoupení všech možností znázorňuje Graf 2.4.1-2.



Graf 2.4.1-2. Nejčastější způsob hodnocení domácího prostředí.

Pozn.: odpověď „Hodnocení výkonu činnosti (ADL)“ byla k dispozici pouze vzorku AJ.

Dále byl porovnáván počet respondentů, kteří hodnotí domácí prostředí v domácím prostředí pacienta s těmi, jež hodnocení touto formou neprovádí. Výsledky jsou shrnuty v Tabulce 2.4.1-1. Výsledky vzorků CZ-1 a AJ-1 se statisticky významně lišily (Fisherův exaktní test, $p = 8 \cdot 10^{-20}$). Více než tři čtvrtiny zahraničních respondentů provádí hodnocení v domácím prostředí pacienta, zatímco z českých respondentů takto hodnotí jen necelá čtvrtina.

Další zkoumanou oblastí bylo hodnocení s pomocí hodnotícího nástroje. Zde se data respondentů statisticky také významně lišila (Fisherův exaktní test, $p = 8 \cdot 10^{-6}$). Existující hodnotící nástroje pro hodnocení domácího prostředí používá 40 zahraničních respondentů (30%) a pouze jedenáct českých respondentů (8%). Výsledky jsou uvedeny v Tabulce 2.4.1-2.

Mezi zahraničními respondenty bylo navíc zjišťováno, zda je jimi používaný hodnotící nástroj pro hodnocení domácího prostředí standardizovaný. Ze zmíněných čtyřiceti zahraničních respondentů uvedlo, že používaný nástroj je standardizovaný 14 respondentů, že není 20 respondentů, nevěděli 4 a poslední dva respondenti zvolili

Tabulka 2.4.1-1. Kontingenční tabulka zobrazující rozdíly mezi CZ-1 a AJ-1 vzorky v tom, zda respondenti provádějí hodnocení v domácím prostředí.

Hodnocení v domácím prostředí	Vzorek CZ-1	Vzorek AJ-1	CZ-1+AJ-1
Provádí	32	105	137
Neprovádí	100	27	127
Celkem	132	132	264

Tabulka 2.4.1-2. Kontingenční tabulka zobrazující rozdíly mezi CZ-1 a AJ-1 vzorky v používání hodnotících nástrojů.

Existující hodnotící nástroje	Vzorek CZ-1	Vzorek AJ-1	CZ-1+AJ-1
Používají	11	40	51
Nepoužívají	121	92	213
Celkem	132	132	264

možnost, že žádný nepoužívají, což nekorespondovalo s jejich předchozím tvrzením že používají existující hodnotící nástroj.

Znalost hodnotících nástrojů

U všech respondentů (vzorek CZ – 144; AJ – 135) byla zjišťována znalost existujících hodnotících nástrojů. U obou vzorků většina respondentů uvedla, že nezná žádný existující hodnotící nástroj určený k hodnocení domácího prostředí (CZ 69%, AJ 61%). Rozdíl mezi vzorky v této odpovědi nebyl statisticky významný (Fisherův exaktní test, $p = 0,21$). V případě českého vzorku zná 26% respondentů český nástroj, 10% zahraniční. Pro porovnání pouze 17% zahraničních respondentů zná nástroj vytvořený ve vlastní zemi a 27% zná zahraniční nástroj.

Respondenti dále nepovinně vypisovali názvy nástrojů/dotazníků/metodik určených k hodnocení domácího prostředí, které znají. Názvy relevantních a v anglických zdrojích identifikovatelných nástrojů vypsalo 43 českých respondentů (30%) a 31 zahraničních respondentů (23%). Tyto nástroje jsou shrnuty v Tabulce 2.4.1-3.

Jediným nástrojem, který v odpovědích uvedlo jak více českých (4) tak i více zahraničních respondentů (7) byl nástroj Housing Enabler. V jeho případě byl respondentům uznávan i nepřesný nebo neuplný název „Enabler“ apod. V českém vzorku dominoval nástroj SEMAFOR home (vypsán 34 respondenty), jiné relevantní názvy uvedlo jen sedm českých respondentů. V zahraničním vzorku nejvíce respondentů uvedlo *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání* (COPM) a to devět respondentů (jeden

Tabulka 2.4.1-3. Souhrn hodnotících nástrojů a modelů zaměřených na hodnocení domácího prostředí uvedených respondenty. Čísla v prostředních sloupcích udávají počet respondentů, kteří daný nástroj uvedli.

Uvedený hodnotící nástroj	Vzorek CZ	Vzorek AJ	Země zahraničních respondentů
SEMAFOR home	34	0	-
Housing Enabler	4	7	2x Belgie, 2x Lotyšsko, Itálie, Island, 1x neuvedeno
COPM, CMOP	0	10	6x Švýcarsko, 2x Německo, 1x Island, 1x Belgie
SAFER-HOME/ SAFER TOOL	2	1	Irsko
ICF	1	2	Švýcarsko
HOME FAST	1	1	Itálie
AMPS	1	1	Švýcarsko
MOHO	0	2	Švýcarsko, Německo
The Resident Assessment Instrument–Home Care (RAI-HC)	0	2	Island
Home assessment report	0	1	Austrálie
Residential Environment Impact Scale (REIS)	0	1	Izrael
WeHSA	0	1	Island
ErgoAssess	0	1	Švýcarsko
Novel photography-based home assessment protocol (PhoHA)	0	1	Švýcarsko

respondent uvedl model, ze kterého toto hodnocení vychází - CMOP – popsán v Kapitole 1.6) ačkoliv nejde o hodnocení, které by bylo specificky určené pouze k hodnocení domácího prostředí. Jde spíše o široce zaměřený nástroj k identifikaci priorit a cílů pacienta. V souvislosti s řešením domácího prostředí lze COPM například využít při hodnocení spokojenosti a výkonu pacienta před a po provedené úpravě prostředí (Stark, 2004).

Dále byly v odpovědích uvedené následující nástroje: *The Resident Assessment Instrument–Home Care (RAI-HC)* a *Residential Environment Impact Scale (REIS)*. Tyto nástroje nebyly v teorii této práce zmíněné, ale k tématu se vztahují. RAI-HC byl vyvinut

pro klinické účely pro koordinaci a individuální plánování domácí péče a služeb (Hawes et al., 2007) a bylo o něm publikováno více odborných prací (Fletcher a Hirdes, 2002; June, Lee a Yoon, 2009). REIS zjišťuje dopad rezidenčního prostředí na jeho obyvatele a slouží k vytvoření doporučení úprav tohoto prostředí (Svensson, Kåhlin a Kjellberg, 2017).

Jeden zahraniční respondent jako odpověď uvedl celý název článku Daniela et al. (2013), v němž byl hodnocen protokol *Novel photography-based home assessment protocol* (PhoHA). Další hodnocení *ErgoAssess* – určené k hodnocení ergonomie prostředí a bezpečnosti práce a *Home assessment report – australský formulář pro zhodnocení domácnosti a potřeby asistence* – je možno dohledat na australských webových stránkách (ErgoAssess, 2018; Home Assessment (Occupational Therapy) Report Template, 2017).

Mezi dalšími, v tabulce nejmenovanými, nástroji byly i dva cizojazyčné nástroje: VOTO a DEM-VOTO (2 belgičtí respondenti) a *Baremo de valoración de la dependencia* (BVD) (1 španělský respondent). O těchto nástrojích se v anglickém jazyce nepodařilo dohledat dostatečné informace (VOTO/DEM-VOTO – žádné, BVD – omezené, hlavně ve španělštině). Z překladu názvu a základních informací z nalezených španělských zdrojů, ve kterých byl popsán nástroj BVD (García et al., 2008; Investigador; 2010) vyplývá, že se jedná o stupnici hodnocení závislosti. Vzhledem k omezeným informacím nelze s určitostí říct, zda se nejedná pouze o hodnocení soběstačnosti, které se v žádné položce specificky nesoustředí na hodnocení prostředí. V takovém případě by byl tento nástroj brán jako nerelevantní odpověď, stejně jako je tomu například u Barthel index či FIM, které uvedli dva respondenti (BI – 1 zahraniční respondent, FIM – 1 český a 1 zahraniční respondent). Jeden zahraniční respondent uvedl také k tématu hodnocení prostředí zcela nevztahující se MMSE – Mini Mental State Examination.

Další dvě vypsaná hodnocení byla *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) a *Occupational Self assessment* (OSA). Ani jedno z těchto hodnocení není specificky určeno k hodnocení prostředí, ale obě obsahují části, kterými lze zjistit některé informace vztahující se k tomuto tématu. Hodnocení PEDI je nástroj určený k hodnocení vývoje a funkčních schopností dítěte. Z hlediska prostředí zaznamenává míru asistentské pomoci a potřebné modifikace (pomůcky, úpravy prostředí), s kterými dítě zvládne vykonávat aktivity (Haley, 1992). Nástroj OSA je určen k hodnocení priorit, dovedností a hodnot vztahujících se k výkonu zaměstnávání a participaci (Helfrich a Chan, 2013). Originální verze tohoto nástroje obsahovala část s názvem „*Moje prostředí*“ a byly zde

hodnoceny položky jako například „*místo, kde žiji a pečuji o sebe*“, „*místo, kde jsem produktivní*“ aj. Tato kategorie položek byla z pozdějších verzí nástroje vyřazena z důvodu, že vykazovala slabé psychometrické vlastnosti (Helfrich a Chan, 2013).

Záznam informací

U obou vzorků dominuje záznam zjištěných informací **formou běžného zápisu do zdravotnické dokumentace** (Tabulka 2.4.1-4). U zahraničního vzorku byla tato varianta volena významně méně (Fisherův exaktní test, $p = 0,0009$). Místo ní zahraniční respondenti více volili dvě více specializované varianty: formuláře pracoviště/vlastní formuláře či formuláře existujících hodnotících nástrojů pro hodnocení domácího prostředí. Obě tyto kategorie uvedlo v zahraničním vzorku více respondentů než v českém, kvůli rozptýlení do více kategorií ale nebyly tyto rozdíly mezi vzorky CZ a AJ statisticky významné (Fisherův exaktní test, $p_1 = 0,014$, $p_2 = 0,079$). Nejčastěji uvedenou výpověď respondentů pod variantou „Jiné“ bylo, že informace nezaznamenávají (4 CZ, 3 AJ).

Tabulka 2.4.1-4. Způsob záznamu zjištěných informací o domácím prostředí.

Způsob záznamu informací	Vzorek CZ-1	Vzorek AJ-1
Běžný zápis do zdravotnické dokumentace	112	88
Vlastní formulář/formulář pracoviště pro hodnocení domácího prostředí	23	41
Formulář existujícího hodnotícího nástroje	7	16
Jiné	8	4

Předávání výsledků hodnocení pacientovi

Z hlediska způsobu předávání zjištěných výsledků hodnocení domácího prostředí pacientům jsou odpovědi obou vzorků bez statisticky významných rozdílů (Fisherův exaktní test, $p = 0,60$). **Převládajícím způsobem je ústní předání výsledků** (viz Tabulka 2.4.1-5). Výhradně písemně nepředává informace nikdo ze zahraničních ani českých respondentů. Pod variantu „Jiné“ byly po provedené rekategorizaci odpovědi nakonec uznány pouze dvě zahraniční odpovědi, a sice (přeloženo): „*Diskutuji s multidisciplinárním týmem*“ a „*Udělám příklad, ukážu jim ho*“.

Tabulka 2.4.1-5. Způsob předávání výsledků hodnocení domácího prostředí.

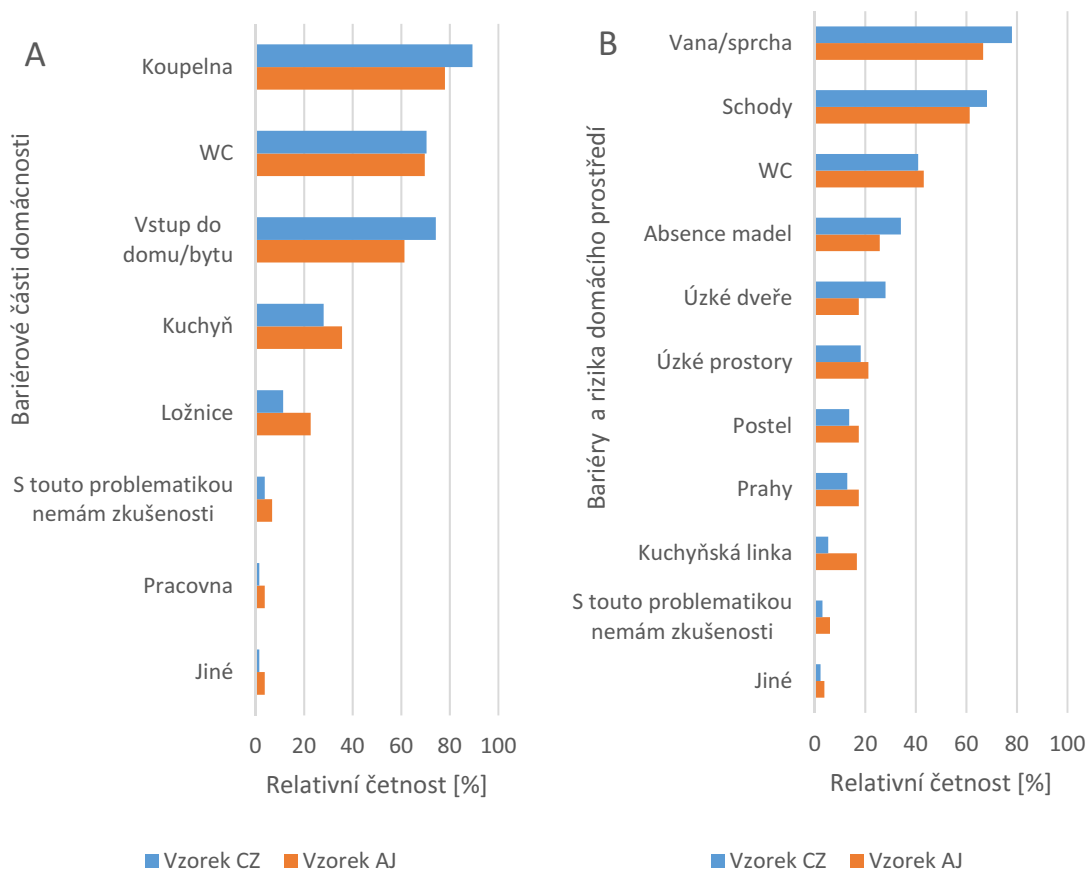
Způsob předávání výsledků pacientovi	Vzorek CZ-1	Vzorek AJ-2
Ústně	84	83
Písemně	0	0
Kombinovaně	48	47
Jiné	0	2

Ze zjištěnými výsledky hodnocení nakládají dotázaní respondenti různými způsoby. Téměř polovina českých respondentů (47%) a více než polovina zahraničních respondentů (60%) pomáhá pacientovi v realizaci úprav prostředí a se získáním pomůcek až do jejich dokončení. Kontakty na organizace a zařízení, kde může pacient tuto problematiku dále řešit (např. v rámci ergoterapie) předává pacientům 28% českých a 26% procent zahraničních respondentů. Konzultaci výsledků s rodinou provádí 58% českých a 53% zahraničních respondentů. Výsledky a další řešení konzultuje s technikem/stavařem 2% českých a 18% zahraničních respondentů. Možnosti některých odpovědí se konkrétně v otázce zjišťující tato data u českého a anglického dotazníku lišily (anglický dotazník o dvě možnosti více), proto tyto výsledky nebyly přímo statisticky porovnatelné.

Bariérová místa v domácnosti

Zjišťovány byly části domácnosti, ve kterých se nejčastěji nacházejí bariéry a také nejčastější bariéry a rizika, které ergoterapeuti s pacienty v domácnosti řeší. Jako nejčastější bariéry byly českými i zahraničními respondenty **identifikovány vana/sprcha a schody**. Obě tyto bariéry uvedlo mezi třemi nejčastějšími bariérami více než 60% respondentů. Rozdíly mezi vzorky CZ a AJ nebyly statisticky významné pro žádnou bariéru (Fisherův exaktní test aplikovaný zvlášť na každou bariéru, $p > 0.005$).

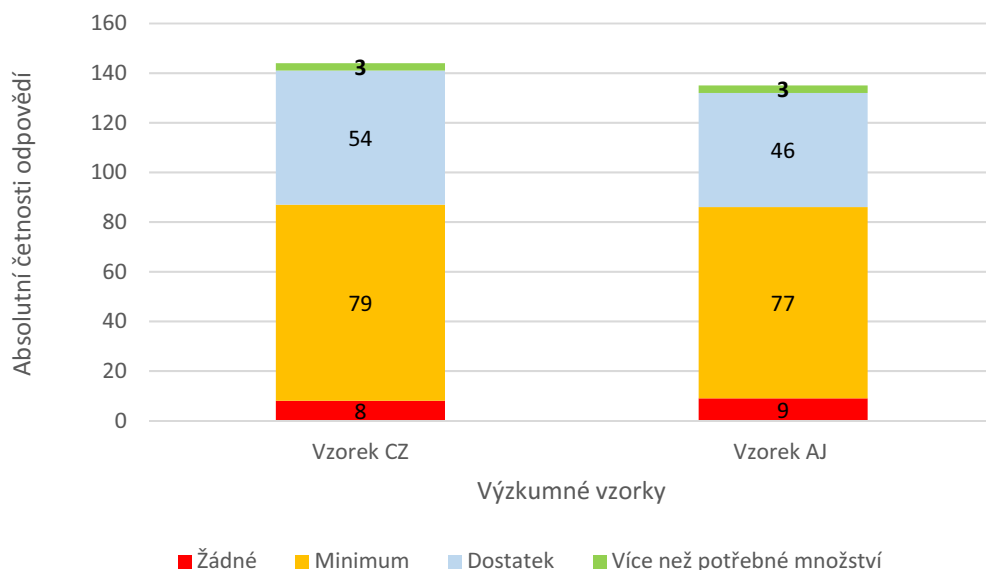
Mezi částí domácnosti, ve kterých jsou nejčastěji nacházeny bariéry, patří dle respondentů **koupelna, WC a vstup do domu/bytu** – každá opět vybrána více než 60% respondentů. Mezi českým a anglickým vzorkem nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl v žádné z odpovědí ($p > 0.005$, Fisherův exaktní test aplikovaný zvlášť na každou část domácnosti). Výsledky identifikovaných bariér i bariérových částí domácnosti znázorňuje Graf 2.4.1-3.



Graf 2.4.1-3. Části domácnosti, ve kterých jsou nejčastěji bariéry (A) a nejčastější bariéry a rizika (B).

Vzdělání o hodnocení domácího prostředí ze studia

Poslední kategorie dotazníku zjišťovala od ergoterapeutů jednou otázkou míru naučených informací o hodnocení/úpravách domácího prostředí v rámci studia ergoterapie. Rozdíly mezi odpověďmi českých a zahraničních respondentů nebyly statisticky významné (Fisherův exaktní test, $p = 0,94$). Ve škále čtyř nabízených možností (doplňených pro upřesnění slovním popisem) se respondenti obou vzorků s převahou přikláněli k variantě: „Minimum – měl/a jsem pouze základní informace, které jsou pro praxi v této oblasti nedostatečné. Většinu informací bylo dodatečně zapotřebí zjistit/naučit se sám/sama atd.“. Druhou početně největší skupinu tvořili respondenti, kteří mají informací ze studia dostatek. Krajní varianty volila výrazná menšina respondentů. Konkrétní zastoupení odpovědí znázorňuje skládaný sloupcový graf (Graf 2.4.1-4).



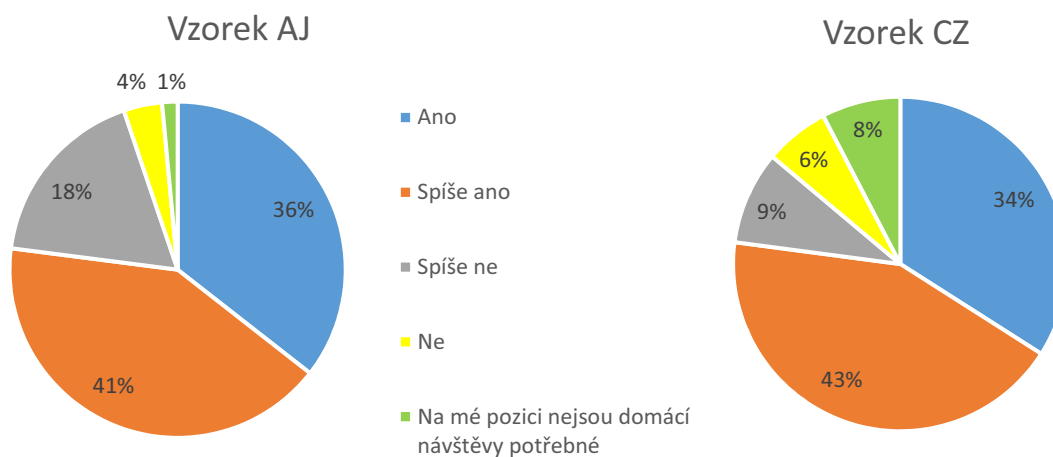
Graf 2.4.1-4. Míra informací naučených o hodnocení/úpravách domácího prostředí v rámci studia ergoterapie.

2.4.2 Domácí návštěvy

Mezi všemi respondenty (vzorek CZ-144 a vzorek AJ-135) bylo zjišťováno, zda mají možnost provádět domácí návštěvy, jejich subjektivní názor na přínos domácích návštěv pro pacienty a pro efektivitu jejich práce a nakonec byli dotazováni, jaká je realita provádění domácích návštěv v praxi.

Respondenti vzorku CZ i vzorku AJ se svými názory překvapivě zcela vyrovnaně shodli (v 77% u obou vzorků), že by **pro jejich pacienty bylo přínosné** („ano“, „spíše ano“), **kdyby mohli domácí návštěvy provádět častěji**. Opačný názor („ne“, „spíše ne“) zastává menšina a to 15% českých a 22% zahraničních respondentů. Konkrétní procentuální zastoupení jednotlivých možností vykresluje Graf **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů..** Přínos možnosti provádět domácí návštěvy respondenti shledávají i v oblasti vlivu na efektivitu práce terapeuta – respondenti obou vzorků s převahou uvedli, že **mít možnost provádět domácí návštěvy by bylo přínosné pro jejich efektivitu práce** (CZ 60%, AJ 85% respondentů). Ostatní procentuální zastoupení odpovědí je uvedeno v Tabulce 2.4.2-1.

Teoretickou možnost dojet za svými pacienty do domácího prostředí (často, občas či výjimečně) má celkem **27%** českých respondentů, což je v porovnání významně



Otázka: „Bylo by pro vaše pacienty přínosné mít možnost provádět domácí návštěvy častěji“

Graf 2.4.2-1. Subjektivní názor respondentů na přínos domácích návštěv pro pacienty.

Tabulka 2.4.2-1. Názory respondentů na vliv domácích návštěv na efektivitu práce.

Bylo by pro efektivitu vaší práce přínosné mít možnost provádět domácí návštěvy (častěji*)?	Vzorek CZ	Vzorek AJ
Ano	60 %	85 %
Ne	12 %	7 %
Nevím	21 %	7 %
Na mé pozici nejsou domácí návštěvy potřebné	7 %	1 %

*) V anglické verzi dotazníku chybělo slovo častěji

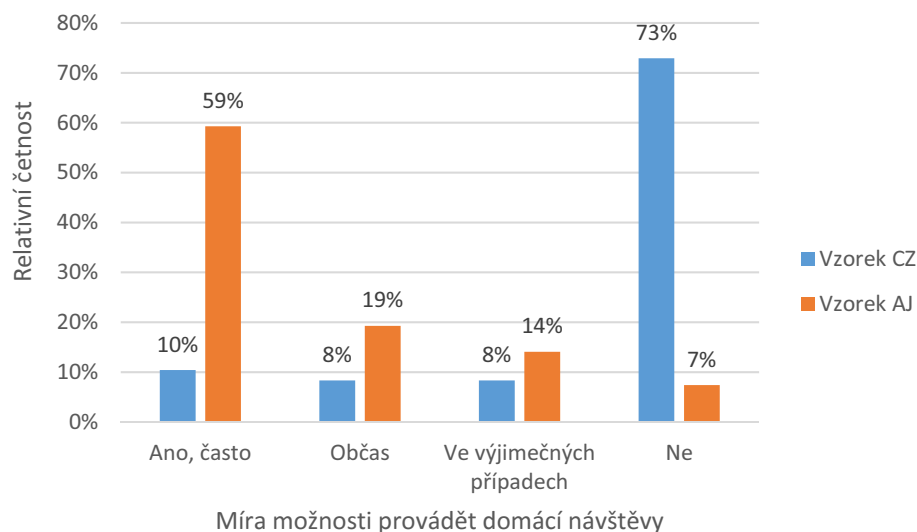
méně než procento zahraničních respondentů, z kterých tuto možnost uvedlo 93% (Fisherův exaktní test, $p = 2 \cdot 10^{-31}$).

Z toho provádět domácí návštěvy často má v rámci své práce možnost pouze 10% českých respondentů oproti 59% zahraničních respondentům. Další procentuální zastoupení u jednotlivých možností zobrazuje Graf 2.4.2-2.

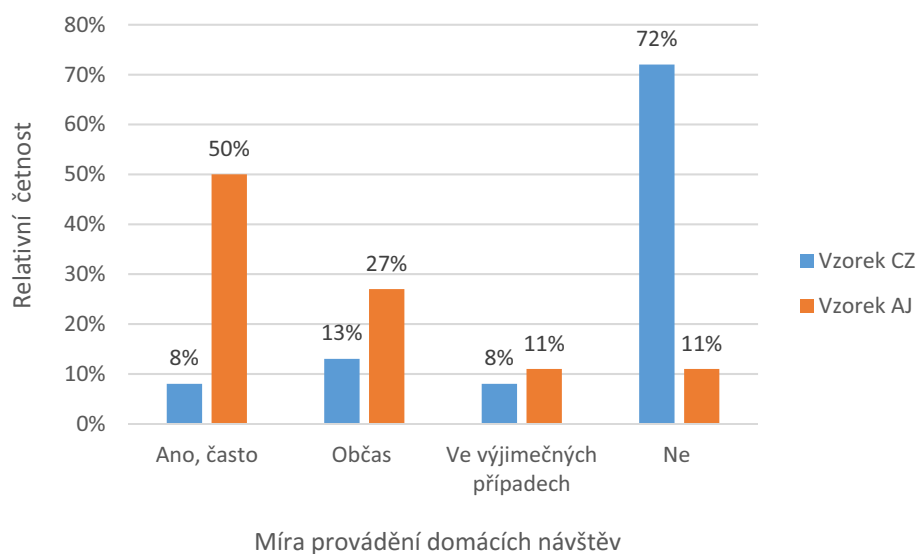
Zahraníční respondenti mají oproti českým větší možnost provádět domácí návštěvy s čímž koresponduje zjištění, že je i mnohem více realizují.

Čeští respondenti provádí domácí návštěvy statisticky významně méně než zahraniční respondenti (Mann–Whitney U test, $p = 3 \cdot 10^{-25}$). Ze 144 českých respondentů provádí domácí návštěvy v praxi pouze 41 (28%) respondentů. Naproti tomu

ze 135 zahraničních respondentů provádí domácí návštěvy 120 (89%). Konkrétní relativní četnosti obou vzorků u jednotlivých možností rozebírá Graf 2.4.2-3.



Graf 2.4.2-2. Možnost provádění domácích návštěv.



Graf 2.4.2-3. Míra provádění domácích návštěv v praxi (realita).

Důvody neprovádění domácích návštěv

Respondenti, kteří uvedli, že v praxi provádí domácí návštěvy pouze občas, ve výjimečných případech či neprovádí, byli dále doptáváni na důvody neprovádění častějších domácích návštěv. Utvořili tak dohromady vzorek 132 českých a 67 zahraničních respondentů.

Výsledky všech odpovědí shrnuje Tabulka 2.4.2-2. Maximální počty respondentů z jednotlivých vzorků a celkové počty odpovědí u jednotlivých důvodu ukazují, že

nejčastějšími důvody neprovádění domácích návštěv jsou, že zaměstnavatel domácí návštěvy neumožňuje, jde o službu mimo časovou kapacitu respondentů a také, že domácí návštěvy nejsou součástí náplně práce respondentů. Roli v neprovádění hrají často i finanční a technické důvody. Varianta, že pacienti domácí návštěvy nepotřebují byl celkově nejméně zastávaný důvod.

Celkem 25 respondentů (17 českých a 8 zahraničních) uvedlo jako důvod jinou než nabízenou odpověď. Jelikož jejich odpovědi dobře charakterizují konkrétní situace, jejich doslovné citace jsou sepsány v Tabulce 2.4.2-3. Opakující se odpovědi ukazují, že problémem je nemožnost vykázaní služby na pojišťovnu, že pacienti bydlí příliš daleko, či v případě zahraničních respondentů nutnost předepsání domácí návštěvy lékařem. Vícekrát bylo také různými formami zmíněno, že v určitých případech není domácí návštěva potřebná.

Tabulka 2.4.2-2. Důvody neprovádění domácích návštěv. Tučně zvýrazněná jsou maximální početní zastoupení jednotlivých vzorků u jednoho důvodu (tzn. nejvyšší hodnoty sloupce). Čísla představují absolutní počty respondentů, v závorkách v záhlaví jsou uvedeny celkové počty jednotlivých vzorků.

Respondenti dle míry provádění domácích návštěv →	Občasně		Výjimečně		Neprovádění		Celkem
	CZ (18)	AJ (37)	CZ (11)	AJ (15)	CZ (103)	AJ (15)	
Naši pacienti domácí návštěvy nepotřebují	3	12	0	4	6	2	27
Zaměstnavatel to neumožňuje	3	1	7	4	73	4	92
Není to součástí náplně mojí práce	1	3	4	0	51	5	64
Domácí návštěvu v případě potřeby zajistí jiné, návazné služby	2	11	1	2	17	4	37
Je to služba mimo moji časovou kapacitu	9	13	5	6	40	5	78
Jde o službu finančně a technicky náročnou	6	7	5	5	21	5	49
Jiné	4	6	3	2	10	0	25

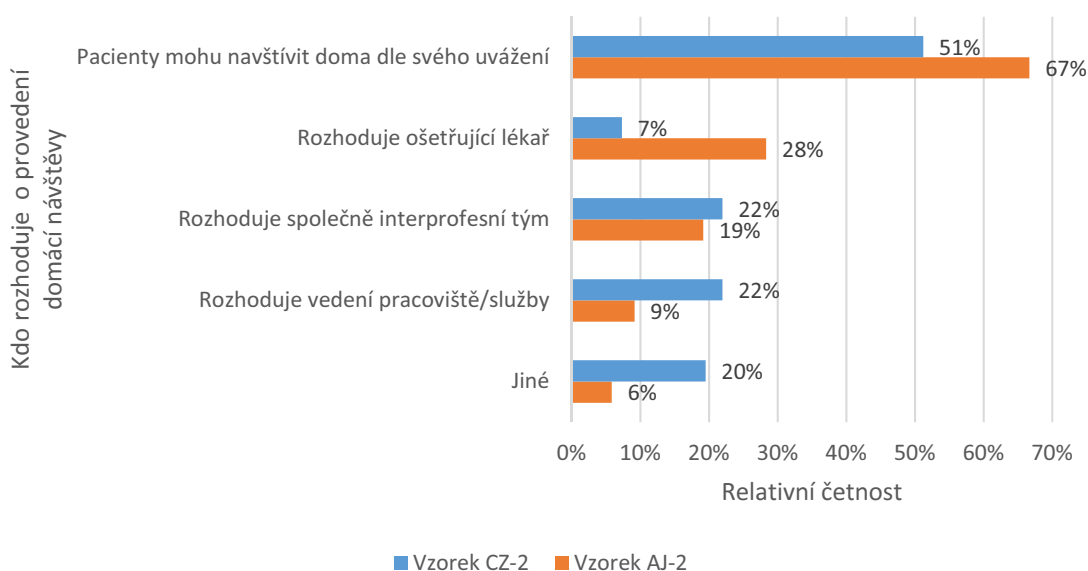
Tabulka 2.4.2-3. Důvody neprovádění domácích návštěv – kompletní výčet přímých citací odpovědí „Jiné“. Rozděleno dle respondenty uvedené míry ne/provádění domácích návštěv. Čísla v závorkách značí počty respondentů ve vzorcích.

Vzorek CZ (132)
Občasné provádění domácích návštěv (18)
<ul style="list-style-type: none"> • „finanční a časová náročnost (na úkor jiné služby a jiného klienta nebo ve svém volnu)“ • „teď zrovna moji klienti je nepotřebují, pokud ano, jedu“ • „klienti nabídku domácí návštěvy odmítají, považují ji za zbytečnou, nepotřebnou“ • „U některých klientů je zakázka ergoterapie taková, že nevyžaduje domácí prostředí“
Výjimečné provádění domácích návštěv (11)
<ul style="list-style-type: none"> • „neproplácí pojišťovna, problém s vykááním péče, zaměstnavatel umožňuje jen výjimečně u pacienta s velice náročnou oše. péčí, řešíme spíše formou náhledu z fotodokumentace s popisem výšek a šířek“ • „pacienti jsou z různých částí republiky“ • „dojdu osobně, na své vlastní náklady a domluvě s rodinou“
Neprovádění domácích návštěv (103)
<ul style="list-style-type: none"> • „pracuji krátce a zatím nebylo vyloženě potřeba“ • „Také nemám tolik pacientů, kteří ji opravdu potřebují (domů jdou jen někteří, ostatní spíše do jiných soc. či zdrav. zařízení.“ • „pacienti i mimo oblast Moravskoslezského kraje“ • „provádí sociální pracovník“ • „tuto službu neumožňuje systém vykazování kódů pro pojišťovnu, z toho důvodu to není v rozsahu pracovní doby možné“ • „momentálně pracuji s ambulantními pacienty“ • „Pracuji s arabskou klientelou“ • „klienti Domova pro seniory se již do domácího prostředí nevrací“ • „jsme pobytová služba“ • „domov seniorů – klienti jsou již doma v domově“
Vzorek AJ (67)
Občasné provádění domácích návštěv (37)
<ul style="list-style-type: none"> • „It depends on the case. Not every case requires a home visit.“ • „the doctors here need to write a request, with out it i can't go. They rarely do so. they don't know occupational therapy all that well“ • „I do them when necessary but only then“ • „it is not prescribed from the doctor“ • „some patient doesnt want (I ment here their parents house, etc. because basiclly I work where they live)“ • „In Germany the doctor who prescribes ot has to allow the home visit. There will only be a home visit if the patient isn't able to come to the location/ambulant practice (because he is in a wheelchair/paralysed/can't get out of bed.“
Výjimečné provádění domácích návštěv (15)
<ul style="list-style-type: none"> • „I do it as often as necessary“ • „hasnt been done before“
Neprovádění domácích návštěv (15)
<ul style="list-style-type: none"> • 0 odpovědí

Metodické postupy a financování

Respondenti, kteří odpověděli, že domácí návštěvy v praxi provádí (často, občas nebo alespoň výjimečně) – tzn. vzorky CZ-2 (41) a AJ-2 (120), dále odpovídali na otázky týkající se financování a metodických postupů provádění domácích návštěv.

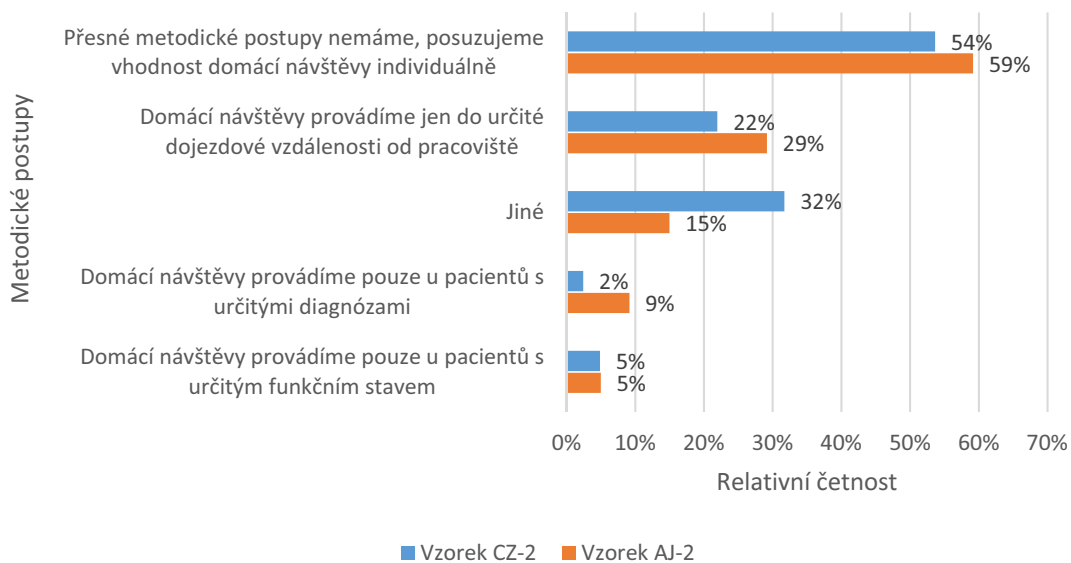
Z pohledu kompetencí, kdo rozhoduje o provedení domácí návštěvy z výsledků znázorněných v Grafu 2.4.2-4 vyplývá, že **nejčastěji mohou respondenti obou vzorků provádět domácí návštěvy na základě vlastního uvážení** (CZ-2 51%, AJ-2 67%), druhým nejčastějším případem je u zahraničního vzorku provedení na základě **rozhodnutí lékaře** (28%), v případě českého vzorku je druhým nejčastějším případem společné rozhodnutí interprofesního týmu (22%) a rozhodnutí vedení pracoviště služby (22%). Čeští respondenti na rozdíl od zahraničních (28%) uvádí spíše než možnost, že o návštěvě rozhoduje lékař (7%) podobnou možnost, že rozhoduje vedení pracoviště/služby, což může být v řadě případů stejná osoba. Mezi jinými variantami odpovědí se například u zahraničních respondentů dvakrát objevila možnost, že o provedení rozhoduje zdravotní pojišťovna, a to v souvislosti s tím, zda návštěvu zaplatí či ne. Jeden zahraniční respondent také uvedl, že se rozhoduje na základě kritérií pracoviště. V případě českého vzorku dva respondenti poznamenali, že návštěvu provádí na vlastní náklady/po pracovní době a jeden uvedl, že rozhodnutí závisí i na finanční situaci a kapacitě dotovaných návštěv.



Graf 2.4.2-4. Kdo rozhoduje o provedení domácí návštěvy. Významný rozdíl mezi vzorky je pouze v odpovědi „Rozhoduje ošetřující lékař“ (Fisherův exaktní test, $p = 0,005$).

Co se týče metodických postupů či pravidel, dle kterých jsou domácí návštěvy prováděny, převaha respondentů obou vzorků se svými odpověďmi shoduje (CZ-2 54%, AJ-2 59%), **že přesné metodické postupy nemá a posuzuje vhodnost domácích návštěv individuálně.** Výsledky této oblasti zobrazuje Graf 2.4.2-5, ve kterém je též vidět, že více než 20% respondentů obou vzorků (CZ-2 22%, AJ-2 29%) provádí domácí návštěvy pouze do určité dojezdové vzdálenosti. To, že by se domácí návštěvy uskutečňovaly pouze u pacientů s určitými diagnózami či funkčním stavem uvedla jen menšina obou skupin respondentů. Poměrně velký počet respondentů uvedl vlastní možnost odpovědi (CZ-2 13, AJ-2 18). Mezi těmito odpověďmi se v případě českých respondentů vyskytla například možnost, že „návštěvy jsou dány pracovními postupy“, nebo také „v domácí péči jsou návštěvy dle indikace ošetřujícího lékaře“. Mezi zahraničními respondenty (AJ-2) lze zmínit příklady překladů odpovědí:

- „Máme psané pravidlo, že domácí úpravy jsou pro osoby užívající vozík pro svoji mobilitu.“
- „Děláme domácí návštěvy v městské části, pro kterou pracujeme, každá osoba starší 65 let je možný klient.“
- „Domácí návštěvy provádíme pro ty, kteří jsou v naší službě.“
- „Domácí návštěvy dělám pro obyvatele obce ...“
- „Řídím se pravidly samostatně výdělečných pracovníků.“ (v originále lone worker policy)
- „Domácí návštěva může být poskytnuta všem pacientům, jsem komunitní ergoterapeut.“
- „Z důvodu pojištění můžeme provádět domácí návštěvy, pouze pokud je předepíše lékař.“
- „Máme pravidla pro domácí návštěvy, takže všichni ergoterapeuti pracují stejně“ (v originále „home visit policy“; uvedl respondent z Malty)
- „Domácí návštěvy provádíme v případě medicínské a terapeutické potřeby.“
- „Potřeba domácí návštěvy je diskutována, pokud má ergoterapeut pochybnosti o domácí situaci.“
- „Domácí návštěvy dělám pro pacienty, kteří je chtějí“
- „V Lotyšsku máme domácí návštěvy pro pacienty po cévní mozkové příhodě a pro spinální pacienty (také pro paliativní děti).“
- „Dělám vždy a jenom domácí návštěvy.“

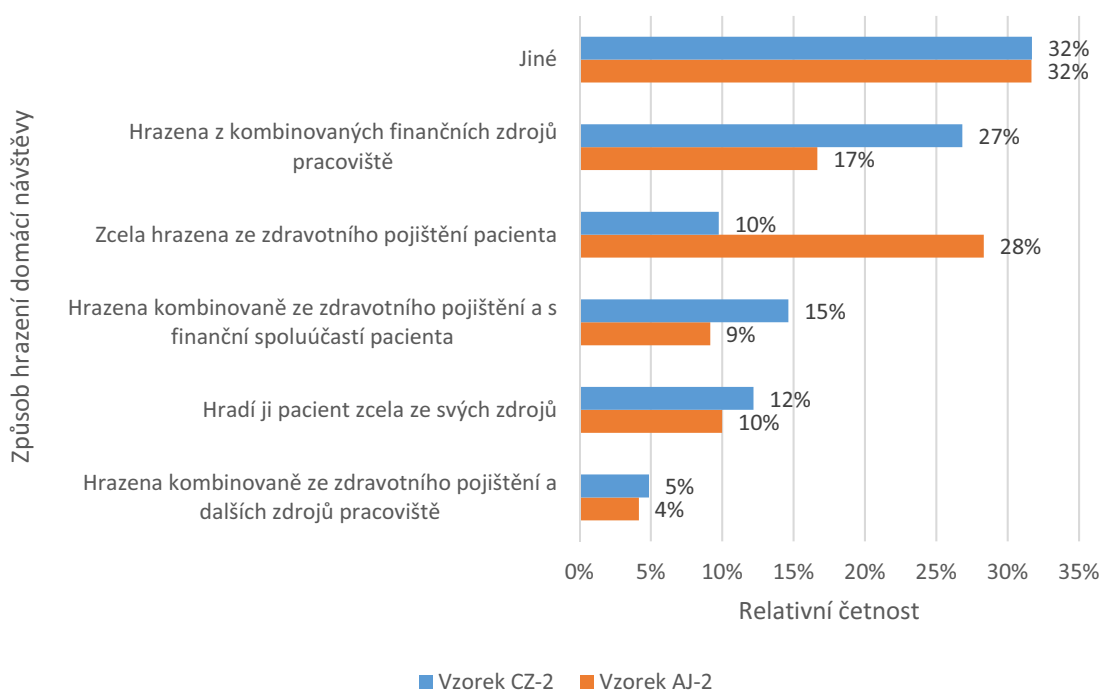


Graf 2.4.2-5. Metodické postupy pro provádění domácích návštěv. Rozdíly mezi vzorky byly ve všech odpovědích statisticky nevýznamné (Fisherův exaktní test, $p > 0,005$).

Důležitým tématem domácích návštěv je jejich financování. Zjišťována byla jak celková úhrada návštěvy, tak i zvláště cestovného ergoterapeuta na místo pacientova bydliště.

Na otázku s jednou možnou odpovědí „*Jakým způsobem je na vašem pracovišti hrazena domácí návštěva?*“ **téměř třetina respondentů obou vzorků vypsal vlastní odpověď**. Mezi těmito odpověďmi se v případě zahraničního vzorku v největší míře opakují témata, že domácí návštěva je hrazena vládou, národní zdravotní službou (pozn. v originále NHS – *National Health Service*; uváděli britští respondenti), obcí nebo je bezplatně prováděná v rámci ostatních služeb. V případě českých odpovědí například šest respondentů vypsal, že domácí návštěva není hrazena, dva respondenti přiznali, že způsob úhrady neví a další respondenti uvedli proplácení ze sociálního pojištění (1), grantů, fondů a peněz organizace (1) či v případě některých ze speciálního projektu (1). Z předem nabízených možností **nejvíce českých respondentů zvolilo**, že je v jejich případě domácí návštěva hrazena **z kombinovaných finančních zdrojů pracoviště (27%)**, což je o 10% vyšší zastoupení než u zahraničních respondentů. Větší **rozdíl** nastal ve variantě **financování ze zdravotního pojištění** – zde byly čeští respondenti méně zastoupení (10%) oproti zahraničním respondentům (28%). Tento rozdíl není statisticky významný (Fisherův exaktní test, $p = 0,018$), je však nutno podotknout, že zahraniční terapeuti uváděli formu proplácení pojišťovnou nebo podobné alternativy často v možnostech „Jiné“ (viz popis níže).

Rekategorizace těchto odpovědí by rozdíl zvýšila. Data jsou znázorněna na Grafu 2.4.2-6.

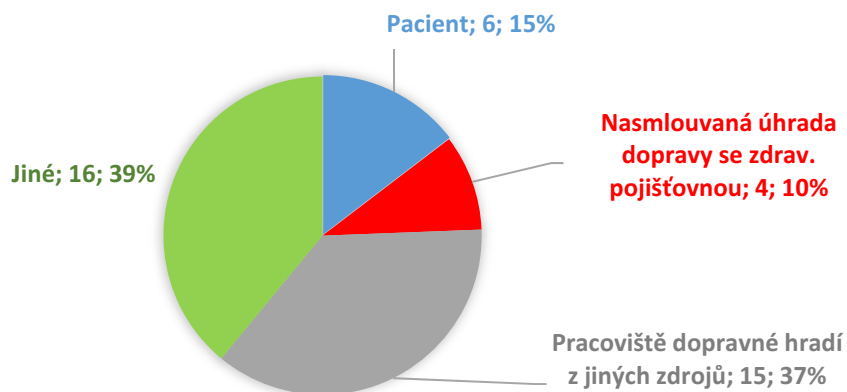


Graf 2.4.2-6. Úhrada domácí návštěvy.

Z hlediska **úhrady cestovného** výsledky ukazují, že pouze u 10% českých a 21% zahraničních respondentů mají pracoviště nasmlouvanou úhradu dopravy se zdravotní pojišťovnou. Poměrně málo často probíhá úhrada cestovného pacientem a to u 15% českých a 9% zahraničních respondentů. Vůbec **nejčastěji pracoviště hradí cestovné zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy z jiných zdrojů**. Tato varianta je navíc posílena faktem, že kromě nabízených možností vypsalo velké množství respondentů obou vzorků možnost „Jiné“ (16 českých a 37 zahraničních odpovědí). Detailně jsou data znázorněna na Grafech 2.4.2-7 a 2.4.2-8.

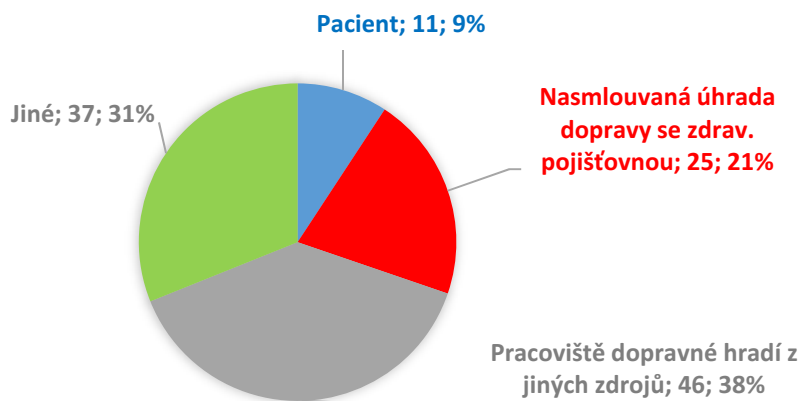
V odpovědích „Jiné“ se u zahraničních respondentů například opakovalo, že v případě některých ergoterapeutů je cestovné hrazeno státem (5), NHS (2), čtyři respondenti (2 z Malty, 2 z Islandu) také uvedli, že mají k účelu domácích návštěv k dispozici auto poskytované nemocnicí (2), nebo obcí (1). Deset zahraničních respondentů také zvlášť uvedlo, že cestovné je propláceno z pojištění (nabízená varianta odpovědi „*Workplace has contract with insurance company for these cases*“ pravděpodobně dobře nevystihovala jejich situaci, proto tito respondenti nebyli s touto variantou sloučeni). Dva zahraniční respondenti uvedli hrazení kombinací

VZOREK CZ-2



Graf 2.4.2-7. Úhrada cestovného zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy (Vzorek CZ-2).

VZOREK AJ-2

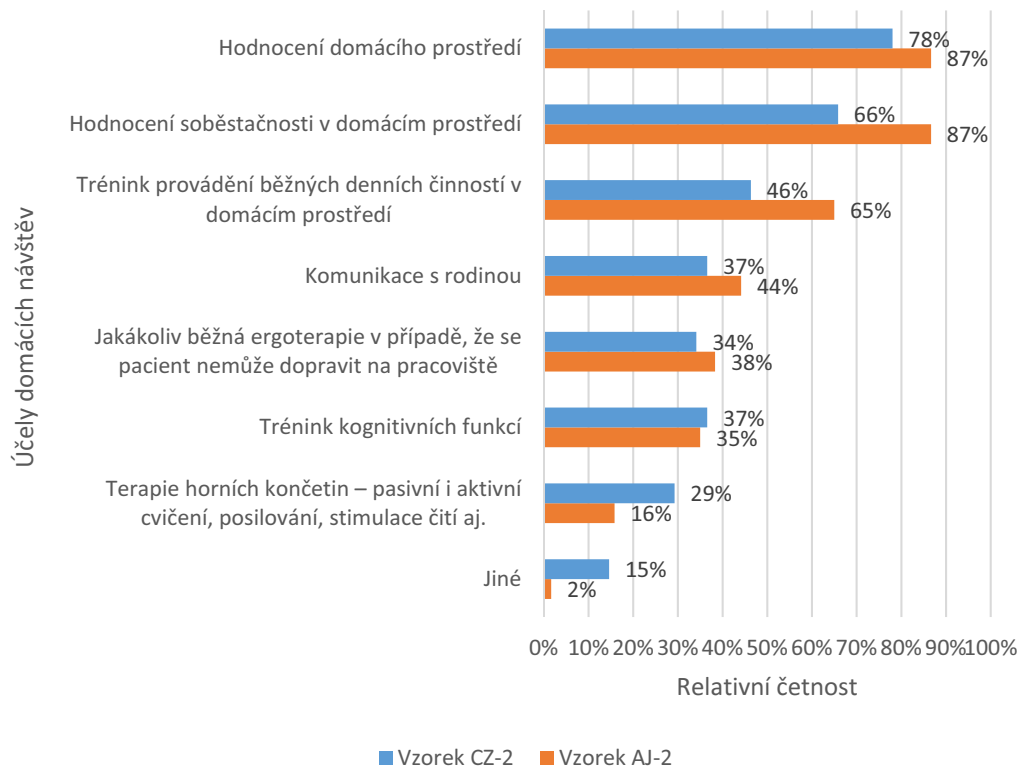


Graf 2.4.2-8. Úhrada cestovného zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy (Vzorek AJ-2).

pojišťovny a pacienta (1) a pojišťovny a sebe (1). V případě českých odpovědí ze sekce „Jiné“ nejvíce respondentů uvedlo, že cestovné není hrazeno (7), jeden respondent, že cestovné hradí terapeut který provádí návštěvu, další například, že cestovné hradí pacient či firma dle případu (1) a další respondenti uvedli, že k dopravě využívají pražskou hromadnou dopravu (2).

Účely domácích návštěv

Respondenti kteří uvedli že provádí domácí návštěvy mohou tyto návštěvy provádět za různými účely. Byla proto zjišťována míra zastoupení dalších možných náplní domácích návštěv (viz Graf 2.4.2-9) Výsledky ukazují, že kromě **hodnocení**



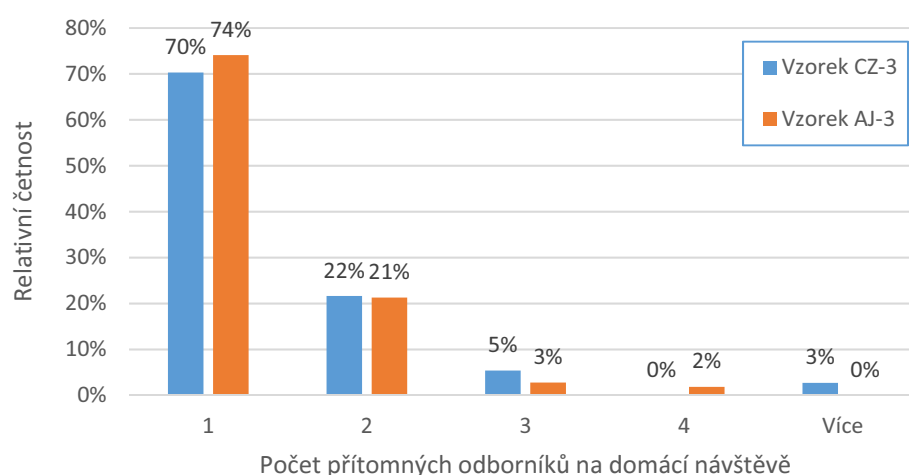
Graf 2.4.2-9. Účely domácích návštěv. Rozdíly mezi vzorky byly významné pouze v odpovědi „Jiné“ (Fisherův exaktní test, $p = 0,0037$).

prostředí, které je nejčastější volenou variantou (78% CZ-2, 87% AJ-2), je častým účelem také hodnocení soběstačnosti (66% CZ-2, 87% AJ-2) a trénink běžných denních činností (46% CZ-2, 65% CZ-2), což dobře koresponduje s ergoterapeutickou teorií a modely (PEO, PEOP aj.), které se shodují, že při řešení prostředí je třeba brát v úvahu nejen fyzické aspekty prostředí, ale zároveň individuální složky a výkon člověka. Z celkově 41 českých respondentů, jež provádí domácí návštěvy (vzorek CZ-2), uvedli v samostatné klíčové otázce (viz schéma dotazníku 2.3.3-1 v Kapitole 2.3.3) pouze 4 respondenti, že neprovádí domácí návštěvy za účelem hodnocení domácího prostředí. Ze zahraničního vzorku o celkové velikosti 120 respondentů (AJ-2) se jednalo o 12 respondentů. Z těchto dat lze shrnout, že **90% respondentů obou vzorků (CZ-2 a AJ-2) provádí domácí návštěvy za účelem hodnocení domácího prostředí.** Dříve popsané informace o metodických postupech a financování domácích návštěv tedy vypovídají převážně právě o této skupině. Tito respondenti tvoří vzorky CZ-3 a AJ-3 a byly dále přesměrováni na otázky týkající se interprofesního zastoupení při hodnocení domácího prostředí a další otázky, jejichž výsledky jsou představeny v následujících dvou a zároveň posledních sekcích výsledků.

Interprofesní zastoupení při hodnocení domácího prostředí

Při hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy je obvykle přítomen **pouze jeden odborník** (shoda obou vzorků CZ-3 a AJ-3). V případě českého vzorku tuto variantu zvolilo konkrétně 26 respondentů, v případě zahraničního 80 respondentů. Druhou nejčastější variantou je přítomnost dvou odborníků, přítomnost více odborníků je již vzácná. Konkrétní relativní četnosti znázorňuje Graf 2.4.2-10. Rozdíly relativních četností odpovědí mezi vzorky nebyly statisticky významné (Fisherův exaktní test, $p = 0,43$).

Z hlediska složení interprofesního týmu se hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy účastní vyjma ergoterapeuta nejčastěji také sociální pracovník a fyzioterapeut, v menším zastoupení pak i technik, stavař či prodejce pomůcek, zdravotní sestra a ojediněle také lékař. Přesné početní zastoupení jednotlivých odborníků je uvedeno v Tabulce 2.4.2-4, procentuální zastoupení odpovědí, jež vlivem rozdílných počtů respondentů přináší jiný obraz je znázorněn v Grafu 2.4.2-11. V samostatných odpovědích byl zahraničními respondenty navíc uveden „terapeutický asistent“ a „socioonom“, v českém vzorku „pracovník sociálních služeb“ a „instruktor soběstačnosti“. Ostatní odpovědi z varianty „Jiné“ obsahovaly spíše doplňující poznámky respondentů (např. „Každý zvlášť, poté domluva.“). Počet ergoterapeutů, jež provádí domácí návštěvy ve dvojici s druhým ergoterapeutem, nelze určit. Data znázorňující zastoupení ergoterapeutů nelze s určitostí správně interpretovat, jelikož se při analýze ukázalo, že část českých respondentů označila pod otázkou na dalšího přítomného odborníka i sebe,



Graf 2.4.2-10. Počet odborníků obvykle přítomných na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy.

jako možnost „ergoterapeut“. V anglickém překladu dotazníku byla tato možnost odpovědi ošetřena vhodnější formulací, v této oblasti lze proto zahraniční odpovědi považovat za více relevantní.

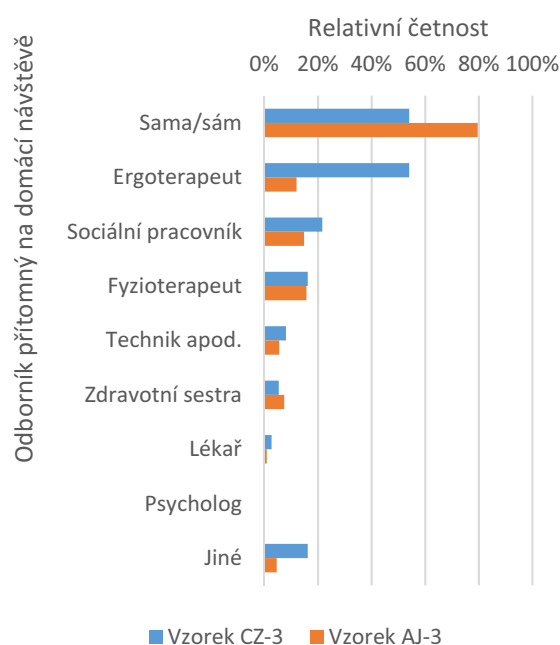
Další informace o hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy

Bez přítomnosti pacienta někdy hodnotící návštěvu jeho domácího prostředí provádí 35% zahraničních respondentů (AJ-3) a 38% českých respondentů (CZ-3).

V míře pořizování fotodokumentace nebyly mezi českými a zahraničními vzorky shledány významné statistické rozdíly (Mann-Whitney U test, $p = 0,018$), ačkoliv jsou procentuální rozdíly – zejména v odpovědích „nikdy“ a „vždy“ – na první pohled výrazné (viz Tabulka 2.4.2-5). Oba vzorky se shodly, že nejvíce respondentů pořizuje fotodokumentaci občas. U zahraničních respondentů byly navíc zjišťovány nejvíce používané metody hodnocení domácího prostředí při domácích návštěvách a dále fáze, kdy je hodnotící domácí návštěva prováděna.

Tabulka 2.4.2-4. (vlevo) Další přítomní odborníci na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy

Další přítomný odborník	Vzorek CZ-3 [Absolutní počet]	Vzorek AJ-3 [Absolutní počet]
Sama/sám	20	86
Ergoterapeut	20	13
Fyzioterapeut	6	17
Sociální pracovník	8	16
Zdravotní sestra	2	8
Psycholog	0	0
Lékař	1	1
Technik apod.	3	6
Jiné	6	5



Graf 2.4.2-11 (vpravo). Další přítomní odborníci na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy (relativní četnost odpovědí).

Tabulka 2.4.2-5. Míra pořizování fotodokumentace při domácí návštěvě za účelem hodnocení domácího prostředí.

Vzorek	Vždy	Občas	Zřídka	Nikdy
CZ-3	22%	41%	22%	16%
AJ-3	7%	42%	19%	33%

Tabulka 2.4.2-6. Nejvíce zahraničními respondenty používané metody hodnocení v rámci hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy.

Metoda hodnocení domácího prostředí	Vzorek AJ-3 [počet]	Vzorek AJ-3 [%]
Rozhovor s pacientem	82	76%
Přesné měření (délky, šířky aj.)	56	52%
Hodnocení výkonu běžných denních činností	64	59%
Pozorování prostředí	88	81%

Výsledky ukazují, že zahraniční respondenti při domácí návštěvě nejvíce hodnotí prostředí pozorováním a rozhovorem s pacientem, o něco méně pak pomocí hodnocení výkonu činností a nejméně přesným měřením. Konkrétní data o této oblasti shrnuje Tabulka 2.4.2-6. Co se týče fáze provedení hodnocení, nejvíce zahraničních respondentů (AJ-3) hodnotí domácí prostředí návštěvou poté, co byl pacient propuštěn domů (55%), druhý největší podíl respondentů hodnotí prostředí v průběhu hospitalizace pacienta (18%). Třetí největší procentní zastoupení obdržela možnost „Jiné“ (17%), ve které respondenti opakovaně (8) uváděli, že „pacient žije doma“ a 3 respondenti provádí hodnocení ve všech nabízených fázích. Nejméně respondentů hodnotí domácí prostředí na konci hospitalizace (11%) (možnost byla specifikována na období jednoho nebo dvou týdnů před propuštěním).

2.5 Shrnutí výsledku ve vztahu k hypotézám

Z představených výsledků lze shrnout výsledná zjištění ve vztahu k hypotézám:

H1: Většina dotázaných českých ergoterapeutů neprovádí v praxi domácí návštěvy.

Z celkem 144 českých respondentů provádí domácí návštěvy v praxi pouze 41 respondentů, tedy pouze 28% vzorku – statisticky významně méně než 50% (dvoustranný binomiální test, $p = 2 \cdot 10^{-7}$). Hypotéza 1 tedy byla potvrzena.

H2: Dotázaní zahraniční ergoterapeuti provádí domácí návštěvy častěji než ergoterapeuti čeští.

Čeští respondenti provádí domácí návštěvy v porovnání statisticky významně méně než zahraniční respondenti (Mann–Whitney U test, $p = 3 \cdot 10^{-25}$). Z celkem 135 zahraničních respondentů provádí domácí návštěvy 120 respondentů, což představuje 89% vzorku, zatímco v případě českého vzorku byl výsledek 28%. Hypotéza 2 tedy byla potvrzena.

H3: Většina dotázaných českých ergoterapeutů nepoužívá existující hodnotící nástroje pro hodnocení domácího prostředí.

Existující hodnotící nástroje pro hodnocení domácího prostředí používá z celkem 132 českých respondentů pouze 11 respondentů (8%), což je významně méně než polovina (dvoustranný binomiální test, $p = 1 \cdot 10^{-24}$). Hypotéza 3 tímto byla potvrzena.

Dominujícím způsobem hodnocení domácího prostředí českými respondenty je hodnocení rozhovorem s pacientem na pracovišti. Tuto variantu uvedlo jako nejčastější způsob 71% českých respondentů ze vzorku 132 respondentů, jež řeší v rámci své intervence domácí prostředí pacientů (tzn. vzorek CZ-1).

H4: Dotázaní zahraniční ergoterapeuti používají existující nástroje pro hodnocení domácího prostředí častěji než ergoterapeuti čeští.

Ze zahraničních respondentů, jež řeší v rámci své intervence domácí prostředí pacientů, používá existující hodnotící nástroje pro hodnocení domácího prostředí 30% respondentů, zatímco v případě českého vzorku respondentů se jedná o nižší zastoupení a to 8% respondentů. Jedná se o statisticky významný rozdíl (Fisherův exaktní test, $p = 8 \cdot 10^{-6}$). Hypotéza 4 tedy byla potvrzena.

Všechny hypotézy byly tedy potvrzeny.

3 DISKUZE

3.1 Diskuze volby popsaných hodnotících nástrojů

V teorii práce jsou detailně představena tři zahraniční nástroje určené k hodnocení domácího prostředí – Cougar, WeHSA a Housing Enabler. Tato hodnocení se převážně specializují na hodnocení fyzického prostředí a je třeba brát v úvahu, že nezahrnují všechny potřebné a v ergoterapii významné aspekty (Rousseau et al., 2013). Hodnotící nástroj specializovaný na tak individuálně specifické prostředí, jako je domácí prostředí, by měl být na člověka orientovaný (Weeks et al., 2010). Měl by řešit pacientovy preference, role, potřeby, vykonávané činnosti a s nimi související funkční schopnosti a kromě hodnocení fyzických aspektů prostředí by měl řešit i význam domova a jeho použitelnost pro daného člověka (Weeks et al., 2010, Rousseau et al., 2013).

Otázkou by tedy mohlo být, proč nebyly k popisu vybrány jiné hodnotící nástroje, více relevantní k teorii ergoterapie zvažující propojení vztahů prostředí, člověka a jeho zaměstnávání. Větší pokrytí těchto aspektů v rámci jednoho nástroje přislubuje například hodnocení *Home Assessment of Person-Environment Interactions* (HoPe), které vychází z teoretického modelu „*Model of Competence*“ (Rousseau et al., 2013). HoPe v rámci šesti sekcí sumarizuje informace o interakcích člověka s živými i neživými složkami jeho domácího prostředí. Problémem tohoto a podobných hodnocení je ale jejich nedostupnost. Kromě omezených informací z publikovaných studií je například pro klinické účely těžko dohledatelný manuál a formulář nástroje, překážkou je také finanční náročnost existujících hodnocení či nutnost školení, což dohromady významně snižuje klinickou využitelnost těchto nástrojů (Romli et al., 2016, Smart, 2006).

Tři popsané zahraniční nástroje byly vybrány s ohledem na tyto potřeby. Prvním důvodem jejich výběru byla četná evidence v odborné literatuře, která byla předpokladem pro jejich možný podrobný popis. Druhým důvodem byla pak terapeuty žádaná dostupnost nástrojů – formuláře popsaných nástrojů jsou volně dostupné na internetu buď zcela (Cougar – formulář bezplatně ke stažení (Misericordia University, 2018)), nebo alespoň částečně (WeHSA – formulář bezplatně ke stažení a možné online školení za cenu 29 australských dolarů (Course Guide, 2018); Housing Enabler – formulář ke stažení, ale pro oficiální použití vyžadováno školení, software a kniha zpoplatněny (The Enabler Web Site, 2008)). Z hlediska českých hodnotících nástrojů nebyly filtrace a výběr

nástrojů nutné, jelikož v současnosti existuje jen jedna hodnotící česká metodika k tomuto účelu: *SEMAFOR home* (Macháčová a kol., 2014).

Popsané nástroje nejsou v teorii práce předkládány jako ideální, v popisu jsou reflektovány jak pozitiva, tak i negativa. Jelikož žádný existující nástroj není vyhovující pro všechny situace a populace (Romli et al., 2018), je vždy na terapeutovi, jaký nástroj pro hodnocení konkrétního člověka a prostředí zvolí a jakým dalším způsobem chybějící oblasti k hodnocení doplní.

3.2 Diskuze metodologie práce

„Všechny výsledky statistického šetření jsou odhady, protože jsou ovlivněny mnoha chybami.“ (Hendl a Remr, 2017, s.138)

S otazníkem lze v první řadě uvést vliv nereprezentativnosti výzkumných vzorků na výsledky výzkumu. Vzhledem ke způsobu výběru vzorku (dle dobrovolnosti) lze předpokládat, že na dotazníkové výzvy reagovala především aktivní skupina ergoterapeutů, kteří mají vztah k tématu (Disman, 2011; Hendl, 2015). Jejich míra participace v oblasti hodnocení domácího prostředí a v domácích návštěvách tedy může být vyšší než v rámci celé populace. O něco větší předpoklad angažovanosti do tématu lze přisuzovat zahraničním ergoterapeutům, jelikož anglický dotazník nebyl pro většinu z nich v rodném jazyce a vyplnění pro ně tak mohlo být obtížnější.

Dalším zkreslujícím faktorem bylo použití online dotazníku a jeho šíření přes e-mail a sociální síť. Tato forma sběru dat ve zvýšené míře oslovuje pouze určitou skupinu populace (uživatelé internetu) a obecně spíše nižší věkové skupiny respondentů (Hendl a Remr, 2017). Tento předpoklad dobře koresponduje se zjištěnými výsledky, které ukazují, že největší zastoupenou věkovou kategorií byli v případě obou vzorků respondenti ve věku 25 až 35 let (CZ 46%, AJ, 44%). Porovnáním s parametry celkové populace ergoterapeutů by bylo možné lépe odhadnout míru vzniklé výběrové chyby, tato data ale nejsou dostupná.

Další nevýhodou online dotazníku je, že respondenti mohli vyplňování v průběhu přerušit a již nedokončit (Hendl a Remr, 2017). Stává-li se to často, může to poukazovat na nevhodnou konstrukci dotazníků, která nutí respondenty vyplňovat i nerelevantní otázky. Procento nedokončených online dotazníků nemohla autorka z principu formy dotazníku zjistit. Malá možnost kontroly autorky nad získanými daty také souvisí s dalším rizikem: respondent mohl vyplnit dotazník nepravdivě nebo vícekrát (Hendl a

Remr, 2017). Dotazník byl sdílen stejnými cestami vícekrát v průběhu delšího časového období (8 měsíců), což mohlo tento efekt zvýraznit. Pro alespoň částečnou prevenci opakovaného vyplnění byla k průvodnímu textu dotazníku dodána poznámka upozorňující na již dřívější zveřejnění. Vícenásobnému vyplnění dotazníků lze v některých případech předcházet například omezením na jedno vyplnění pro jednu e-mailovou adresu. Taková možnost nebyla aplikována – snížila by totiž anonymitu a pocit bezpečí respondenta a proces přihlašování může řadu respondentů odradit, což by mělo za následek snížení celkového počtu respondentů (Hendl a Remr, 2017).

Z výše popsaných důvodů nelze vzorek považovat za náhodný, což je předpoklad pro zobecnění statistických závěrů na celou populaci. Jak udává Walker (2013) a Hendl (2015), zcela náhodný vzorek ale nejde v praxi skoro nikdy získat. Jedná se tedy o to, jak hodně se získaný vzorek náhodnému výběru podobá (jak hodně je reprezentativní). Autorka se snažila zajistit co nejlepší reprezentativnost vzorku tím, že ho šířila mnoha různými cestami včetně ergoterapeutických skupin (ČAE, ENOTHE, COTEC), skupin na sociálních sítích, rozesílání e-mailů nebo sbíráním psaných odpovědí na celostátní ergoterapeutické konferenci. Data českých a zahraničních respondentů se v mnoha oblastech velmi podobala (věk, typ pracoviště, cílová skupina pacientů, nalézané bariéry, účely domácích návštěv aj.), což naznačuje, že se alespoň podařilo oslovit porovnatelné vzorky respondentů.

Jako další limitaci výzkumu lze uvést velikost zkoumaného českého vzorku. Ačkoliv byla celková velikost českého vzorku (144) větší než zahraničního (135), počet českých respondentů kteří uvedli, že provádí domácí návštěvy (41) a hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy (37) byl v porovnání se zahraničním nízký. Přitom právě na tyto vzorky respondentů bylo šetření cíleno a jen ti vyplňovali větší část dotazníku. Nízký počet českých respondentů znemožnil podrobnější analýzu některých oblastí. Od respondentů byla například zjišťována forma poskytované ergoterapie (ambulantní, lůžková, terénní) a typ zařízení ve kterém pracují (zdravotní, sociální, školské) s cílem porovnávat odpovědi u jednotlivých oblastí. Kvůli malému vzorku českých respondentů ale nebylo povětšinou možno tyto skupiny analyzovat zvlášť, jelikož velikosti jejich kategorií by byly příliš malé a náhodná chyba příliš velká (např. terénní ergoterapie – 17 respondentů).

V rámci šetření byla použita data od 144 českých respondentů, což je více než 10% všech českých ergoterapeutů (k 1.9.2017 bylo registrováno 1260 ergoterapeutů (Jelínková, 2017)). S ohledem na to, že šíření dotazníku významně podpořila hlavní česká

ergoterapeutická asociace ČAE se tento počet nemusí zdát jako příliš velký. V ČAE je však z důvodu dobrovolnosti členství registrováno pouze přibližně 200 ergoterapeutů (Jelínková, 2017), takže lze celkový počet respondentů považovat za úspěch.

Většího počtu českých respondentů mohlo být teoreticky dosaženo v případě, že by pro účely statistických šetření nabízel spolupráci *Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP)*, případně kdyby členství v ČAE bylo povinné, jako je tomu například v případě lékařů a České lékařské komory. Pak by totiž profesní organizace spravovala více kontaktů na své členy, kteří byli lépe dosažitelní. Pro příklad lze uvést studii, ve které byly zjišťovány informace od českých geriatrů prostřednictvím kontaktů České lékařské komory. Z 230 registrovaných kontaktů pozitivně zareagovalo na spoluúčast 182 geriatrů (část odmítla spolupracovat, jelikož se jich téma netýkalo) a těmto kontaktům byl odeslán dotazník. Z tohoto počtu se nakonec šetření zúčastnilo 129 geriatrů, což představuje 70,9% návratnost dotazníku (Škampová, 2014).

Kromě rizik spojených obecně s online formou dotazníku je na místě uvést limitace použitého dotazníku, jeho obsahu a struktury. Vzhledem k jeho jedinečnosti nebylo možné dotazník převzít z žádného dřívějšího výzkumu. Autorka ho proto vytvořila na základě nastudované literatury, zkušeností a bodů zájmu. Před zveřejněním dotazníku se snažila alespoň v malé míře ověřit jeho obsahovou validitu a to tím, že získala zpětnou vazbu na formulace otázek a odpovědí od dvou ergoterapeutek, statistika a jedné do oboru nezasvěcené osoby. To není příliš velký počet lidí, takže je i tak pravděpodobné, že část chyb v odpovědích vznikla rozdílným pochopením formulací otázek či nabízených odpovědí. Dotazník byl cílen na širokou skupinu ergoterapeutů z různých druhů praxe. Z toho důvodu musel být formulován univerzálně. Tím ale nastala situace, že ergoterapeuti nemuseli nacházet mezi odpověďmi specifické pro svůj případ. Jak se ukázalo, problémy se zařazením měli někteří respondenti pracující v domovech seniorů. V části dotazníku o hodnocení domácího prostředí někteří například odpovídali, jakým způsobem hodnotí pokoj seniora v domově seniorů. Jiní domov seniorů nepovažovali za domácí prostředí. Lepší by bylo v úvodu dotazníku specificky definovat, co domácí prostředí je a co ne.

V později vytvořeném anglickém dotazníku bylo provedeno několik drobných úprav a doplnění otázek. To sice přineslo šanci získat kvalitnější data od zahraničních respondentů, na druhou stranu to ale zhoršilo možnost porovnání výsledků mezi českými a zahraničními respondenty. Při překladu byl kladen důraz ne na stejnou formulaci, ale na co největší zachování významu. To se ale vždy zcela nepodařilo, což mohlo způsobit

některé rozdíly ve zjištěných výsledcích českých a zahraničních respondentů. Anglická forma dotazníku neprošla jazykovou korekcí rodilým mluvčím a nebyla na ni před zveřejněním získána zpětná vazba od žádného zahraničního respondenta. Příkladem otázky, která utrpěla nevhodným překladem byla otázka na financování domácí návštěvy. Většina respondentů pravděpodobně pochopila tuto otázku správně i z kontextu nabízených odpovědí, odpovědi ze sekce „Jiné“ ale též dokládají, že část respondentů neodpovídala na to, jak je návštěva hrazena, ale jak jsou za ni jako sami jako pracovníci placeni. Jelikož na anglický dotazník odpovídali respondenti z různých zemí, chyby v porozumění mohly být způsobeny nejen formulací otázek, ale též nižší znalostí anglického jazyka některých respondentů.

Pozitivem použité formy dotazníku bylo, že při jeho tvorbě bylo možno nastavit podmíněné odskoky. To snížilo zatížení a nutný čas vyplňování u respondentů, kterých se některé otázky netýkaly. Ve struktuře dotazníku byla ale dodatečně objevena chyba oproti původnímu záměru. Ta způsobila, že část respondentů (ti co uvedli, že vůbec neřeší domácí prostředí v rámci své intervence) musela odpovídat na 7-8 nerelevantních otázek. V těchto otázkách byla vždy možná vlastní slovní odpovědi „jiné“, takže tato technická chyba nemusela ovlivnit výsledky. Data nerelevantních respondentů z těchto odpovědí byly ale i tak při analýze těchto otázek pro jistotu vyloučeny.

Část dotazníků byla doplňkově poskytnuta i v tištěné podobě na ergoterapeutické konferenci (tato forma byla vytvořena funkcí tisku z online dotazníku). Z důvodu složité struktury (odskoky, rozdílnosti v možnostech více/jedné odpovědi) se však tento způsob neukázal jako vhodný – z dvaceti získaných dotazníků bylo správně vyplněno pouze osm. Jelikož se charakter a místa chyb ve dvanácti dotaznicích opakovaly, vysvětlením je, že byly nejčastěji způsobeny nejednoznačnými psanými pokyny k jednotlivým otázkám, které byly automaticky generovány s dotazníkem při tisku.

3.3 Diskuze výsledků dotazníkového šetření

Hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy není zcela nahraditelné hodnocením provedeným na pracovišti terapeuta či zástupně pečující osobou. Takové hodnocení totiž poskytuje přesnou reflexi pacientových schopností v tomto reálném a pro daného jedince důležitém prostředí (Radomski a Latham, 2013). Při hodnocení v domácím prostředí navíc pacient často dosahuje odlišného výkonu, než při hodnocení stejné aktivity na pracovišti (Bottari et al., 2006; Toneman, 2010). Přesto výsledky

dotazníkového šetření ukazují, že domácí návštěvy provádí pouze menšina dotázaných českých ergoterapeutů (28%). Naopak zahraniční respondenti v tomto směru potvrdili předpoklad autorky o vyšší míře provádění domácích návštěv (89%). Důvody pro tento rozdíl mohou být různé. O části lze spíše spekulovat, část ale může být vysvětlena analýzou zjištěných dat.

Větší míra provádění domácích návštěv zahraničními respondenty může být v první řadě způsobena tím, že v zahraničním vzorku bylo oproti českému zastoupeno významně více terénních ergoterapeutů (49% vs. 12%), kteří již z principu formy práce poskytují více domácích návštěv. Dotazník potvrdil tuto domněnku, ta ale není úplným vysvětlením. Po odstranění terénních ergoterapeutů ze vzorku totiž statisticky významný rozdíl přetrvává (Mann-Whitney U test, $p = 1 \cdot 10^{-16}$). Lze tedy soudit, že mezi respondenty v zahraničí jsou běžnější domácí návštěvy než v České republice i v oblasti ambulantní a lůžkové ergoterapie.

Důvody nižšího zastoupení provádění domácích návštěv českými respondenty je možno odvozovat z odpovědi dotazníků. Čeští respondenti udávají jako nejčastější důvod neumožnění návštěv zaměstnavatelem (71%). To je důvod, který mezi anglickými respondenty nefiguruje na předních místech (27%). Možným vysvětlením tohoto rozdílu je, že v zahraničí mají terapeuti častěji soukromou praxi (to ale nebylo v rámci dotazníku zjišťováno). Další možností je, že zahraniční respondenti opravdu mají lepší podmínky pro provádění návštěv ze strany zaměstnavatele. Obecně formulované tvrzení „zaměstnavatel to neumožňuje“ totiž může v praxi skrývat některé ostatní důvody. Proč zaměstnavatel návštěvy neumožňuje? Vysvětlením může být, že je pro něho tato služba časově a finančně náročná, na čemž se shodují i zahraniční studie (Daniel et al., 2013; Hoy, 2008, Drummond et al., 2013), což může pramenit z nastavení zdravotního systému země.

Finanční důvody neprovádění domácích návštěv je v kontextu českého zdravotního systému snadno vysvětlitelná. Problémy s oficiálním uskutečňováním domácích návštěv ergoterapeutem a proplácením této služby zdravotní pojišťovnou se zakládají v současné české zdravotnické legislativě. Odbornost ergoterapeuta není dle Vyhlášky č. 134/1998 Sb. uvedena pod bodem, jež upravuje možnost vykonávání návštěv pacienta ve vlastním sociálním zařízení (z nelékařských pracovníků možné pouze sestrou nebo fyzioterapeutem).

System vykazování dopravy zdravotnického pracovníka na návštěvu pacienta pro pojišťovnu sice v českém zdravotnictví existuje (Vyhl. č. 134/1998 Sb. a její novelizace

a výkony přepravy), z důvodu výše popsaných legislativních nedostatků ale není ergoterapeutům pojišťovny prakticky umožňován (Szymanska, 2018). Přesto variantu úhrady domácí návštěvy i dopravy pojišťovnou zvolili v obou případech čtyři čeští respondenti (10%). Je otázka, zda jim byla smluvně poskytnuta od pojišťovny výjimka, nebo odpověděli chybně protože skutečný systém proplácení neznali, nebo skrývají intervenci poskytnutou v domácím prostředí pod výkony, které by měly být dle zdravotní pojišťovny prováděny na pracovišti.

Chtějí-li tedy česká zdravotní zařízení poskytovat ergoterapeutické domácí návštěvy, musí hledat jiná řešení financování. Tuto praxi potvrzují i výsledky dotazníků – nejvíce respondentů z českého vzorku uvedlo, že jsou v jejich případě domácí návštěvy hrazeny z kombinovaných zdrojů pracoviště (11), variantu uskutečňování návštěv za přímou úhradu pacientem uvedlo v odpovědích pět českých respondentů.

Je k zamyšlení, jaké nastavení financování této ergoterapeutické intervence by bylo nejlepší. Přínosné by bylo, kdyby se ergoterapeutům podařilo prosadit legislativní změny prostřednictvím ministerstva zdravotnictví a nastavit tak lepší podmínky pro proplácení domácích návštěv ze zdrojů zdravotního pojištění. Možná by bylo dostačující, kdyby se mezi pacienty do českého zdravotnického prostředí více jako běžná zažila forma přímé úhrady, obzvláště když může být hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy i jednorázovou intervencí. Na druhou stranu osoby s disabilitou mají často už tak finanční potíže z důvodu pracovní neschopnosti a nedostačujících finančních sociálních dávek a přímá úhrada by pro ně mohla být příliš zatěžující, pokud by tato intervence nebyla alespoň částečně dotována z jiných zdrojů. Možné řešení by mohly také zavést specializované neziskové organizace podobného typu jako je například organizace Rebuilding Together v Americe, která nabízí úpravu domů prostřednictvím různých dobrovolníků. (Rebuilding Together, 2015).

Na lepší legislativní a úhradové podmínky pro domácí návštěvy v zahraničí může poukazovat zjištění, že zahraniční respondenti uváděli v dotazníku plné proplácení návštěv zdravotní pojišťovnou jako druhou nejčastěji volenou možnost (28%) hned po variantě možnosti „Jiné“. I zahraniční zdroje ale dokládají, že hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy není často realizováno z finančních důvodů (Daniel et al., 2013). Například Drummond et al. (2013) vyčísluje v britském kontextu průměrné náklady spojené s jednou domácí návštěvou (£208) a rozhovorem v nemocnici (£75) – domácí návštěva byla téměř trojnásobně finančně nákladnější. Tento finanční rozdíl tvoří z části extra výdaje jako je cestovné, parkovné či potřebné pomůcky; hlavní rozdíl je ale

dán především dobou potřebnou pro hodnocení, která je v případě domácí návštěvy výrazně vyšší. Průměrná doba domácí návštěvy včetně cesty i administrace byla ve stejné studii od Drummond et al. (2013) 189 minut, zatímco průměrná doba nemocničního rozhovoru jen 99 minut. Ne vždy musí být domácí návštěva tak dlouhá. Například Renforth, Yapa a Forster (2004) ve své studii uvádí, že průměrná doba samotné domácí návštěvy byla 49 minut a spolu s přičtením cestovního času trvala 108 minut.

Pokud se hodnocení domácího prostředí domácí návštěvou ukazuje jako finančně a časově neefektivní, jako další řešení se i pro české ergoterapeuty jeví zavedení hodnocení s pomocí moderních technologií a „tele-návštěv“. Způsob hodnocení domácího prostředí formou videohovoru nevedl ve výsledcích dotazníků ani jeden respondent. Přitom tento způsob může být efektivní alternativou (Nix a Comans, 2017, Hoffmann a Russell, 2008).

Kromě domácích návštěv se další dvě hypotézy práce soustředily na používání existujících hodnotících nástrojů při hodnocení domácího prostředí. Dle výsledků většina českých ani zahraničních respondentů nepoužívá při hodnocení domácího prostředí existující hodnotící nástroje. Toto zjištění koresponduje se zahraniční literaturou, která se shoduje, že ergoterapeuti příliš nepoužívají standardizovaná hodnocení (Aplin, Jonge a Gustafsson, 2015; Chiatti a Iwarsson, 2014; Stapleton a McBrearty, 2009).

K tomuto tématu nabízí možná vysvětlení Romli et al. (2016). Dle něho je problémem absence univerzálních nástrojů využitelných v běžné praxi. Specializovaná hodnocení mohou mít malou klinickou hodnotu, nebo se úzce soustředí jen na některé oblasti.

Další příčinou nepoužívání nástrojů může být jejich neznalost a také nedostatek informací, jak je používat (Hill et al., 2001). To potvrzují výsledky tohoto šetření, z kterých vyplývá, že 62% respondentů pocituje, že se v rámci studia ergoterapie naučili minimum informací o hodnocení domácího prostředí. Většina respondentů (65%) nezná žádný existující nástroj pro hodnocení domácího prostředí. Obzvlášť mezi českými bylo spektrum zmíněných nástrojů velmi omezené, v drtivé většině se objevoval pouze nástroj SEMAFOR home. To může být zapříčiněno nejen tím, že jde o jediný český hodnotící nástroj specializovaný pro tyto účely (Macháčová a kol., 2014), ale též tím, že se nedlouho před výzkumem dostal do povědomí ergoterapeutů díky inzerovanému projektu zaměřenému na standardizaci tohoto nástroje.

V oblasti metodických postupů provádění domácích návštěv výsledky ukazují, že respondenti obou vzorků provádí domácí návštěvy nejčastěji na základě individuálního

posouzení, spíše než že by byl rozhodujícím ukazatelem určitý funkční stav či diagnóza. Tento postup se shoduje se studií popisovanou Neufeldem a Lysackem (2004), ve které nebyly indikátory pro provedení domácí evaluace ani diagnóza, ani hodnoty dosažené v testech funkční nezávislosti (FIM) ani délka hospitalizace. Každý ergoterapeut měl příležitost doporučit domácí evaluaci každému pacientovi u kterého si myslí, že má přínos. Takový metodický postup může být spojen obavami z přemíry či nevyváženosti poskytování domácích návštěv, studie však ukázala, že domácí evaluace byly poskytnuty pouze u 12% hospitalizovaných pacientů v městské rehabilitační nemocnici a alokace domácích návštěv byla přiměřená - probíhala v potřebných případech, nejvíce u pacientů s těžkou disabilitou, zejména u spinálních pacientů. Individuální způsob posuzování bez přesně stanovených kritérií tedy nemusí být nutně nevhodný. V některých případech je ergoterapeutovou kompetencí pouze návštěvu doporučit, ale výsledné rozhodnutí o realizaci provádí až lékař či vedoucí pracoviště (Neufeldem a Lysackem, 2004). To potvrzují i výsledky dotazníků.

4 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo představit v teoretické části problematiku ergoterapeutického hodnocení domácího prostředí včetně hodnotících nástrojů k tomuto účelu. Za hlavní výzkumný cíl si práce kladla získat popisné informace o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách od vzorku českých ergoterapeutů a tato data porovnat se získaným vzorkem dat od zahraničních ergoterapeutů.

Tyto cíle byly splněny. V rámci teoretické části byly popsány a obsáhlou zahraniční literaturou doloženy nejrůznější aspekty vztahující se k procesu hodnocení domácího prostředí. Část práce byla věnována existujícím hodnotícím nástrojům, kde byly detailně představeny tři zahraniční ergoterapeutické nástroje pro různé účely hodnocení domácího prostředí. Americký nástroj Cougar pomáhá identifikovat rizika v oblasti bezpečnosti domácího prostředí, jako je například riziko požáru, nehod způsobených elektrinou aj. (Fisher, Coolbaugh a Rhodes, 2006). Australský nástroj WeHSA slouží k systematické identifikaci potenciálních rizik pádu (Clemson et al., 1992). Švédský Housing Enabler je velmi detailní hodnocení, které objektivně měří přístupnost obydlí s ohledem na stavební normy (Iwarsson, 1999). Z českých hodnocení byla v teorii práce popsána metodika SEMAFOR home a shrnuty české publikace a zdroje užitečné pro účely hodnocení domácího prostředí. Všechny tyto informace mohou ergoterapeutům posloužit k získání lepšího přehledu a většího množství informací o hodnocení domácího prostředí a o hodnotících nástrojích, kterých, jak se i z výsledků dotazníků této práce ukázalo, mají ergoterapeuti ze studia ergoterapie převážně minimum.

Prostřednictvím uskutečněného dotazníkového šetření byla sumarizována a následně analyzována data o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách od 279 ergoterapeutů rozdělených do dvou výzkumných vzorků – 144 českých a 135 zahraničních respondentů. Takového počtu respondentů bylo dosaženo prostřednictvím četných aktivit podniknutých pro podporu šíření vytvořeného dotazníku. Mezi ně patřilo kontaktování ergoterapeutických asociací (ČAE, ENOTHE, COTEC aj.), zástupců oboru ergoterapie na českých univerzitách, zveřejnění dotazníku na ergoterapeutických sociálních sítích a také oslovení několika osobních zahraničních kontaktů.

Zjištěná data potvrdila stanovené hypotézy, jež se vycházely z předpokladů vytvořených na základě předchozí zahraniční literární rešerše a zkušeností z české praxe. Hlavním závěrem je, že významná většina dotázaných českých ergoterapeutů neprovádí

domácí návštěvy pacientů (72%). To koresponduje s výsledkem, že u ergoterapeutů kteří řeší v rámci své intervence domácí prostředí pacienta, je nejčastějším způsobem hodnocení domácího prostředí rozhovor s pacientem na pracovišti (71%). Ukázalo se, že u dotázaných zahraničních ergoterapeutů je tomu jinak. Nejvíce používaným způsobem je v jejich případě rozhovor, pozorování a měření v domácím prostředí (48%) a oproti českým respondentům provádí domácí návštěvy (odpovědi *často*, *občas* či alespoň *ve výjimečných případech*) většina dotázaných zahraničních respondentů (89%), což tvoří v porovnání s českými respondenty statisticky významný rozdíl. Další potvrzená hypotéza pak dokládá, že většina dotázaných českých ergoterapeutů, stejně tak jako zahraničních, nepoužívá pro hodnocení domácího prostředí existující hodnotící nástroje, avšak zahraniční respondenti je používají v porovnání více.

Přínosem této práce je, že sumarizuje velké množství informací ze zahraničních odborných zdrojů a také získala jedinečná data o hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách ze současné ergoterapeutické praxe. Zjištěná dotazníková data sice nelze z důvodu nenáhodnosti vzorku spolehlivě generalizovat na celou populaci ergoterapeutů, mohou však dobře posloužit pro utvoření představy o této problematice. S ohledem na celkový počet ergoterapeutů v České republice lze říci, že výsledky dotazníků dokumentují praxi více než deseti procent českých ergoterapeutů, což tvoří evidenci, která dosud nemá v České republice obdoby. Jako možnost budoucího uplatnění této evidence se jeví její využití při navrhování změn legislativního ukotvení ergoterapie v oblasti domácích návštěv a také při vyjednávání lepšího způsobu financování této intervence.

Díky podrobnému popisu osloveného výzkumného vzorku, způsobu šíření dotazníku a procesu získání dat, může tato práce sloužit také jako zdroj informací, inspirace a poučení pro další ergoterapeutické výzkumy podobného typu a může být vodítkem pro stanovení dalších hypotéz, které je třeba v budoucnu dále blíže prozkoumat a ověřit.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AINSWORTH, Elizabeth a Desleigh DE JONGE. *An occupational therapist's guide to home modification practice*. Thorofare, NJ: SLACK, 2011. ISBN 9781556428524.
- [2] AOTA. Environmental Modification Specialty Certification Occupational Therapist: Critical Reasoning Scenario Assessments– Criterion 6. In: *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. 2013 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/EducationCareers/BSC/initial/SCE M-OT-Part-2-EVIDENCE-FORMS.docx>
- [3] AOTA. Home Safety and Accessibility Assessments. *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. American Occupational Therapy Association, 2018a [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://www.aota.org/Practice/Productive-Aging/Home-Mods/Rebuilding-Together/assessments.aspx>
- [4] AOTA. Specialty Certification in Environmental Modification. *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. American Occupational Therapy Association, 2018b [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.aota.org/Education-Careers/Advance-Career/Board-Specialty-Certifications/EnvironmentalModification.aspx>
- [5] AOTA. Standards of practice for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2010, 64(6), S106-S111 [cit. 2015-11-03]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2010.64S106>
- [6] APLIN, Tammy, Desleigh JONGE a Louise GUSTAFSSON. Understanding home modifications impact on clients and their family's experience of home: A qualitative study.: A qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*. Wiley-Blackwell, 2015, 62(2), 123-131. ISSN 00450766. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102042751&lang=cs&site=ehost-live>
- [7] ATWAL, Anita et al. Factors influencing occupational therapy home visit practice: A qualitative study.: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. Taylor & Francis, 2014, 21(1), 40-47 [cit. 2018-04-25]. ISSN 11038128. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94448404&lang=cs&site=ehost-live>
- [8] BALTES, Margret M., et al. Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. *The Berlin aging study: Aging from*, 1999, 70: 384-402.

- [9] BARKER DUNBAR, Sandra. *Occupational therapy models for intervention with children and families*. Thorofare, NJ: SLACK, 2007. ISBN 9781556427633.
- [10] BARRAS, Sarah, Karen GRIMMER-SOMERS a Esther MAY. *Consensus on 'core/essential' and 'ideal world' criteria of a pre-discharge occupational therapy home assessment*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [online]. 2010, **16**(6), 1295-1300 [cit. 2016-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01331.x. ISSN 13561294. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=56600103&lang=cs&site=ehost-live>
- [11] BARRAS, Sarah. A systematic and critical review of the literature: The effectiveness of Occupational Therapy Home Assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2005, **52**(4), 326-336 [cit. 2015-04-02]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=18866857&site=ehost-live&scope=site>
- [12] BOMAN, Inga-Lill a Aniko BARTFAI. The first step in using a robot in brain injury rehabilitation: patients' and health-care professionals' perspective. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* [online]. 2015, **10**(5), 365-370 [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.3109/17483107.2014.913712. ISSN 1748-3107. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17483107.2014.913712>
- [13] BOMAN, Inga-Lill, Ann-Christine PERSSON a Aniko BARTFAI. First steps in designing an all-in-one ICT-based device for persons with cognitive impairment: evaluation of the first mock-up. *BMC Geriatrics* [online]. 2016, **16**(1), - [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.1186/s12877-016-0238-x. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/16/61>
- [14] BOTTARI, Carolina, Elisabeth DUTIL, Clement DASSA a Constant RAINVILLE. Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or clinic?. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2006, **53**(2), 98-106 [cit. 2018-04-25]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x. ISSN 0045-0766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2006.00547.x>
- [15] BUNN, Frances et al. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing and Society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2008, **28**(4), 449-472. DOI: 10.1017/S0144686X07006861. Dostupné také z: <https://www.cambridge.org/core/article/a-systematic-review-of-older-people-s-perceptions-of-facilitators-and-barriers-to-participation-in-falls-prevention-interventions/1D7E4BF3061874634A69D68A9CBB1190>
- [16] BURNS, Suzanne Perea, Noralyn Davel PICKENS a Roger O. SMITH. Interprofessional Client-Centered Reasoning Processes in Home Modification Practice. *Journal of Housing For the Elderly* [online]. 2017, **31**(3), 213-228 [cit. 2018-02-10]. DOI: 10.1080/02763893.2017.1280579. ISSN 0276-3893.

Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02763893.2017.1280579>

- [17] CARLSSON, Gunilla et al. Toward a Screening Tool for Housing Accessibility Problems: A Reduced Version of the Housing Enabler. *Journal of Applied Gerontology* [online]. 2009, **28**(1): 59-80 [cit. 2015-12-14]. ISSN 07334648. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=36095399&scope=site>
- [18] CLEMSON, Lindy – The University of Sydney. In: *The University of Sydney* [online]. 2018 [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: <http://sydney.edu.au/health-sciences/about/people/profiles/lindy.clemson.php>
- [19] CLEMSON, Lindy et al. Environmental Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People. *Journal of Aging and Health* [online]. 2008a, **20**(8), 954-971 [cit. 2018-02-27]. DOI: 10.1177/0898264308324672. ISSN 0898-2643. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264308324672>
- [20] CLEMSON, Lindy et al. Implementing person-environment approaches to prevent falls: A qualitative inquiry in applying the Westmead approach to occupational therapy home visits. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2014, **61**(5), 325-334 [cit. 2018-02-24]. DOI: 10.1111/1440-1630.12132. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1440-1630.12132>
- [21] CLEMSON, Lindy, Maryanne ROLAND a Robert CUMMING. Occupational Therapy Assessment of Potential Hazards in the Homes of Elderly People: an Inter-Rater Reliability Study. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 1992, **39**(3), 23-26 [cit. 2018-02-25]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.1992.tb01753.x. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.1992.tb01753.x>
- [22] CLEMSON, Lindy, Maureen H FITZGERALD a Robert HEARD. Content Validity of an Assessment Tool to Identify Home Fall Hazards: The Westmead Home Safety Assessment. *British Journal of Occupational Therapy*. SAGE Publications, 1999, **62**(4), 171-179. DOI: 10.1177/030802269906200407. ISSN 03080226. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802269906200407>
- [23] CLEMSON, Lindy et al. Inter-Rater Reliability of a Home Fall Hazards Assessment Tool. *The Occupational Therapy Journal of Research* [online]. 1999, **19**(2), 83-98 [cit. 2018-02-24]. DOI: 10.1177/153944929901900201. ISSN 0276-1599. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153944929901900201>
- [24] CLEMSON, Lindy. *Home fall hazards: a guide to identifying fall hazards in the homes of elderly people and an accompaniment to the assessment tool, the Westmead Home Safety Assessment (WeHSA)*. West Brunswick, Australia: Coordinates Publications, 1997. ISBN 064631713X, 9780646317137

- [25] CLEMSON, Lindy. Chapter 63 Preventing Falls in the Elderly: Opportunities and Alternatives. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Second edition. Cham: Springer International Publishing, 2015c, s. 849-860. ISBN 978-3-319-08140-3. Dostupné také z: Dostupné také z: <https://books.google.cz/books?id=o4qaBQAAQBAJ&lpg=PR1&dq=International%20Handbook%20of%20Occupational%20Therapy%20Interventions&hl=cs&pg=PR1#v=onepage&q=International%20Handbook%20of%20Occupational%20Therapy%20Interventions&f=false>
- [26] CLEMSON, Lindy. Westmead Home Safety Assessment: Long form. In: *Falls Prevention Online Workshop – Home & Community Safety* [online]. 2015a [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.fallspreventiononlineworkshops.com.au/wp-content/uploads/2016/08/HomeSafetyAssessment-Long-Form-Jan-2015.pdf>
- [27] CLEMSON, Lindy. Westmead Home Safety Assessment: Short form. In: *Falls Prevention Online Workshop – Home & Community Safety* [online]. 2015b [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.fallspreventiononlineworkshops.com.au/wp-content/uploads/2016/08/HomeSafetyAssessment-Short-Form-Jan-2015.pdf>
- [28] CLUTTON, Sylvia, Jani GRISBOOKE a Sue PENGELLY(ed.). *Occupational therapy in housing: building on firm foundations*. John Wiley & Sons, 2006. ISBN 9780470035207.
- [29] Course Guide – Falls Prevention Online Workshop. *Falls Prevention Online Workshop – Home & Community Safety* [online]. 2018 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.fallspreventiononlineworkshops.com.au/course-guide/>
- [30] CRANE, Bayard T. Occupational Therapy. *The Boston Medical and Surgical Journal* [online]. 1919, **181**(3), 63-65 [cit. 2018-03-30]. DOI: 10.1056/NEJM191907171810304. ISSN 0096-6762. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM191907171810304>
- [31] CUMMING, Robert G et al. Home Visits by an Occupational Therapist for Assessment and Modification of Environmental Hazards: A Randomized Trial of Falls Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 1999, **47**(12), 1397-1402 [cit. 2015-12-15]. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb01556.x. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1999.tb01556.x>
- [32] CZEPA. Seminář o správném sezení se přesouvá do Brna. *Česká asociace paraplegiků – CZEPA* [online]. 21.02.2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.czepa.cz/news/seminar-spravneho-sezeni-v-brne/>
- [33] ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. O modifikaci domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. In: *Pečujdoma.cz* [online]. vydáno díky podpoře MZ ČR, 2004 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/o-uprave-domacnosti-cloveka-s-demenci/>

- [34] 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. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>
- [35] ČESKO. Vyhláška č. 23/2008 Sb. o technických podmínkách požární ochrany staveb. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2008, částka 10. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-23>
- [36] ČESKO. Vyhláška č. 246/2001 Sb. o požární prevenci. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2001, částka 95. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-246>
- [37] ČESKO. Vyhláška č. 268/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2011, částka 95. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-268>
- [38] ČESKO. Vyhláška č. 326/2014 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2014, částka 129. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-326>
- [39] ČESKO. Vyhláška č. 34/2016 Sb. o čištění, kontrole a revizi spalinové cesty. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2016, částka 13. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-34#prilohy>
- [40] ČESKO. Vyhláška č. 354/2017 Sb. kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2017, částka 122. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-354>
- [41] ČESKO. Vyhláška č. 369/2001 Sb. Ministerstva pro místní rozvoj o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2001, částka 140. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-369>
- [42] ČESKO. Vyhláška č. 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2010, částka 142. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-396>
- [43] ČESKO. Vyhláška č. 398/2009 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb.. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2009, částka 129. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-398>
- [44] ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2011, částka 20, s. 482-544. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- [45] ČESKO. Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2000, částka 32. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

- [46] ČESKO. Zákon č. 225/2017 Sb kterým se mění zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2017, částka 82. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-225>
- [47] 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>
- [48] 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>
- [49] ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů ČR*, 2004, částka 30. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [50] ČIHAŘOVÁ, Kateřina. RE: Prosba o schválení textu o SEMAFOR home do DP + článek [e-mailová komunikace]. 12.2.2018 [cit. 2018-02-04]. katerina.ciharova@ila.cz
- [51] Číselník VZP: Číselník Doprava verze 968 [online]. VZP ČR, platnost od 1.1.2018 [cit. 2018-3-15]. Dostupný z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/doprava>
- [52] Členové terminologické skupiny ČAE. Odsouhlasené definice terminologické skupiny ENOTHE. In: *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. Poslední úprava: 15. 11. 2015 [cit. 2016-11-05]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=32>
- [53] ČSÚ. *Výsledky šetření u osob se zdravotním postižením v České republice za rok 2013*. Praha: Český statistický úřad, 2014. 54 s., 8. příl. Zdravotnictví. ISBN 978-80-250-2536-9.
- [54] DANIEL, H. et al. Evaluation of a novel photography-based home assessment protocol for identification of environmental risk factors for falls in elderly persons. *Swiss Medical Weekly* [online]. 2013, **143**, w13884 [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.4414/smw.2013.13884. ISSN 1424-7860. Dostupné z: <http://doi.emh.ch/smw.2013.13884>
- [55] DANIELOVÁ, Barbora a kol. Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2015 [cit. 2018-02-03]. Výstup ze stejnojmenného projektu. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000296.pdf?seek=1470992283>
- [56] DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum, 2011. ISBN 9788024619668. Dostupné také z: <http://www.google.cz/books?id=INNPBAAAQBAJ>

- [57] *Disway: Cestování bez bariér* [online]. 2018 [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.disway.org>
- [58] DRUMMOND, A. E. R. et al. Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke (HOVIS): results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2013, **27**(5), 387-397 [cit. 2018-03-08]. DOI: 10.1177/0269215512462145. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215512462145>
- [59] DUNN, W., C. BROWN a A. MCGUIGAN. The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1994, **48**(7), 595-607 [cit. 2018-03-30]. DOI: 10.5014/ajot.48.7.595. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.48.7.595>
- [60] DUŠEK, Ladislav a kol. Analýza dat v neurologii XXIX. Spolehlivost (reliabilita) klinických testů. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011a, **74**(5), 594-599. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/analyza-dat-v-neurologii-xxix-spolehlivost-reliabilita-klinicky-testu-36060>
- [61] DUŠEK, Ladislav a kol. Analýza dat v neurologii XXX. Validita klinických testů v širším kontextu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011b, **74**(6), 711-713. Dostupné také z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/analyza-dat-v-neurologii-xxx-validita-klinicky-testu-v-sirsim-kontextu-36318>
- [62] ErgoAssess – Online risk assessment tool. *Ergoworks Physiotherapy* [online]. Ergoworks Physiotherapy, 2018 [cit. 2018-04-21]. Dostupné z: <http://www.sydneyphysiotherapist.com.au/services/ergoassess-online-risk-assessment-tool/>
- [63] *Falls Prevention Online Workshop – Home & Community Safety*. [online]. 2018 Falls Prevention Online [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.fallspreventiononlineworkshops.com.au/>
- [64] FÄNGE, Agneta a Susanne IWARSSON. Accessibility and usability in housing: construct validity and implications for research and practice. *Disability and rehabilitation* [online]. 2003, **25**(23), 1316 [cit. 2018-03-04]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280310001616286>
- [65] FÄNGE, Agneta a Susanne IWARSSON. Challenges in the development of strategies for housing adaptation evaluations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Taylor & Francis, 2007, **14**(3), 140-149. DOI: 10.1080/11038120600840150. ISSN 11038128. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1080/11038120600840150>
- [66] FÄNGE, Agneta, Ralf RISSER a Susanne IWARSSON. Challenges in implementation of research methodology in community-based occupational therapy: The Housing Enabler Example. *Scandinavian Journal of Occupational*

- Therapy* [online]. 2007, **14**(1), 54-62 [cit. 2018-02-22]. DOI: 10.1080/11038120601148520. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038120601148520>
- [67] FILIPIOVÁ, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 8086552187. Dostupné také z: <http://www.mozaikaub.cz/obr/pdf/bb.pdf>
- [68] FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha : Grada, 1998. 101 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 80-7169-233-6.
- [69] FISHER, Anne G. a Kristin Bray JONES. *Assessment of motor and process skills Vol. 1*. 7th ed. Fort Collins, Colo: Three Star Press, 2012. ISBN 9780983512301.
- [70] FISHER, Grace S. Cougar home safety assessment tool [e-mailová komunikace]. 8.2. 2018 [cit. 2018-02-10]. gfisher@misericordia.edu
- [71] FISHER, Grace S. et al. A field test of the Cougar Home Safety Assessment (version 2.0) in the homes of older persons living alone. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2007, **54**(2), 124-130 [cit. 2018-02-04]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00604.x. ISSN 0045-0766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2006.00604.x>
- [72] FISHER, Grace S. et al. *Cougar Home Safety assessment Version 4.0 for Community Dwelling Older Adults: Recommendations and Follow-up*. College Misericordia, Dallas, Pennsylvania: 2006. Unpublished manuskript.
- [73] FISHER, Grace S. et al. Home modification outcomes in the residences of older people as a result of Cougar home safety assessment (version 4.0) recommendations. *Californian Journal of Health Promotion*, 2008, **6**.1: 87-110 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228366331_Home_Modification_Outcomes_in_the_Residences_of_Older_People_as_a_Result_of_Cougar_Home_Safety_AssessmentVersion_4_0_Recommendations
- [74] FISHER, Grace S., Kristen COOLBAUGH a Christin RHODES. A field test of the Cougar Home Safety Assessment for Older Persons version 1.0. *California Journal of Health Promotion*, 2006, **4**.2: 181-196. 130 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: http://www.cjhp.org/Volume4_2006/Issue2/181-196-fisher.pdf
- [75] FISHER, Grace S. Field tests of the Cougar home safety assessments for older persons – version 1.0 and 2.0: inter-rater reliability, content validity and study findings. *Research and Practice in Alzheimer's Disease*, 2006, **11**, 306-315. Získáno od autorky.
- [76] FLETCHER, P. C. a J. P. HIRDES. Risk Factors for Falling Among Community-Based Seniors Using Home Care Services. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [online]. 2002, **57**(8), M504-M510 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1093/gerona/57.8.M504. ISSN 1079-5006. Dostupné z: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/57.8.M504>

- [77] FRANCESCUTTI, Carlo et al. Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. *BMC Public Health* [online]. 2011, **11**(Suppl 4), S11- [cit. 2018-03-05]. DOI: 10.1186/1471-2458-11-S4-S11. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S4-S11>
- [78] GARCÍA CEDRÓN, M. et al. La atención a las personas en situación de dependencia: valoración, servicios y prevención. *Rehabilitación* [online]. 2008, **42**(6), 340-349 [cit. 2018-04-17]. DOI: 10.1016/S0048-7120(08)75670-6. ISSN 00487120. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712008756706>
- [79] GITLIN, L. N. et al. Evaluating home environments of persons with dementia: interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). *Disability and Rehabilitation* [online]. 2009, **24**(1-3), 59-71 [cit. 2018-02-06]. DOI: 10.1080/09638280110066325. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280110066325>
- [80] GRIFFIN, Janelle, Kryss MCKENNA a Leigh TOOTH. Written health education materials: Making them more effective. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2003, **50**(3), 170-177 [cit. 2018-03-11]. DOI: 10.1046/j.1440-1630.2003.00381.x. ISSN 0045-0766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-1630.2003.00381.x>
- [81] GRIVNA, Michal a Veronika BENEŠOVÁ. *Bezpečný domov pro seniory: rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života*. 1. vyd. Praha : Centrum úrazové prevence, 2002. Nestr. : il. ; 30 cm. ISBN: 80-238-9459-5.
- [82] HALEY, Stephen M. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, standardization and administration manual*. PEDI Resarch Group, 1992.
- [83] HANNES, Karin, Craig LOCKWOOD a Alan PEARSON. A Comparative Analysis of Three Online Appraisal Instruments' Ability to Assess Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research* [online]. 2010, **20**(12), 1736-1743 [cit. 2018-03-03]. DOI: 10.1177/1049732310378656. ISSN 1049-7323. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732310378656>
- [84] HANSON, Lisa. *Designing with Care. A Guide to Adaptation of the Built Environment for Disabled Persons*. United Nations in co-operation with SIDA and UNCHS, New York, 1983.
- [85] HARRIS, Sally, Erica JAMES a Pamela SNOW. Predischarge occupational therapy home assessment visits: Towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2008, **55**(2), 85-95 [cit. 2016-03-03]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2007.00684.x. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=32458700&lang=cs&site=ehost-live>

- [86] HAWES, C. et al.. Prospects and Pitfalls: Use of the RAI-HC Assessment by the Department of Veterans Affairs for Home Care Clients. *The Gerontologist* [online]. 2007, **47**(3), 378-387 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1093/geront/47.3.378. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/47.3.378>
- [87] HEINEMANN, Allen W., Ana MISKOVIC, Patrick SEMIK, et al. Measuring Environmental Factors: Unique and Overlapping International Classification of Functioning, Disability and Health Coverage of 5 Instruments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2016, **97**(12), 2113-2122 [cit. 2018-03-22]. DOI: 10.1016/j.apmr.2016.05.021. ISSN 00039993. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999316302581>
- [88] HELFRICH, Christine A. a Dara V. CHAN. Changes in Self-Identified Priorities, Competencies, and Values of Recently Homeless Adults with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* [online]. 2013, **16**(1), 22-49 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1080/15487768.2013.762298. ISSN 1548-7768. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487768.2013.762298>
- [89] HELLE, Tina et al. The Nordic Housing Enabler: Inter-rater reliability in cross-Nordic occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2014, **21**, 71-79 [cit. 2016-03-03]. DOI: 10.3109/11038128.2014.952907. ISSN 11038128. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=97444134&lang=cs&site=ehost-live>
- [90] HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0981-2.
- [91] HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- [92] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [93] HEYWOOD, Frances. Understanding needs: a starting point for quality. *Housing Studies* [online]. 2004, **19**(5), 709-726 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.1080/0267303042000249161. ISSN 0267-3037. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0267303042000249161>
- [94] HILL, Keith, Robyn SMITH a Jenny SCHWARZ. Falls Clinics in Australia: a survey of current practice, and recommendations for future development. *Australian Health Review* [online]. 2001, **24**(4), 163- [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1071/AH010163. ISSN 0156-5788. Dostupné z: <http://www.publish.csiro.au/?paper=AH010163>
- [95] HOFFMANN, Tammy a Trevor RUSSELL. Pre-admission orthopaedic occupational therapy home visits conducted using the Internet. *Journal of Telemedicine and Telecare* [online]. 2008, **14**(2), 83-87 [cit. 2017-11-18]. DOI:

10.1258/jtt.2007.070808. ISSN 1357-633x. Dostupné z:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jtt.2007.070808>

- [96] Home Assessment (Occupational Therapy) Report Template. *Comcare – Home* [online]. last updated: 01 Sep 2017 [cit. 2018-04-21]. Dostupné z:
https://www.comcare.gov.au/Forms_and_Publications/forms2/claims_forms2/claims_forms/home_assessment_occupational_therapy_report_template
- [97] HOROVÁ, Jana, Iva BRABCOVÁ a Jitka KROCOVÁ. Účinnost intervenčních programů prevence pádů hospitalizovaných osob. *Kontakt* [online]. 2017, **19**(2), 113-124 [cit. 2018-03-10]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20170619142148086109.pdf>
- [98] HOROWITZ, Beverly P., Tiffany ALMONTE a Andrea VASIL. Use of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) within Community Health Education to Improve Home Safety. *Occupational Therapy in Health Care*. 2016, **30**(4), 356-372. ISSN 07380577. Dostupné také z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118992898&lang=cs&site=ehost-live>
- [99] HOY, Jane. Occupational Therapy Home Assessments: More than Just a Visit? An Audit of Occupational Therapy Practice in Oncology and Palliative Care. *The British journal of occupational therapy* [online]. 2008, **71**(2), 59 [cit. 2016-12-17]. DOI: 10.1177/030802260807100204. ISSN 03080226. Dostupné z:
<http://goo.gl/pbt1hj>
- [100] HUMLOVÁ, Marie. Ergoterapie v agentuře domácí péče [online]. Ostrava, 2011 [cit. 2018-04-29]. Bakalářská práce (Bc.). Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jolana Kondziolková. Dostupné z:
<https://theses.cz/id/y5a1yu/>
- [101] CHIATTI, Carlos a Susanne IWARSSON. Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. Taylor & Francis, 2014, **21**(5), 323-333 [cit. 2016-04-03]. ISSN 11038128. Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2014.900109>
- [102] CHIBNALL, Catherine. Are home assessments beneficial in discharge planning following a stroke? A viewpoint. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2011, **58**(2), 129-131 [cit. 2018-03-10]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2010.00898.x. ISSN 00450766. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2010.00898.x>
- [103] CHO, Hea et al. Accessible Home Environments for People with Functional Limitations: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2016, **13**(8), 826 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.3390/ijerph13080826. ISSN 1660-4601. Dostupné z:
<http://www.mdpi.com/1660-4601/13/8/826>

- [104] CHRISTENSON, Margaret (ed.). *Occupational therapy and home modification: promoting safety and supporting participation*. Bethesda, MD: AOTA Press, 2011. ISBN 9781569003275.
- [105] CHRISTIANSEN, Charles, Carolyn Manville BAUM a Julie BASS-HAUGEN. *Occupational therapy: performance, participation, and well-being*. 3rd ed. Thorofare, NJ: Slack, 2005. ISBN 9781556425301.
- [106] ILA, s.r.o. *Analýza proveditelnosti komercializačního konceptu Příprava komercializace metodiky SEMAFOR home: výstup 1. fáze projektu Prověřka portfolia komercializačních konceptů formulovaných inovační agenturou ILA s využitím přístupu otevřených inovací Reg. č. CZ.07.1.02/0.0/0.0/16_023/0000114*. Praha, 2017. Odevzdáno OP Praha – Pól růstu ČR, zatím není veřejně dostupné.
- [107] ILA, s.r.o. ILA uspořádala třetí odborný seminář projektu DeMo „Metodika hodnocení bariér v domácím prostředí“. *INNOVATION LEADERSHIP AGENCY* [online]. 25.6.2014 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.ila.cz/aktuality/ila-usporadala-tredi-odborny-seminar-projektu-demo-metodika-hodnoceni-barier-v-domacim-prostredi/>
- [108] ILA, s.r.o. Proběhl seminář „Úvod do problematiky modifikace domácího prostředí“ pořádaný ILA, s.r.o. *INNOVATION LEADERSHIP AGENCY* [online]. 16.10.2013 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: http://www.ila.cz/aktuality/prezentace_seminar1/
- [109] INVESTIGADOR, [equipo a ISABEL DE LA TORRE PRADOS et al.]. *Dependencia y familia una perspectiva socio-económica*. 1a. ed. Madrid: IMSERSO, 2010. ISBN 9788484461296. Dostupné také z: <https://books.google.cz/books?id=Z-4Z1r2I2U8C&lpg=PP1&dq=Dependencia%20y%20familia%3A%20una%20perspectiva%20socio-econ%3%B3mica&hl=cs&pg=PA1#v=onepage&q&f=false>
- [110] IWARSSON, Susanne a Björn SLAUG. Environmental component, the complete Housing Enabler instrument. In: *The Enabler Web Site* [online]. 2010 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: http://www.enabler.nu/Environmental_component.pdf
- [111] IWARSSON, Susanne et al. Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Conceptual and Methodological Background of the European ENABLE-AGE Project. *Gerontologist* [online]. 2007, **47**(1), 78-84 [cit. 2016-01-15]. ISSN 00169013. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=25545203&scope=site>
- [112] IWARSSON, Susanne, Carita NYGREN a Björn SLAUG. Cross-national and multi-professional inter-rater reliability of the Housing Enabler. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2005, **12**(1), 29-39 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1080/11038120510027144. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038120510027144>
- [113] IWARSSON, Susanne, Gunilla JENSEN a Agneta STÅHL. Travel Chain Enabler: Development of a pilot instrument for assessment of urban public bus

- transport accessibility. *Technology & Disability*. IOS Press, 2000, **12**(1), 3. ISSN 10554181. Dostupné také z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4838025&site=ehost-live&scope=site>
- [114] IWARSSON, Susanne, Maria HAAK a Björn SLAUG. Current Developments of the Housing Enabler Methodology. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **75**(11), 517-521 [cit. 2018-02-22]. DOI: 10.4276/030802212X13522194759978. ISSN 0308-0226. Dostupné z:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802212X13522194759978>
- [115] IWARSSON, Susanne. The Housing Enabler: An Objective Tool for Assessing Accessibility. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 1999, **62**(11), 491-497 [cit. 2018-02-20]. DOI: 10.1177/030802269906201104. ISSN 0308-0226. Dostupné z:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802269906201104>
- [116] JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024721507.
- [117] JELÍNKOVÁ, Jana. Oslava Světového dne ergoterapie 2017 v Parapleti. *Informační Bulletin ČAE 2/2017* [online]. 2017, 2, 8-9 [cit. 2018-01-25]. ISSN 1804-1558. Dostupné z:
<https://drive.google.com/file/d/1SwFHbErmsE21vfuZx9OXN8eT39pFhT-X/view>
- [118] JOHNSON, Maree, Anne CUSICK a Sungwon CHANG. Home-Screen: A Short Scale to Measure Fall Risk in the Home. *Public Health Nursing* [online]. 2001, **18**(3), 169-177 [cit. 2018-03-12]. DOI: 10.1046/j.1525-1446.2001.00169.x. ISSN 07371209. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1525-1446.2001.00169.x>.
- [119] JOHNSTON, Kylie, Sarah BARRAS a Karen GRIMMER-SOMERS. Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [online]. 2010, **16**(6), 1333-1339 [cit. 2016-03-02]. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01339.x. ISSN 13561294. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=56600094&lang=cs&site=ehost-live>
- [120] JUNE, Kyung Ja, Ji Yun LEE a Jong Lull YOON. Effects of Case Management using Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) in Home Health Services for Older People. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. 2009, **39**(3), 366- [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.4040/jkan.2009.39.3.366. ISSN 2005-3673. Dostupné z:
<http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2009.39.3.366>
- [121] KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 9788024740263.
- [122] KENNEDY, Ann Blair et al. Process for massage therapy practice and essential assessment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* [online]. 2016, **20**(3),

- 484-496 [cit. 2018-04-07]. DOI: 10.1016/j.jbmt.2016.01.007. ISSN 13608592. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1360859216000085>
- [123] KIELHOFNER, Gary. *A model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985. ISBN 0683046004.
- [124] KOHLMAN THOMSON, Linda. *KELS: the Kohlman evaluation of living skills*. 4th edition. Bethesda, MD: AOTA Press, 2016. ISBN 9781569003749.
- [125] Komplexní domácí péče EZRA: Důležité informace. *Komplexní domácí péče EZRA* [online]. ©2018 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://dpezra.cz/information/>
- [126] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 364. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [127] LÄTTMAN, Katrin, Lars E. OLSSON a Margareta FRIMAN. Development and test of the Perceived Accessibility Scale (PAC) in public transport. *Journal of Transport Geography* [online]. 2016, **54**, 257-263 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.jtrangeo.2016.06.015. ISSN 09666923. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0966692316303295>
- [128] LAW, Mary et al. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1996, **63**(1), 9-23 [cit. 2018-03-30]. DOI: 10.1177/000841749606300103. ISSN 0008-4174. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749606300103>
- [129] LAW, Mary. The Environment: A Focus for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1991, **58**(4), 171-179 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1177/000841749105800404. Dostupné z: <http://2015ot.pbworks.com/w/file/attach/67747611/58.4Law.pdf>
- [130] LEDINSKÁ, Monika. *Vliv architektonických bariér na prevenci úrazů seniorů* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2015-12-15]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Ing. Petr Šika. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9304/Monika%20Ledinska.pdf?sequence=1>
- [131] LEE, V. M. Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. *Accident and emergency nursing* [online]. 1999, **7**(2), 96-102 [cit. 2016-09-01]. ISSN 09652302. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230299800290>
- [132] LELAND, N. E. et al. Occupational Therapy in Fall Prevention: Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012, **66**(2), 149-160 [cit. 2018-03-31]. DOI: 10.5014/ajot.2012.002733. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.2012.002733>
- [133] LEY, Philip. Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology* [online]. 1982, **21**(4), 241-254 [cit. 2018-03-12]. DOI:

10.1111/j.2044-8260.1982.tb00562.x. ISSN 01446657. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00562>

- [134] LIDDLE, Jeannine et al. Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* [online]. 1996, **20**(6), 574-578 [cit. 2018-03-10]. DOI: 10.1111/j.1467-842X.1996.tb01068.x. ISSN 13260200. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-842X.1996.tb01068.x>
- [135] LIEN, Laura L. et al. Assessment and analysis of housing accessibility: adapting the environmental component of the housing enabler to United States applications. *Journal of Housing and the Built Environment* [online]. 2016, **31**(3), 565-580 [cit. 2018-02-04]. DOI: 10.1007/s10901-015-9475-0. ISSN 1566-4910. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10901-015-9475-0>
- [136] LOCKWOOD Kylee J., Nicholas F. TAYLOR a Katherine E. HARDING. Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2015, **47**(4), 289-299 [cit. 2015-12-15]. DOI: 10.2340/16501977-1942. ISSN 16501977. Dostupné z:
<http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-1942>
- [137] LÖFQVIST, Charlotte et al. First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality. *Journal of Aging Research* [online]. 2012, ID 352942, 1-11 [cit. 2018-03-07]. DOI: 10.1155/2012/352942. ISSN 2090-2204. Dostupné z:
<http://www.hindawi.com/journals/jar/2012/352942/>
- [138] LORD, Stephen R., Hylton B. MENZ a Catherine SHERRINGTON. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age And Ageing* [online]. 2006, **35** Suppl 2, 55-59 [cit. 2015-12-12]. ISSN 00020729. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=16926207&scope=site>
- [139] LORENTZEN, Jakob et al. Twenty weeks of home-based interactive training of children with cerebral palsy improves functional abilities. *BMC Neurology* [online]. 2015, **15**(1), - [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1186/s12883-015-0334-0. ISSN 1471-2377. Dostupné z:
<http://bmneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-015-0334-0>
- [140] MACKENZIE, Lynette. Chapter 12 Occupation analysis and falls prevention. *Occupation analysis in practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2011. ISBN 978-1-405-17738-2. Dostupné také z:
https://books.google.cz/books?id=HpJHK_CH_AAC&lpg=PA1&dq=Occupation%20Analysis%20in%20Practice&hl=cs&pg=PA1#v=onepage&q=Occupation%20Analysis%20in%20Practice&f=false
- [141] MACHÁČOVÁ, Kateřina a kol. *SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: ILA, s.r.o., 2014. Dostupné také

z: http://www.ila.cz/wp-content/uploads/2014/09/1_SEMAFORhome_metodicka-prirucka_web.pdf

- [142] MACHÁČOVÁ, Kateřina. SEMAFOR home – metodika hodnocení architektonických bariér v domácím prostředí. In: *ILA Innovation Leadership Agency* [online]. 24. 09. 2014 [cit. 2018-01-27]. Dostupné z: <http://www.ila.cz/aktuality/semafor-home-metodika-hodnoceni-architektonickych-barier-v-domacim-prostredi/>
- [143] *Mapabariery.cz* [online]. (c) 2017 Mapa bariér [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.mapabariery.cz>
- [144] *Mapy bez bariér: Budujeme bezbariérovou mapu České republiky* [online]. Praha: Konto Bariéry, 2018 [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <https://mapybezbarier.cz>
- [145] MAXA, Miloslav a kol. *Stavby bez bariér: výstavba pro osoby se sníženou schopností pohybu*. Praha: ARCH, 1991. Typologie, detail, interiér.
- [146] MAXWELL, Joseph. Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review* [online]. 1992, **62**(3), 279-301 [cit. 2018-03-03]. DOI: 10.17763/haer.62.3.8323320856251826. ISSN 0017-8055. Dostupné z: <http://hepgjournals.org/doi/10.17763/haer.62.3.8323320856251826>
- [147] MAYES, Rachel, Rosemary CANT a Lindy CLEMSON. The Home and Caregiving: Rethinking Space and its Meaning. *OTJR: Occupation, Participation and Health* [online]. 2011, **31**(1), 15-22 [cit. 2018-03-08]. DOI: 10.3928/15394492-20100122-01. ISSN 1539-4492. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.3928/15394492-20100122-01>
- [148] MAYO-WILSON, Evan et al. Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. San Francisco, USA: Public Library of Science, 2014, **9**(3), e89257. DOI: 10.1371/journal.pone.0089257. ISSN 19326203. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951196/>
- [149] Misericordia University: OT Department Research, Publications and Presentations: Cougar Home Safety Assessment- Research. In: *Misericordia University* [online]. 2018 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <https://www.misericordia.edu/page.cfm?p=1266>
- [150] MPSV. Certifikace metodik. In: *MPSV.CZ* [online]. Poslední aktualizace 1.9.2017 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/31423>
- [151] Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2018-3-15]. Dostupné z: <http://nrpzs.uzis.cz>.
- [152] NĚMCOVÁ, Kristýna. *Prevence pádů u seniorů v domácím prostředí* [online]. Ústí nad Labem, 2016 [cit. 2016-05-26]. Bakalářská práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Libešová. Dostupné z: <http://theses.cz/id/0tz6dr/>.

- [153] NEUFELD, S. a C. LYSACK. Allocation of Rehabilitation Services: Who Gets a Home Evaluation. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004, **58**(6), 630-638 [cit. 2018-04-25]. DOI: 10.5014/ajot.58.6.630. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.58.6.630>
- [154] NICHOLSON THOMAS, Eleanor, Lloyd EDWARDS a Paul MCARDLE. Knowledge is Power. A quality improvement project to increase patient understanding of their hospital stay. *BMJ Quality Improvement Reports* [online]. 2017, **6**(1), u207103.w3042- [cit. 2018-03-11]. DOI: 10.1136/bmjquality.u207103.w3042. ISSN 2050-1315. Dostupné z: <http://qir.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjquality.u207103.w3042>
- [155] NIX, Jacqueline a Tracy COMANS. Home Quick – Occupational Therapy Home Visits Using mHealth, to Facilitate Discharge from Acute Admission Back to the Community. *International Journal of Telerehabilitation* [online]. 2017, **9**(1), 47-54 [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.5195/IJT.2017.6218. ISSN 1945-2020. Dostupné z: <http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/view/6218>
- [156] Bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2009, výstup z projektu Bydlení seniorů [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000299.pdf?seek=1470992304>
- [157] OLIVER, Rosemary et al. Development of the Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER) Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1993, **60**(2), 78-82 [cit. 2018-02-28]. DOI: 10.1177/000841749306000204. ISSN 0008-4174. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749306000204>
- [158] PANATTO, D. Survey of domestic accidents in the elderly in the Province of Genoa (northern Italy). *Journal of preventive medicine and hygiene* [online]. 2009, **50**(1), 53-57 [cit. 2016-09-01]. ISSN 11212233. Dostupné z: <http://www.jpmmh.org/index.php/jpmmh/article/view/161>
- [159] PARDASANEY, Poonam K. et al. Sensitivity to Change and Responsiveness of Four Balance Measures for Community-Dwelling Older Adults. *Physical Therapy* [online]. 2012, **92**(3), 388-397 [cit. 2018-03-03]. DOI: 10.2522/ptj.20100398. ISSN 0031-9023. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ptj/article/2735238/Sensitivity>
- [160] PATTERSON, C. a G. MULLEY. The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. Sage Publications, 1999, **13**(2), 101-104. ISSN 02692155. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=1776263&site=ehost-live&scope=site>
- [161] PATTERSON, C.J. et al. Too many pre-discharge home assessment visits for older patients? A postal questionnaire survey. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2001, **15**(3), 291-295 [cit. 2016-12-18]. ISSN 02692155. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/detail/detail?sid=e573d90a-dbe4-46e9-87ba->

653f252a213d%40sessionmgr103&vid=0&hid=103&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc210ZT11ZHMtbGl2ZSszY29wZT1zaXRl#AN=4512616&db=s3h

- [162] PERLMUTTER, M. S. et al. Home Lighting Assessment for Clients With Low Vision. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2013, **67**(6), 674-682 [cit. 2018-03-10]. DOI: 10.5014/ajot.2013.006692. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.2013.006692>
- [163] PERSSON, Hans et al. Universal design, inclusive design, accessible design, design for all: different concepts—one goal? On the concept of accessibility—historical, methodological and philosophical aspects. *Universal Access in the Information Society* [online]. 2015, **14**(4), 505-526 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1007/s10209-014-0358-z. ISSN 1615-5289. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10209-014-0358-z>
- [164] PETTERSSON, Cecilia, Charlotte LÖFQVIST a Agneta MALMGREN FÄNGE. Clients' experiences of housing adaptations: a longitudinal mixed-methods study. *Disability* [online]. 2012, **34**(20), 1706-1715 [cit. 2016-05-25]. DOI: 10.3109/09638288.2012.660596. ISSN 09638288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.660596#.V0Yaxr5rniU>
- [165] PHELAN, K. J., J. KHOURY, Y. XU a B. LANPHEAR. Validation of a HOME Injury Survey. *Injury Prevention* [online]. 2009, **15**(5), 300-306 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1136/ip.2008.020958. ISSN 1353-8047. Dostupné z: <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ip.2008.020958>
- [166] PIGHILLS, Alison C. et al. Environmental Assessment and Modification to Prevent Falls in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2011, **59**(1), 26-33 [cit. 2016-03-04]. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03221.x. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=57292494&lang=cs&site=ehost-live>
- [167] PIMDEE, Atipong a Nomjit NUALNETR. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand. *Home Health Care Services Quarterly* [online]. 2017, **36**(2), 81-95 [cit. 2018-03-23]. DOI: 10.1080/01621424.2017.1326332. ISSN 0162-1424. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01621424.2017.1326332>
- [168] POLÁČKOVÁ, Kateřina. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. ISBN 9788026087533. Dostupné také z: http://ligavozick.skynet.cz/ip/Bydleni_bez_barier.pdf
- [169] Popis on-line aplikace | SEMAFORhome. *SEMAFORhome* [online]. nedatováno [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.semaforhome.com/cs/online-aplikace/popis-online-aplikace/>

- [170] PRAŽSKÁ ORGANIZACE VOZÍČKÁŘŮ. Přes bariéry – metodika [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.presbariery.cz/cz/mapovani-barierovosti/metodika>
- [171] PRELLWITZ, Maria. How children with restricted mobility perceive the accessibility and usability of their home environment. *Occupational Therapy International* [online]. John Wiley & Sons, Inc, 2006, **13**(4), 193-206 [cit. 2016-04-03]. ISSN 09667903. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=23230895&lang=cs&site=ehost-live>
- [172] Prices: Pricelist Housing Enabler. *The Enabler Web Site* [online]. 2010 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <http://www.enabler.nu/priser.html>
- [173] PUTTHINOI, Supawadee, Suchitporn LERSILP a Nopasit CHAKPITAK. Home Features and Assistive Technology for the Home-Bound Elderly in a Thai Suburban Community by Applying the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Journal of Aging Research* [online]. 2017, 1-9 [cit. 2018-03-23]. DOI: 10.1155/2017/2865960. ISSN 2090-2204. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/jar/2017/2865960/>
- [174] PYNOOS, Jon et al. Assessing and Adapting the Home Environment to Reduce Falls and Meet the Changing Capacity of Older Adults. *Journal of Housing For the Elderly* [online]. 2012, **26**(1-3), 137-155 [cit. 2018-03-08]. DOI: 10.1080/02763893.2012.673382. ISSN 0276-3893. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02763893.2012.673382>
- [175] Rada Evropy. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Metodika. ISBN 80-86734-08-0. Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00114777>
- [176] RADOMSKI, Mary Vining a Catherine A LATHAM. *Occupational therapy for physical dysfunction*. Seventh edition. LWW, 2013, xxiv, 1426 pages. ISBN 1451127464.
- [177] Rebuilding Together. *Department of Occupational Therapy: A Tradition of Excellence* [online]. February 24, 2015 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://wp.vcu.edu/occupationaltherapy/2015/02/24/rebuilding-together/>
- [178] REBUILDING TOGETHER. Safe at Home: Suggestions for Homeowner. In: *American Occupational Therapy Association - AOTA* [online]. Rebuilding Together Greater Milwaukee Program, 2014 [cit. 2018-03-27]. Dostupné z: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Practice/Aging/rebuilding-together/Safe-at-Home-Suggestions-for%20Homeowner-Blank.pdf>
- [179] RENFORTH, Philip, Ranjith S. YAPA a Donald P FORSTER. Occupational Therapy Pre-discharge Home Visits: A Study from a Community Hospital. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2004, **67**(11), 488-494 [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1177/030802260406701104. ISSN 0308-0226. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260406701104>

- [180] RIGBY, Patricia et al. Chapter 17: Measuring Environmental Factors. *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy*. 2nd ed. Thorofare, NJ: SLACK, 2005, s. 315. ISBN 1556426836.
- [181] ROBERTSON, Linda a Luciana BLAGA. Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2013, **20**(2), 127-135 [cit. 2016-03-01]. DOI: 10.3109/11038128.2012.737369. ISSN 11038128. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85721873&lang=cs&site=ehost-live>
- [182] ROBNETT, Regula et al. Validation of the Safe at Home Screening with Adults Who Have Acquired Brain Injury. *Occupational therapy in health care* [online]. 2016, **30**(1), 16-28 [cit. 2016-10-30]. DOI: 10.3109/07380577.2015.1044691. ISSN 07380577. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.3109/07380577.2015.1044691>
- [183] ROBNETT, Regula H., Victoria HOPKINS a Judith G. KIMBALL. The SAFE AT HOME: A Quick Home Safety Assessment. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 2003, **20**(3-4), 77-101 [cit. 2018-03-16]. DOI: 10.1080/J148v20n03_06. ISSN 0270-3181. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/J148v20n03_06
- [184] ROMLI, Muhammad Hibatullah et al. The Clinimetric Properties of Instruments Measuring Home Hazards for Older People at Risk of Falling: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions* [online]. 2016, **41**(1), 82-128 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1177/0163278716684166. ISSN 0163-2787. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278716684166>
- [185] ROUSSEAU, Jacqueline et al. Home Assessment of Person-Environment Interaction (HoPE): Content Validation Process. *Occupational Therapy In Health Care* [online]. 2013, **27**(4), 289-307 [cit. 2018-03-29]. DOI: 10.3109/07380577.2013.843114. ISSN 0738-0577. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07380577.2013.843114>
- [186] SABUS, C., D. SABATA a D. ANTONACCI. Use of a virtual environment to facilitate instruction of an interprofessional home assessment. *Journal of Allied Health* [online]. 2011, **40**(4), 199 [cit. 2018-03-04]. ISSN 0090-7421. Dostupné z: <http://www.ingentaconnect.com/content/asahp/jah/2011/00000040/00000004/art0008>
- [187] Safe at Home. *Home and Community Care NSM LHIN* [online]. © Queen's Printer for Ontario, 2017 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <http://healthcareathome.ca/nsm/en/Getting-Care/Patient-and-Caregiver-Resources/safe-at-home>
- [188] SCHELL, Barbara A. Boyt, Glen GILLEN a Marjorie E. SCAFFA. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014. ISBN 9781451110807.

- [189] SIEBERT, Carol a Stacy SMALLFIELD a Susan. STARK. *Occupational therapy practice guidelines for home modifications*. Bethesda, Md.: AOTA Press, 2014. Practice guidelines series. ISBN 978-1569003572.
- [190] SIELSKI, Christine L., Audrey L. BEGUN a John HAMEL. Expanding Knowledge Concerning the Safe at Home Instrument for Assessing Readiness to Change Among Individuals in Batterer Treatment. *Partner Abuse* [online]. 2015, **6**(3), 255-272 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1891/1946-6560.6.3.255. ISSN 19466560. Dostupné z: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1946-6560&volume=6&issue=3&spage=255>
- [191] SKOPEC, Jan a kol. *Stavby bez bariér: pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace*. 3. vyd. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 1999.
- [192] SKOPEC, Jan. *Bezbariérové řešení staveb*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: ABF - Arch, 2005. 77 s. Stavební právo. ISBN 8086165965.
- [193] SMART, Andrew. A multi-dimensional model of clinical utility. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2006, **18**(5), 377-382 [cit. 2018-03-02]. DOI: 10.1093/intqhc/mzl034. ISSN 1464-3677. Dostupné z: <http://academic.oup.com/intqhc/article/18/5/377/1790495/A-multidimensional-model-of-clinical-utility>
- [194] SMITH, Richard D. a Dono WIDIATMOKO. The cost-effectiveness of home assessment and modification to reduce falls in the elderly. *Australian & New Zealand Journal of Public Health* [online]. 1998, **22**(4), 436-440 [cit. 2015-12-15]. ISSN 13260200. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&an=24231576&scope=site>
- [195] STANLEY, Paul a David P. ORCHANIEN. *PocketGuide to assessment in occupational therapy*. 3rd printing. Clifton Park, NY: Delmar Learning, 2003. ISBN 9780766836280. Dostupné také z: <https://books.google.cz/books?id=qPPLAydavpEC&lpg=PP1&hl=cs&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- [196] STAPLETON, Tadhg a Ciara MCBREARTY. Use of Standardised Assessments and Outcome Measures among a Sample of Irish Occupational Therapists Working with Adults with Physical Disabilities. *British Journal of Occupational Therapy* [online]. 2009, **72**(2), 55-64 [cit. 2018-03-02]. DOI: 10.1177/030802260907200203. ISSN 0308-0226. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260907200203>
- [197] STARK, Susan. Removing Environmental Barriers in the Homes of Older Adults with Disabilities Improves Occupational Performance. *OTJR: Occupation, Participation and Health* [online]. 2004, **24**(1), 32-40 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1177/153944920402400105. ISSN 1539-4492. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153944920402400105>

- [198] STARK, Susan et al. Protocol for the home hazards removal program (HARP) study: a pragmatic, randomized clinical trial and implementation study. *BMC Geriatrics* [online]. 2017, **17**(1), - [cit. 2018-02-24]. DOI: 10.1186/s12877-017-0478-4. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0478-4>
- [199] STRONG, Susan et al. Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1999, **66**(3), 122-133 [cit. 2018-03-30]. DOI: 10.1177/000841749906600304. ISSN 0008-4174. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749906600304>
- [200] SVARRE, Tanja, Tine Bieber Kirkegaard LUNN a Tina HELLE. Transforming paper-based assessment forms to a digital format: Exemplified by the Housing Enabler prototype app. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017, **24**(6), 438-447 [cit. 2018-02-22]. DOI: 10.1080/11038128.2016.1255774. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2016.1255774>
- [201] SVĚCENÁ, Kateřina a Šuláková KATEŘINA. Platnost nových ergoterapeutických výkonů. *Informační Bulletin ČAE* [online]. 2012, (2), 8-9 [cit. 2016-01-22]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: <https://drive.google.com/drive/folders/0B75fwF9P0b6JYIU5eDNSOVJoWkU?PageHierarchyID=40&PageIndex=12&PageID=40&node=32&ParentPageID=36>
- [202] SVENSSON, Elise, Ida KÅHLIN a Anette KJELLBERG. Residential environment impact scale: Utilization of the Swedish version. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017, 1-9 [cit. 2018-04-21]. DOI: 10.1080/11038128.2017.1369158. ISSN 1103-8128. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2017.1369158>
- [203] SZANTON, S. L. et al. Home-Based Care Program Reduces Disability And Promotes Aging In Place. *Health Affairs* [online]. 2016, **35**(9), 1558-1563 [cit. 2018-03-18]. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.0140. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2016.0140>
- [204] SZANTON, Sarah L. et al. CAPABLE trial: A randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults. *Contemporary Clinical Trials* [online]. 2014, **38**(1), 102-112 [cit. 2017-11-18]. DOI: 10.1016/j.cct.2014.03.005. ISSN 15517144. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1551714414000330>
- [205] SZYMANSKÁ, Tereza. RE: Dotaz na možnost proplácení návštěvní služby/domácích návštěv ergoterapeutem [e-mailová a telefonická komunikace]. 26.4. 2018 [cit. 2018-02-04].
- [206] ŠESTÁKOVÁ, Irena a LUPAČ, Pavel. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 125 s. ISBN: cnb002109316; 978-80-247-3225-1.
- [207] ŠKAMPOVÁ, Venuše a kol. Ambulatory geriatrics in the Czech Republic: A survey of geriatricians' opinions. *Kontakt* [online]. 2014, 16(2), e119-e131 [cit.

2018-04-04]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.04.002. ISSN 12124117. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1212411714000178>

- [208] ŠNAJDAROVÁ, Helena. *Bezbariérové stavby: právní a normové prostředí, úpravy staveb pro pohybově postižené*. Brno: ERA, 2007. 142 s. ISBN: 978-80-7366-084-0.
- [209] ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. Kapitola 10. Ergoterapie v komunitě, 10.1 Evaluace bytu. In: *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2013, s. 174-177. ISBN 978-80-260-4101-6.
- [210] *The Enabler Web Site* [online]. 2008 [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.enabler.nu/>
- [211] Tiskopis VZP-36: Vyúčtování cest lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka v návštěvní službě [online]. VZP ČR, 2009 [cit. 2018-3-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/tiskopisy>
- [212] TOMITA Machiko R, Jo SCHWEITZER & NOCHAJSKI Susan. Home safety self assessment tool (HSSAT) v.4. Buffalo, New York: University of Buffalo. 2014
- [213] TOMITA, Machiko R. et al. Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy*. Bethesda: American Occupational Therapy Association, 2014, **68**(6), 711-8. ISSN 02729490. Dostupné také z: <https://search.proquest.com/docview/1628685630?accountid=15618>
- [214] TONEMAN, Michelle et al. Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and home environment. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2010, **57**(4), 246-252 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2009.00832.x. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1630.2009.00832.x>
- [215] TOTSIKA, Vasiliki a Kathy SYLVA. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child and Adolescent Mental Health* [online]. 2004, **9**(1), 25-35 [cit. 2017-11-13]. DOI: 10.1046/j.1475-357X.2003.00073.x. ISSN 1475-357x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1475-357X.2003.00073.x>
- [216] TURNER, Annie, Margaret FOSTER a Sybil E JOHNSON. *Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002. ISBN 0443062242.
- [217] *VozejkMap - Svoboda pohybu na vozíku* [online]. 2018 [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <http://www.vozejkmapp.cz/>
- [218] WALES, Kylie a Lindy CLEMSON, Natasha A LANNIN, et al. Occupational therapy discharge planning for older adults: A protocol for a randomised trial and economic evaluation. *BMC Geriatrics*. BioMed Central, 2012, **12**, 34-34. DOI:

10.1186/1471-2318-12-34. ISSN 14712318. Dostupné také z:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3426463/>

- [219] WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
- [220] WEEKS, Ashley Lynn, Beth Ahlquist LAMB a Noralyn Davel PICKENS. Home Modification Assessments: Clinical Utility and Treatment Context. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* [online]. 2010, **28**(4), 396-409 [cit. 2018-02-04]. DOI: 10.3109/02703180903528405. ISSN 0270-3181. Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02703180903528405>
- [221] WHITAKER, J. A Review of Home Visits by Occupational Therapists in a Geriatric Assessment Unit. *The British journal of occupational therapy* [online]. 1986, **49**(11), 365 [cit. 2016-12-18]. DOI: 10.1177/030802268604901110. ISSN 03080226. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/232494092_A_Review_of_Home_Visits_by_Occupational_Therapists_in_a_Geriatric_Assessment_Unit
- [222] WHO. *World disability report*. World Health Organization, Geneva, 2011. ISBN-13: 978-92-4-156418-2. Dostupné také z:
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- [223] WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd., přeložili Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024715872. Dostupné také z:
<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkf-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi>
- [224] ŽITKOVÁ, Simona. *Hodnocení rizika pádu u seniorů v domácím prostředí* [online]. Ústí nad Labem, 2014 [cit. 2016-05-24]. Bakalářská práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Hana Plachá. Dostupné z: <http://theses.cz/id/vbc9xv/>.

6 SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 2.3.4-1. Časový sled šíření dotazníku</i>	77
<i>Graf 2.3.7-1. Věkové zastoupení respondentů vzorku CZ a AJ</i>	81
<i>Graf 2.3.7-2. Geografická distribuce českých respondentů</i>	81
<i>Graf 2.3.7-3. Distribuce zahraničních respondentů dle státu</i>	82
<i>Graf 2.3.7-4. Typ pracoviště ergoterapeutů vzorků CZ a AJ</i>	83
<i>Graf 2.3.7-5. Forma poskytované ergoterapie – porovnání vzorků CZ a AJ</i>	84
<i>Graf 2.3.7-6. Nejčastější cílové skupiny pacientů dotázaných respondentů</i>	85
<i>Graf 2.4.1-1. Míra řešení domácího prostředí pacientů v rámci ergoterapeutické intervence</i>	87
<i>Graf 2.4.1-2. Nejčastější způsob hodnocení domácího prostředí</i>	88
<i>Graf 2.4.1-3. Části domácnosti, ve kterých jsou nejčastěji bariéry (A) a nejčastější bariéry a rizika (B)</i>	94
<i>Graf 2.4.1-4. Míra informací naučených o hodnocení/úpravách domácího prostředí v rámci studia ergoterapie</i>	95
<i>Graf 2.4.2-1. Subjektivní názor respondentů na přínos domácích návštěv pro pacienty</i>	96
<i>Graf 2.4.2-2. Možnost provádění domácích návštěv</i>	97
<i>Graf 2.4.2-3. Míra provádění domácích návštěv v praxi (realita)</i>	97
<i>Graf 2.4.2-4. Kdo rozhoduje o provedení domácí návštěvy</i>	100
<i>Graf 2.4.2-5. Metodické postupy pro provádění domácích návštěv</i>	102
<i>Graf 2.4.2-6. Úhrada domácí návštěvy</i>	103
<i>Graf 2.4.2-7. Úhrada cestovního zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy (Vzorek CZ-2)</i>	104
<i>Graf 2.4.2-8. Úhrada cestovního zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy (Vzorek AJ-2)</i>	104
<i>Graf 2.4.2-9. Účely domácích návštěv</i>	105
<i>Graf 2.4.2-10. Počet odborníků obvykle přítomných na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy</i>	106
<i>Graf 2.4.2-11. (vpravo). Další přítomní odborníci na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy (relativní četnost odpovědí)</i>	107

7 SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1.6-1. Znáznornění PEO modelu v průběhu života (převzato a přeloženo pro účely diplomové práce od Law et al. (1996))</i>	<i>23</i>
<i>Obrázek 1.6-2. Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP) (převzato a přeloženo pro účely diplomové práce od Christiansen, Baum a Bass-Haugen (2005))</i>	<i>24</i>
<i>Obrázek 2.3.2-1. Schéma principu šíření dotazníku této práce metodou sněhové koule</i>	<i>72</i>
<i>Obrázek 2.3.3-1. Schéma členění a návaznosti dotazníku.....</i>	<i>75</i>
<i>Obrázek 2.3.7-1. Schéma vzorků a jejich počtů respondentů.....</i>	<i>86</i>

8 SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1.7.1-1. Bydlení z hlediska pohlaví, věku a typu postižení v roce 2013.....</i>	<i>17</i>
<i>Tabulka 2.4.1-1. Kontingenční tabulka zobrazující rozdíly mezi CZ-1 a AJ-1 vzorky v tom, zda respondenti provádějí hodnocení v domácím prostředí</i>	<i>89</i>
<i>Tabulka 2.4.1-2. Kontingenční tabulka zobrazující rozdíly mezi CZ-1 a AJ-1 vzorky v používání hodnotících nástrojů.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabulka 2.4.1-3. Souhrn hodnotících nástrojů a modelů zaměřených na hodnocení domácího prostředí uvedených respondenty.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabulka 2.4.1-4. Způsob záznamu zjištěných informací o domácím prostředí.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabulka 2.4.1-5. Způsob předávání výsledků hodnocení domácího prostředí.....</i>	<i>93</i>
<i>Tabulka 2.4.2-1. Názory respondentů na vliv domácích návštěv na efektivitu práce.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabulka 2.4.2-2. Důvody neprovádění domácích návštěv</i>	<i>98</i>
<i>Tabulka 2.4.2-3. Důvody neprovádění domácích návštěv – kompletní výčet přímých citací odpovědí „Jiné“</i>	<i>99</i>
<i>Tabulka 2.4.2-4. (vlevo) Další přítomní odborníci na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy.....</i>	<i>107</i>
<i>Tabulka 2.4.2-5. Míra pořizování fotodokumentace při domácí návštěvě za účelem hodnocení domácího prostředí</i>	<i>108</i>
<i>Tabulka 2.4.2-6. Nejvíce zahraničními respondenty používané metody hodnocení v rámci hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěv</i>	<i>108</i>

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam hodnocení k ergoterapeutické specializaci na úpravy prostředí od Americké asociace ergoterapeutů

Příloha 2 – Formulář hodnocení Cougar v. 4.0

Příloha 3 – Formulář hodnocení Westmead Home Safety Assessment

Příloha 4 – České zdroje o bezbariérovém prostředí, stavbách a bydlení

Příloha 5 – Dotazník ergoterapeutům – česká verze

Příloha 6 – Dotazník ergoterapeutům – anglická verze

Příloha 1 – Seznam hodnocení k ergoterapeutické specializaci na úpravy prostředí od Americké asociace ergoterapeutů

- Seznam byl vytvořen v lednu roku 2013. V současnosti mohou být dostupné novější verze těchto hodnocení.
- Mnohá z níže uvedených hodnocení jsou popsána v následující publikaci:
 ASHER, Ina Elfant. *Occupational therapy assessment tools: an annotated index*. 3rd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2007. ISBN 1569002363.
- Citace v tabulce jsou převzaty z originálního zdroje.

Assessment	Author or Source
1. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Law, M.; Baptiste, S; Carswell, A; McColl, M.; Polatajko, H.; Pollock, N.
2. Client Clinician Assessment Profile (C-CAP)	Petersson, I., Fisher, A.C., Hemmingsson, H., & Lilja, M. (2007). The client-clinician assessment protocol (C-CAP): Evaluation of its psychometric properties for use with people aging with disabilities in need of home modifications. <i>OTJR: Occupation, Participation and Health</i> 27(4).
3. Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (CASPAR)	www.ehls.com
4. Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)	Whiteneck, G., Harrison-Felis, C., Mellick, D. & Brooks. C.A. http://www.craighospital.org/Left-Nav/Craig-Programs/SCI---TBI-Research/Instruments/Disability-Research-Instruments-CHIEF
5. Environment Rating Scales (ERS) Including: <ul style="list-style-type: none"> • (ECERS-R) The Early Childhood Environment Rating Scale-Revised • (ITERS-R) The Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised: • (FCCERS-R) The Family Child Care Environment Rating Scale-Revised • (SACERS) The School-Age Care Environment Rating Scale: 	http://www.fpg.unc.edu/~ecers
6. Functional Evaluation for Assistive Technology (FEAT)	Raskind, M. H.; Bryant, B.R.

7. Home Occupational Environmental Assessment (HOEA)	Baum, C.M. & Edwards, D.F. (1998). Guide for the Homes Occupational Environmental Assessment. St. Louis, MO: Washington University of Occupational Therapy.
8. Home Assessment of Person-Environment Interaction–Visual Version (HOPE Visual Version)	Carignan, M., Rousseau, J., Gresset, J., & Julie-Anne Couturier, J-A. (2008). Content validity of a home-based person-environment interaction assessment tool for visually impaired adults. <i>Journal of Rehabilitation Research & Development</i> , 45(7), 1037-1052. http://www.rehab.research.va.gov/jour/08/45/7/pdf/carignan.pdf
9. Home Assessment Profile (HAP)	Chandler, J., Duncan, P., Weiner, D., & Studenski, S. (2001). Special feature: The home assessment profile – a reliable and valid assessment tool. <i>Topics in Geriatric Rehabilitation</i> , 16(3), 77-88.
10. Home Environmental Assessment Protocol (HEAP)	Gitlin, L.; Schinfeld, S.; Winter, L.; Corcoran, M.; Boyce, A.; Hauck, W.
11. Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT)	http://agingresearch.buffalo.edu/hssat/hsat_v3.pdf
12. In-Home Occupational Performance Evaluation (I- HOPE)	Stark, S.L. & Somerville, E.K., & Morris, J.C. http://ajot.aotapress.net/content/64/4/580.full
13. Matching Persons with Technology (MPT)	The Institute for Matching Person & Technology, Inc. 486 Lake Road, Webster, NY 14580
14. Objective Safe at Home	Robnett, R.H., Hopkins, V., & Kimball, J.G. (2002). The SAFE at HOME: A quick home safety assessment. <i>Physical and Occupational Therapy in Geriatrics</i> , 20(3/4), 77-102.
15. Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST)	http://www.midss.ie/content/quebec-user-evaluation-satisfaction-assistive-technology-quest
16. Safety Assessment Scale (SAS)	Poulin de Courval, L., Gelinass, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M., et al. (2006). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 73, 67–75.
17. School Setting Interview , version 3.0 (SSI)	Hemmingson, H., Egilson, S., Hoffman, O. & Kielhofner, G. http://www.uic.edu/depts/moho/assess/si.html

18. The Cougar Home Safety Assessment for Older Persons v.4 (COUGAR)	Civiitella, H. & Perez, V. M. http://www.misericordia.edu/images/ot/finalcougar07.pdf
19. The Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation - Health Outcome Measurement and Evaluation	Chu, T.; Oliver, R.; Ascott, P.; Ch'un Choo, L.; Davis, T; Gaya, A.; Goldsilver, P.; McWhiter, M.; Letts, L. http://www.vha.ca/SaferHomeOrderForm.pdf
20. Westmead Home Safety Assessment	Clemson, L., Roland, M., & Cumming, R.
21. Assessing Student's Needs for Assistive Technology (ASNAT) Wisconsin Assistive Technology Initiative (WATI)	http://www.wati.org/content/supports/free/pdf/ASNAT5thEditionJun09.pdf

© 2015 The American Occupational Therapy Association, Inc. All rights reserved.

Zdroj: AOTA. Environmental Modification Specialty Certification Occupational Therapist: Critical Reasoning Scenario Assessments– Criterion 6. In: *American Occupational Therapy Association – AOTA* [online]. 2013 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/EducationCareers/BSC/initial/SCEM-OT-Part-2-EVIDENCE-FORMS.docx>

Příloha 2 - Formulář hodnocení Cougar v. 4.0

Cougar Home Safety Assessment 4.0 – Initial Visit

Adapted with permission from:

The Safety for Older Consumers Home Safety Checklist, by Consumer Product Safety Commission. (N.D.) Retrieved on November 23, 2003 from <http://www.cpsc.gov/CPSCPUB/PUBS/701.html>. (This document is in the public domain).

The Cougar Home Safety Assessment for Older Persons- Version 1.0, by G. Fisher, N. Bryan, K. Coolbaugh, & C. Rhodes. Copyright 2004. College Misericordia, Dallas, PA.

The Cougar Home Safety Assessment- Version 2.0, by G. Fisher, A. Baker, D. Koval, C. Lishok, and E. Stine. Copyright 2004. College Misericordia, Dallas, PA.

The Cougar Home Safety Assessment- Version 3.0, by G. Fisher, N. Cardillo, S. Chin, E. Derrick, K. Zepherin. Copyright 2005. College Misericordia, Dallas, PA.

The Cougar Home Safety Assessment- Version 4.0, by G. Fisher, H. Civitella, and V. Perez. Copyright 2006. College Misericordia, Dallas, PA.

Instructions:

- This occupational therapy assessment requires the administrator to have competency and knowledge in environmental and home safety.
- The Cougar Home Safety Assessment 4.0 contains 78 criteria that can be answered by observation, testing of certain home items, and questioning the resident.
- The Cougar Home Safety Assessment 4.0 includes the following categories: fire hazards/carbon monoxide, emergency/ medical, electrical/ water temperature, flooring/ hallways, kitchen, bedroom, bathroom(s), closets / storage areas, parking areas, entrances and disaster preparedness.
- The occupational therapist will be escorted on a tour of the resident's home or apartment and complete the Cougar Home Safety Assessment 4.0. The occupational therapist may use clinical reasoning to determine if areas are safe or unsafe. If any criterion is not applicable, mark it "N/A". Unsafe items found will be reviewed with the participants and recommendations will be offered.
- Tools required: thermometer, flashlight, reaching stick/yard stick to test smoke detector, pen, and a copy of the assessment.

Copyright 2006, Cougar Home Safety Assessment- Version 4.0, by G. Fisher, and K. Ewonishon. College Misericordia, Dallas, PA.

FIRE HAZARDS / CARBON MONOXIDE	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
1. There is a fire extinguisher present on every frequently used level of the house or apartment.			
2. There is a functional smoke detector on the ceiling in every level of the house or apartment (and near all bedrooms).			
3. Type and number of smoke detectors: Battery- Electric- Smoke detectors tested within last 6 months. Date tested:-			
4. There is a functional carbon monoxide detector present on every level of the house or apartment.			
5. Type and number of carbon monoxide detectors: Battery- Electric- Carbon monoxide detectors tested within last 6 months. Date tested-			
6. Portable heaters, ashtrays, candles, and other fire sources are located away from flammable objects.			
7. Flammable objects are located away from stationary fire sources such as fireplaces, stoves, or radiators.			
8. Flammable objects such as towels or curtains are located away from the stove area, and are at least 12" from the baseboard or portable heater.			
9. Chimney sweeps are conducted as follows: Every 3 months for wood; Bi-yearly for coal; Yearly for oil, gas, and any other fuel that does not produce smoke- if frequently used.			
EMERGENCY / MEDICAL	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
10. At least one medical alert device is accessible at all times while in the house, and may be reached without			

significant risk of physical injury.			
11. At least one cordless or accessible telephone is on each level of the house.			
12. Emergency numbers are posted on or near the telephone, or are easily accessible without significant risk of physical injury (i.e. primary physician, pharmacy, closest family member, etc).			
13. Flashlights are accessible and functional and may be reached without significant risk of physical injury.			
14. Assistive devices are in accessible areas (i.e. walkers, canes, low vision equipment, augmentative devices, long handled reacher, etc.).			
15. Medications are kept/stored in an accessible area and are no older than the expiration date.			
16. All areas of the home are well maintained and clean.			
17. A first aid kit, containing simple instructions, is easily accessible and may be reached without significant risk of physical injury.			

ELECTRICAL / WATER TEMPERATURE	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
18. Major appliances such as microwave oven, washer, dryer, and refrigerator may be accessed without significant risk of physical injury.			
19. All outlets and switches have plate covers, so that there is no exposed wiring and are in easy reach.			
20. All cords are placed out of the flow of traffic or safely covered.			
21. Cords are not attached to walls or baseboards with nails or staples.			
22. Cords are in good condition (not frayed or cracked).			
23. Electrical cords and appliance cords are located away from the sink and stove areas.			

24. Ground fault switches are present in bathroom and kitchen outlets. (According to Bianchina (2006), from www.doityourself.com "a ground fault interrupter, or ground fault circuit interrupter, is an electrical device that senses a fault in the electrical system and shuts down power to that device.")			
25. Small electrical appliances (such as hairdryers, curling irons, toasters and electric shavers etc) are unplugged when not in use.			
26. Outlets do not appear to be overloaded.			
27. The water temperature is 120° F or lower as tested in a sink or tub.			

FLOORING / HALLWAYS	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
28. Floor surfaces are level with no more than ¼ to ½ inch beveled transitions.			
29. Carpeting is secure and level.			
30. If throw rugs are present, they have a slip-resistant backing.			
31. Hallways, passageways, and stairways are free of clutter.			
32. Hallways, passageways, and stairways between rooms have lighting available.			
33. Night lights are available in all areas.			
34. Indoor stairways have a secure railing on at least one side.			

KITCHEN	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
35. Dials are labeled on stove.			
36. There is no excessive grease or clutter on or around the stove area.			
37. Commonly used items are stored in accessible locations and may be reached without significant risk of physical injury.			

38. Garbage cans, pet bowls, and other objects are not located in the walking path.			
39. There is a stable step stool or reaching stick to access items above arms' reach.			
40. The countertops are free of rough or sharp edges.			
41. There is adequate lighting over the stove and sink areas, where food is cut or sliced.			
42. Refrigerator and freezer are at an acceptable temperature and do not contain expired food.			

BATHROOM(S)	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
43. A slip-resistant mat or surface is outside all bathtubs or showers.			
44. A slip-resistant mat or abrasive strips are in all the bathtubs or showers.			
45. The following bathroom areas are accessible and may be reached without significant risk of physical injury. Tub: Sink: Toilet:			
46. A properly installed grab bar or other stable surface is available and secure near the tub and toilet.			

CLOSETS / STORAGE AREAS	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
47. Closets and/or storage areas have lighting available either inside or outside of the closet.			
48. Commonly used items within closets or storage are accessible and may be reached without significant risk of physical injury.			
49. Walk space near closets and storage areas are free of clutter.			
50. The garage, if used, is accessible and has adequate lighting.			
51. The attic, if used, is accessible and has adequate lighting.			

52. All chemical products are stored in a safe manner.			
53. Any weapons such as guns, knives, ammunition, etc. are out of the view of visitors and are in locked storage.			

PARKING AREA / ENTRANCES	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
54. Parking areas have lighting available and are operable.			
55. Parking areas are reasonably level.			
56. Walkways and sidewalks are clutter free and level.			
57. Walkways and sidewalks have lighting available and are operable.			
58. The doorbell and/or door- knocker is/are functional.			
59. House numbers are visible on the home or mailbox.			
60. Outside stairways, if present, have a secure railing on at least one side.			
61. Entrances and doorways to home are free of clutter and hazards.			
62. Outside porches or exit areas have working lights available.			
63. Ramps, if present, are appropriately graded and have accessible handrails which may be reached without significant risk of physical injury.			

BEDROOM	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
64. The bed height allows for getting in and out safely.			
65. Pathways in the bedroom are clear.			
66. A phone is within reach of the bed.			
67. Lamps or light switches are within reach of each bed.			
68. Ash trays, smoking materials or other fire sources are located away from beds or bedding.			

DISASTER PREPAREDNESS	Environment Safe	Environment Unsafe	Comments
69. Disaster kit readily available. Includes: medication list, copy of medical records, extra food (non-perishable) and water, money, contact list, flashlight, Band-Aids, rope, extra clothes, and first aid kit.			
70. Copy of current medication list in a wallet/purse.			
71. Copy of medication in a sealed plastic bag placed in disaster kit.			
72. Extra month of medications available.			
73. Copy of physician's name and contact information readily available.			
74. Emergency escape route planned for evacuation.			
75. Extra food (also nonperishable) and water in the house to last seven days.			
76. Clothes and shoes available for immediate use during disaster or emergencies.			
77. Emergency car kit is available for evacuation.			
78. Plan for safe place in home in event of tornado/hurricane/earthquake.			

HOME SAFETY SUMMARY

# Environment Safe	
# Environment Unsafe	
# Not rated	
SAFETY SCORE: Percent Safe= {# Safe} ÷ {78 minus # Not rated}	

Date	Hazards Found (include Item #)	Recommendations

Reprinted with permission from Dr. Grace Fisher, February 2018.



FALLS PREVENTION

HOME AND COMMUNITY SAFETY

WESTMEAD HOME SAFETY ASSESSMENT SHORT FORM

NAME: _____ THERAPIST: _____

DATE OF VISIT: ____ / ____ / _____

TYPE OF RESIDENCE: _____ OWNERSHIP: _____

DIAGNOSIS: _____ AGE: _____

No. FALLS PAST YEAR: _____ FUNCTIONAL VISION: _____

MOBILITY: _____

FUNCTIONAL COGNITION: _____

HOME & COMMUNITY SUPPORTS/ASSISTANCE: _____

SUMMARY AND ACTION PLAN

EXTERNAL TRAFFICWAYS

GATES

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Slippery surface near gate
 - Uneven surfaces near gate
 - Deep steps near gate
 - Poor visibility at steps near gate

PATHWAYS / DRIVEWAYS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Slippery surfaces
 - Uneven/loose surfaces
 - Steep gradient
 - Obstructions on pathways
 - Poor visibility

STEPS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Slippery surfaces
 - Uneven surfaces
 - Steps too high/uneven heights
 - Deep tread
 - Obstacles
 - Poor visibility

RAMPES

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Irregular ground surfaces
 - Obstructions
 - Slippery surfaces
 - Unstable
 - Poor visibility

HAND RAILS – ACCESS (external steps and ramps)

	Not relevant	No hazard	Not present	Inadequate position	Inadequate length	Not sure	Poor condition
Steps							
Ramps							

ICE / SNOW ON WALKWAYS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Slippery
 - Difficulty to see / manoeuvre
 - Footwear inadequate grip

LAWNS / GARDENS / GROUNDS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Irregular ground surfaces
 - Obstacles
 - Slippery surfaces

DOORMAT

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Curled edges
 - Worn areas
 - Slippery

DOOR OPENING

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - No landing for outward opening doors

NIGHTLIGHTING

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Not present
 - Steps/pathways not illuminated
 - Does not eliminate dark, shadowy areas

GENERAL INDOORS

LIGHTING

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Time observed:
 - A.M
 - P.M

	OT Observation	Client Self-report
Dark / dim		

TIDINESS / CLEANLINESS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Clutter
 - Spills on floor

REACHING FOR HIGH PLACES

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Unsafe when reaching
 - Inaccessible storage of used items
 - Unsafe when climbing
 - Unstable furniture / equipment used

MOBILITY AID

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Aid not appropriate
 - Poor condition

INTERNAL TRAFFICWAYS

FLOORS & FLOOR COVERINGS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Slipperiness
 - Slippery when wet
 - Worn/loose areas or edges

FLOOR MATS

- Hazards:
- Not relevant No hazard
 - Small & lightweight
 - Slippery
 - Curled edges

SPACE

- Hazards: Not relevant No hazard
- Obstacles in trafficways (furnishings)
 - Obstacles in trafficways (objects)
 - Cords across trafficways
 - Unstable objects used for support
 - Objects reducing space for mobility & manoeuvrability
 - Proximity of walking aid when not in use

DOORWAYS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Access

STAIRS / ELEVATORS

APPROACH / DISEMBARKATION

- Hazards: Not relevant No hazard
- Access
 - Obstacles

STEPS / STAIRS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Slippery/loose surfaces
 - Uneven coverings
 - Deep tread
 - Steps too high/uneven heights
 - Step overhang

HANDRAILS – INTERNAL STEPS / STAIRS

	Not relevant	No hazard		Not present	Inadequate position	Not secure	Poor condition
Steps							

LIVING AREA

FURNITURE

- Hazards: Not relevant No hazard
- Unstable

LAMPS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Access

SEATING

- Not relevant No hazard

Indicate relevant area (e.g. lounge, kitchen, etc.)

	Too low	Too soft	Unstable	Poor access
1				
2				
3				

BEDROOM

BED

- Hazards: Not relevant No hazard
- Too low
 - Too high
 - Unstable
 - Poor access
 - Difficulty transferring
 - Unstable furniture used for transferring

WARDROBES / CUPBOARDS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Poor access
 - Difficulty reaching daily clothing

CURTAINS / BED COVERS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Trailing in trafficways

BED LIGHTING

- Hazards: Not relevant No hazard
- Not present
 - Poor access

BEDSIDE PHONE

- Hazards: Not relevant No hazard
- Poor access

COMMODO

- Hazards: Not relevant No hazard
- Poor access
 - Inadequate height

FOOTWEAR

- Not relevant No hazard

(E.g. Indoor / outdoor, special occasions, slippers, etc.)

	Improper fit	Open / worn down heel	Slippery heel / sole	High heel	Narrow heel	Stocking feet
1						
2						
3						

PETS

- Hazards: Not relevant No hazard
- Small
 - Playful / boisterous
 - Other: _____

BATHROOM

LOCATION

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Poor proximity
 Hazardous trafficways en route

FLOOR SURFACE

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Slippery when wet
 Slippery when dry
 Slippery mats or curled edges
 Worn floor covering
 Raised or loose tiles

SHOWER RECESS

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Narrow doorway
 High hob / sill
 Slippery floor in recess
 Slippery shower mat
 Uneven floor surface
 Difficulty reaching toiletries
 Difficulty reaching taps
 Unstable shower chair or stool

BATH / OVERHEAD SHOWER

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Unstable bathseat
 Poor access
 Slippery bath
 Slippery bath mat
 Difficulty reaching taps
 Difficulty turning water heater on / off

TOILET AREA

LOCATION

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Poor proximity
 Hazardous trafficways en route
 Inadequate night lighting

FLOOR COVERINGS

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Slippery when wet
 Slippery when dry
 Slippery mats or curled edges
 Worn floor covering
 Uneven floor surface

TOILET

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Poor access
 Too low
 Too high
 Difficulty reaching toilet roll
 Difficulty reaching flush

GRABRAILS – BATHROOM / TOILET

	Not relevant	No hazard	Not present	Inadequate position	Inadequate angle	Inadequate length	Not secure	Poor condition
Bath / Shower								
Toilet								

KITCHEN

KITCHEN EQUIPMENT

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Poor access to commonly used items

MEDICATION MANAGEMENT

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 Access to medications
 Difficulty to open / close containers

SAFETY CALL SYSTEM

- Hazards: *Not relevant* *No hazard*
 No alarm system / plan of action

Příloha 4 – České zdroje o bezbariérovém prostředí, stavbách a bydlení

Knihy a publikace o bezbariérových stavbách

- FILIPIOVÁ, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN isbn80-86552-18-7. Dostupné také z: <http://www.mozaikaub.cz/obr/pdf/bb.pdf>
- FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha : Grada, 1998. 101 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 80-7169-233-6.
- MAXA, Miloslav a kol. *Stavby bez bariér: výstavba pro osoby se sníženou schopností pohybu*. Praha: ARCH, 1991. Typologie, detail, interiér.
- POLÁČKOVÁ, Kateřina. *Bydlení bez bariér*. Brno: Liga vozíčkářů, 2011. ISBN 9788026087533. Dostupné také z: http://ligavozick.skynet.cz/ip/Bydleni_bez_barier.pdf
- SKOPEC, Jan a kol. *Stavby bez bariér: pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace*. 3. vyd. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 1999.
- SKOPEC, Jan. *Bezbariérové řešení staveb*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: ABF - Arch, 2005. 77 s. Stavební právo. ISBN 8086165965.
- ŠESTÁKOVÁ, Irena a LUPAČ, Pavel. *Budovy bez bariér: návrhy a realizace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 125 s. : il. (převážně barev.), plány ; 24 cm. ISBN: cnb002109316; 978-80-247-3225-1.
- ŠNAJDAROVÁ, Helena. *Bezbariérové stavby: právní a normové prostředí, úpravy staveb pro pohybově postižené*. Brno : ERA, 2007. 142 s. : il., tab. ; 23 cm. ISBN: 978-80-7366-084-0.

Metodika SEMAFOR home – původní příručka

- MACHÁČOVÁ, Kateřina, a kol. *SEMAFOR home: Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home*. Praha: ILA, s.r.o., 2014. Dostupné také z: http://www.ila.cz/wp-content/uploads/2014/09/1_SEMAFORhome_metodicka-prirucka_web.pdf

Materiály a výstupy z projektů o úpravách domácího prostředí seniorů

- DANIELOVÁ, Barbora a kol. Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2015, výstup ze stejnojmenného projektu [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000296.pdf?seek=1470992283>
- GRIVNA, Michal a Veronika BENEŠOVÁ. *Bezpečný domov pro seniory: rady jak zabránit úrazům ve druhé polovině života*. 1. vyd. Praha : Centrum úrazové prevence, 2002. Nestr. : il. ; 30 cm. ISBN: 80-238-9459-5.
- ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. O modifikaci domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. In: *Pecujdoma.cz* [online]. vydáno díky podpoře MZ ČR, 2004 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/o-uprave-domacnosti-cloveka-s-demenci/>
- O bydlení seniorů. In: *Diakonie ČCE* [online]. 2009, výstup z projektu Bydlení seniorů [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/res/archive/002/000299.pdf?seek=1470992304>

Webové portály a organizace řešící bez/bariérovost objektů a prostředí

- PRAŽSKÁ ORGANIZACE VOZÍČKÁŘŮ. Přes bariéry – metodika [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.presbariery.cz/cz/mapovani-barierovosti/metodika>

Webové portály s mapami evidujícími bariéry po České republice

- <http://www.disway.org/cs>
- <http://www.mapabariery.cz/>
- <https://mapybezbarier.cz/cs>
- <http://www.vozejkmap.cz/>

Další organizace řešící bezbariérovost

- *Bezbatour* - <http://www.bezbatour.cz/> - projekt cestovní agentury *Pestrá cestovka*, soustředěný na oblast cestování osob s postižením
- *Mobilní zahrádky* - <http://marli.cz/> - výroba „mobilních zahrádek“ pro zahradní terapii seniorů a osob s fyzickým zněvýhodněním

Dotazník ergoterapeutům o domácích návštěvách a hodnocení domácího prostředí pacientů/klientů

Vážené ergoterapeutky a ergoterapeuti, tento dotazník byl vytvořen za účelem zpracování praktické části diplomové práce a získání statistických údajů z praxe o oblasti ergoterapeutického hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách pacientů/klientů, které v České republice chybí.

Dotazník je určen ergoterapeutům v současnosti pracujícím v České republice.

Zjištěné údaje budou anonymizovány.

Některé otázky nabízejí možnost pouze jedné jiné i více odpovědí.

Předem děkuji za vyplnění.

Pozn. Dotazník je rozeslán opakovaně (v létě byl již zveřejněn na facebooku ČAE, skupiny Ergoterapeuti z ČR a též rozeslán e-mailovou formou členům ČAE). Pokud jste ho tedy již vyplňovali, děkuji za dřívější vyplnění a nevyplňujte ho prosím znovu.

Údaje o autorce a diplomové práci:

Autor: Bc. Eva Rohlenová – studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Akademický rok 2017/2018

Název diplomové práce: Objektivní hodnocení domácího prostředí u osob s motorickou disabilitou z pohledu ergoterapie

*Povinné pole

Sekce bez názvu

Bez názvu

Obecné informace o ergoterapeutovi a jeho práci

1. Pohlaví terapeuta *

Označte jen jednu elipsu.

- Žena
 Muž

2. Věk terapeuta *

Označte jen jednu elipsu.

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

3. Kraj ČR, ve kterém pracujete *

Označte jen jednu elipsu.

- 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

4. Typ zařízení, ve kterém pracujete (v případě více možností označte vše) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Zdravotní
 Sociální
 Školské
 Jiné: _____

Příloha 5 – Dotazník ergoterapeutům – česká verze

5. Forma ergoterapie, kterou poskytujete (v případě více možností označte vše) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Ambulantní
- Lůžková
- Terénní
- Jiné: _____

6. S jakou věkovou skupinou pacientů nejvíce pracujete? (V případě, že se Vás týká rovnocenně více možností, označte více odpovědí.) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Děti
- Dospívající
- Dospělí
- Senioři

7. S pacienty z jaké oblasti praxe nejvíce pracujete? (V případě, že se Vás týká rovnocenně více možností, označte více odpovědí.) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Neurologie
- Traumatologie
- Ortopedie
- Spinální pacienti
- Revmatologie
- Psychiatrie
- Mentální postižení
- Pediatrie
- Smyslová postižení
- Senioři
- Interní onemocnění
- Akutní stavy – ARO, JIP aj.
- Sociálně vyloučené skupiny – ve výkonu trestu, drogově závislí aj.
- Neprovádím přímou práci s pacienty
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 8.

Hodnocení domácího prostředí obecně

8. Řešíte v rámci své ergoterapeutické intervence domácí prostředí pacientů? (Myšleno i na pracovišti nejen v rámci domácí návštěvy) *

Označte jen jednu elipsu.

- Vždy
- Často
- Občas
- Zřídka kdy
- Vůbec ne

9. Jakým způsobem nejčastěji hodnotíte domácí prostředí pacientů? (vyberte jednu nejčastější odpověď) *

Označte jen jednu elipsu.

- Rozhovorem s pacientem na svém pracovišti
- Rozhovorem, pozorováním a měřením v domácím prostředí pacienta
- S pomocí existujícího hodnotícího nástroje na svém pracovišti
- S pomocí existujícího hodnotícího nástroje v domácím prostředí pacienta
- Rozhovorem a pacientem telefonicky či videorozhovorem
- Písemným dotazníkem podaným pacientovi
- Rozhovorem s rodinou
- Jiné: _____

Příloha 5 – Dotazník ergoterapeutům – česká verze

10. Jakým způsobem dále hodnotíte domácí prostředí pacientů? (Možnost více odpovědí) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Rozhovorem s pacientem na svém pracovišti
- Rozhovorem, pozorováním a měřením v domácím prostředí pacienta
- S pomocí existujícího hodnotícího nástroje na svém pracovišti
- S pomocí existujícího hodnotícího nástroje v domácím prostředí pacienta
- Rozhovorem a pacientem telefonicky či videorozhovorem
- Písemným dotazníkem podaným pacientovi
- Rozhovorem s rodinou
- Jiné: _____

11. Znáte nějaký existující hodnotící nástroj/dotazník/metodiku určený k hodnocení domácího prostředí? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Ano, český
- Ano, zahraniční
- Ne

12. Pokud znáte existující hodnotící nástroj/dotazník /metodiku určený k hodnocení domácího prostředí, napište prosím název:

13. Jakým způsobem zaznamenáváte zjištěné informace o domácím prostředí pacientů? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Běžným zápisem do zdravotnické dokumentace (např. jedna z položek vstupního vyšetření)
- Do vlastního formuláře / formuláře pracoviště zaměřeného na domácí prostředí
- Do formuláře existujícího hodnotícího nástroje/dotazníku/metodiky
- Jiné: _____

14. Jak předáváte zjištěné výsledky hodnocení domácího prostředí pacientovi? *

Označte jen jednu elipsu.

- Předávám je pacientovi ústně
- Předávám je pacientovi písemně
- Předávám je pacientovi kombinovaně – ústně i písemně
- Jiné: _____

15. Jak nakládáte se zjištěnými výsledky hodnocení domácího prostředí? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Pokračuji dále s pacientem v realizaci úprav prostředí a pomáhám mu se získáním pomůcek až do jejich dokončení
- Předám pacientovi kontakty na firmy, kde sehnat pomůcky a další odbornou pomoc v řešení úprav prostředí
- Předám pacientovi kontakty na organizace a zařízení, kde může dále tuto problematiku řešit (např. v rámci ergoterapie)
- Výsledky konzultuji s rodinou pacienta
- Výsledky a další řešení konzultuji s technikem/stavařem apod.
- Výsledky pouze nahlásím nadřízenému
- Jiné: _____

16. V jakých 3 částech domácnosti nacházíte při řešení domácího prostředí nejčastěji bariéry? (Zaškrtněte prosím právě 3 možnosti) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Vstup do domu/bytu
- Kuchyň
- Koupelna
- WC
- Ložnice
- Pracovna
- S touto problematikou nemám zkušenosti
- Jiné: _____

17. **Jaké 3 nejčastější bariéry a rizika s pacienty v domácím prostředí řešíte? (Zaškrtněte prosím právě 3 možnosti) ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Schody
- Prahy
- Úzké dveře
- Úzké prostory
- WC
- Vana/sprcha
- Kuchyňská linka
- Postel
- Absence madel
- S touto problematikou nemám zkušenosti
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 18.

Obecné otázky na domácí návštěvy

18. **Můžete v rámci své současné práce zajet za pacientem do jeho domácího prostředí? (Tzn. Máte na své pozici MOŽNOST provádět domácí návštěvy u pacientů - může být za různými účely) ***

Označte jen jednu elipsu.

- Ano, často *Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 22.*
- Občas *Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 22.*
- Ve výjimečných případech *Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 23.*
- Ne *Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 24.*

19. **Bylo by pro vaše pacienty přínosné mít možnost provádět domácí návštěvy častěji? ***

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Na mé pozici nejsou domácí návštěvy potřebné (manager služby apod.)

20. **Bylo by pro efektivitu vaší práce přínosné mít možnost provádět domácí návštěvy častěji? ***

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Nevím
- Na mé pozici nejsou domácí návštěvy potřebné (manager služby apod.)

21. **Provádíte v praxi domácí návštěvy? (Tzn. jaká je REALITA) ***

Označte jen jednu elipsu.

- Ano, často *Přeskočte na otázku 25.*
- Občas *Přeskočte na otázku 22.*
- Ve výjimečných případech *Přeskočte na otázku 23.*
- Ne *Přeskočte na otázku 24.*

Přeskočte na otázku 25.

Občasné provádění domácích návštěv

22. **Z jakého důvodu neprovádíte domácí návštěvy častěji? ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Naši pacienti domácí návštěvy nepotřebují
- Zaměstnavatel to neumožňuje
- Nemí to součástí náplně mé práce
- Domácí návštěvu v případě potřeby zajistí jiné, návazné služby
- Je to služba mimo moji časovou kapacitu
- Jde o službu finančně a technicky náročnou (např. složité dojíždění, neproplacení cesty)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 25.

Výjimečné provádění domácích návštěv

23. Z jakého důvodu neprovádíte domácí návštěvy častěji?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Naši pacienti domácí návštěvy nepotřebují
- Zaměstnavatel to neumožňuje
- Není to součástí náplně mojí práce
- Domácí návštěvu v případě potřeby zajistí jiné, návazné služby
- Je to služba mimo moji časovou kapacitu
- Jde o službu finančně a technicky náročnou (např. složité dojíždění, neproplacení cesty)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 25.

Neprovádění domácích návštěv

24. Z jakého důvodu neprovádíte domácí návštěvy? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Naši pacienti domácí návštěvy nepotřebují
- Zaměstnavatel to neumožňuje
- Není to součástí náplně mojí práce
- Domácí návštěvu v případě potřeby zajistí jiné, návazné služby
- Je to služba mimo moji časovou kapacitu
- Jde o službu finančně a technicky náročnou (např. složité dojíždění, neproplacení cesty)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 35.

Domácí návštěvy

25. Kdo na pracovišti rozhoduje o provedení/neprovedení první domácí návštěvy u pacienta? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Pacienty mohou navštívit doma dle svého uvážení
- Rozhoduje ošetřující lékař
- Rozhoduje vedení pracoviště/služby (ředitel, přednosta kliniky, primář, vedoucí služby)
- Rozhoduje společně interprofesní tým
- Jiné: _____

26. Jakým způsobem je na vašem pracovišti hrazena domácí návštěva včetně dopravy odborníků na místo? *

Označte jen jednu elipsu.

- Zcela hrazena ze zdravotního pojištění pacienta
- Hradí ji pacient zcela ze svých zdrojů
- Hrazena kombinovaně ze zdravotního pojištění a s finanční spoluúčastí pacienta
- Hrazena kombinovaně ze zdravotního pojištění a dalších zdrojů pracoviště
- Hrazena z kombinovaných finančních zdrojů pracoviště
- Jiné: _____

27. Kdo a jak hradí cestovné zdravotnických odborníků na místo domácí návštěvy? *

Označte jen jednu elipsu.

- Pacient
- Pracoviště má pro tyto účely se zdravotní pojišťovnou nasmlouvanou úhradu dopravy zdravotnického pracovníka do domácího prostředí pacienta
- Pracoviště dopravně hradí z jiných zdrojů
- Jiné: _____

28. Máte metodické postupy, dle kterých provádíte domácí návštěvy? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Domácí návštěvy provádíme jen do určité dojezdové vzdálenosti od pracoviště
- Domácí návštěvy provádíme pouze u pacientů s určitými diagnózami (např. u spinálních pacientů)
- Domácí návštěvy provádíme pouze u pacientů s určitým funkčním stavem (např. dle výsledků testů FIM, Bathel indexu apod.)
- Přesné metodické postupy nemáme, posuzujeme vhodnost domácí návštěvy individuálně
- Jiné: _____

29. Za jakými účely provádíte domácí návštěvy? (Označte všechny možnosti, které se Vás týkají) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Hodnocení soběstačnosti v domácím prostředí
- Trénink provádění běžných denních činností v domácím prostředí
- Komunikace s rodinou
- Terapie horních končetin – pasivní i aktivní cvičení, posilování, stimulace čití aj.
- Trénink kognitivních funkcí
- Hodnocení domácího prostředí
- Jakákoliv běžná ergoterapie v případě, že se pacient nemůže dopravit na pracoviště
- Jiné: _____

30. Provádíte domácí návštěvy za účelem hodnocení domácího prostředí (identifikace bariér, kompenzačních pomůcek, rizik atd.)? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 31.*
- Ne *Přeskočte na otázku 35.*

Přeskočte na otázku 31.

Hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy

31. Kolik odborníků je obvykle přítomno na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy? *

Označte jen jednu elipsu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- Více

32. Kdo z odborníků je obvykle dále přítomen na hodnocení domácího prostředí formou domácí návštěvy? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Hodnocení provádím sám/sama
- Ergoterapeut
- Fyzioterapeut
- Sociálním pracovník
- Zdravotní sestra
- Psycholog
- Lékař
- Technik, odborný pracovník provádějící například stavební úpravu prostředí, prodej pomůcek apod.)
- Jiné: _____

33. Provádíte někdy hodnocení domácího prostředí i bez přítomnosti pacienta? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

34. Pořizujete při domácí návštěvě za účelem hodnocení domácího prostředí fotodokumentaci? *

Označte jen jednu elipsu.

- Vždy
- Občas
- Zřídka
- Nikdy

Vzdělání o hodnocení domácího prostředí ze studia

35. Jak moc informací o hodnocení/úpravách domácího prostředí jste se naučil/a v rámci studia ergoterapie? *

Označte jen jednu elipsu.

- Žádné – o hodnocení domácího prostředí jsem si musel/a informace samostatně po studiu dohledat/ získat od zkušenějších kolegů atd.
- Minimum – měl/a jsem pouze základní informace, které jsou pro praxi v této oblasti nedostatečné. Většinu informací bylo dodatečně zapotřebí zjistit /naučit se sám/sama atd.
- Dostatek – pro praxi v této oblasti jsem měl/a ze studia přehled v problematice a dostatek informací a vědomostí se kterými jsem mohl/a pracovat.
- Více než potřebné množství – problematice hodnocení a úprav domácího prostředí bylo při studiu věnováno až příliš velké množství času a např. množství získaných informací jsem v praxi ani nevyužil/a.

Děkuji za vyplnění

A Questionnaire of Occupational Therapy Home Assessments and Home Visits of patients/clients

Dear occupational therapists,
this questionnaire was created for the purpose of my Master's thesis with the aim to summarize information about OT home visits and home assessments from different countries.

This questionnaire is meant to be filled by respondents who are working as occupational therapists at this time (not for non-working students, not for retired). Collected data will stay anonymous.

The majority of questions are multiple choice with single answer and multiple choice with multiple-answer. No more than 31 questions need to be filled out.

A Czech online version of this questionnaire was also spread among Czech occupational therapists to get statistical information about the situation in the Czech Republic and for later comparison.

Thank you for taking part in this survey and for your time.

If you have any questions, don't hesitate to ask me via email. (email: evarohlenova@seznam.cz)

Eva Rohlenová
- occupational therapist and a Master's student in Occupational Therapy, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Academic year 2017/2018

Master's thesis title: Objective home assessment for people with motor disability from the view of occupational therapy

*Povinné pole

General information about occupational therapist and his/her job

1. **Gender ***

Označte jen jednu elipsu.

Female

Male

2. **Country where you work ***

3. **Age ***

Označte jen jednu elipsu.

Under 26

26-35

36-45

46-55

More than 55

4. **Employment arrangement**

Označte jen jednu elipsu.

Full time job

Part time job

Maternity leave

Jiné: _____

5. **Type of your workplace (in case of more options/combined job, etc., choose multiple answers) ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Medical (hospital, clinic, etc.)

Social (NGO, supported employment, etc.)

School

Public

Private

Jiné: _____

6. **Type of occupational therapy (choose multiple if appropriate) ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

Ambulant, outpatient therapy

Inpatient therapy

Home care

Jiné: _____

Příloha 6 – Dotazník ergoterapeutům – anglická verze

7. Age of patients you work with (choose multiple if appropriate) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Children
- Adolescents
- Adults
- Seniors

8. Type of patients you work the most often with (in case of more equally appropriate options, choose multiple answers) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Neurological (cerebrovascular accidents, brain trauma, multiple sclerosis etc.)
- Traumatic
- Orthopaedic
- Spinal cord injuries
- Rheumatologic
- Psychiatric
- Mental impairments
- Pediatric
- Sensory impairments
- Seniors (dementia, Parkinson disease, Alzheimer disease etc.)
- Internal illnesses
- Acute care
- Socially excluded groups – prisoners, homeless people, drug users etc.
- I am not in personal contact with patients (office work on projects, research etc.)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 9.

Home assessment in general

9. How often do you assess patient's home environment? (during occupational therapy examination) *

Označte jen jednu elipsu.

- In all cases
 - Often
 - Sometimes
 - Rarely
 - Never
- Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 20.

10. How do you mostly assess patient's home environment? (choose one, the most frequently used option) *

Označte jen jednu elipsu.

- Interview with a patient at my workplace
- Interview, observation and measurement in patient's home environment
- With an existing home assessment tool at my work place.
- With an existing home assessment tool in patient's home environment.
- Phone call or video call interview with a patient
- With written questionnaire
- Interview with family
- Performance assessment of activities of daily living (ADL)
- Jiné: _____

11. How else do you assess patients' home environment? (choose multiple if appropriate) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Interview with a patient at my workplace
- Interview, observation and measurement in patient's home environment
- With an existing home assessment tool at my work place.
- With an existing home assessment tool in patient's home environment.
- Phone call or video call interview with a patient
- With a written questionnaire
- Interview with a family
- Performance assessment of activities of daily living (ADL)
- Jiné: _____

Příloha 6 – Dotazník ergoterapeutům – anglická verze

12. If you do use an existing home assessment tool, is it standardized? *

Označte jen jednu elipsu.

- Yes
 No
 I don't know
 I don't use any

13. Do you know any existing tool/questionnaire for home assessment? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Yes, an assessment created in our country
 Yes, an assessment from abroad
 No

14. Write the name of existing home assessment, if you know any:

15. How do you record findings about patients' home environment? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- As a part of ordinary record to documentation (e.g. one part of initial examination record)
 Into a specialized form for home environment assessment created at your workplace/hospital
 Into a form of existing assessment/questionnaire etc.
 Jiné: _____

16. What do you mostly do with home assessment findings? Part 1 *

Označte jen jednu elipsu.

- I verbally communicate them to the patient
 I communicate them to the patient textually
 I communicate them both verbally and textually
 Jiné: _____

17. What do you mostly do with home assessment findings? Part 2 *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- I assist the patient with the whole process of home modifications and until choosing and getting the right medical aids
 I give the patient contacts and show the patient appropriate medical aids and their alternatives
 I give the patient contacts for other professionals in home modifications (e.g. technical experts)
 I advise the patient on where to get medical aids
 I give the patient contacts for organizations and workplaces where he can get help and can continue in the process of home modification (e.g. contact for an occupational therapist in the community)
 I consult my findings with family members
 I consult my findings and other solutions with a technical expert
 I tell findings to my boss
 Jiné: _____

18. In which 3 parts of household you find barriers the most often? (Choose exactly 3 options) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- House/ flat entrance
 Kitchen
 Bathroom
 Toilet
 Bedroom
 Workroom
 I don't have any experience with this area of practice
 Jiné: _____

19. **With which 3 barriers and risk factors do you deal the most often with in patient's home environment? (Choose exactly 3 options) ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Stairs
- Thresholds
- Narrow doors
- Narrow spaces
- Toilet
- Bathtub/shower
- Kitchen units
- Bed
- Missing handles
- I don't have any experience with this area of practice
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 20.

General questions about home visits

20. **Can you, as a part of your work at your current job, visit patients in their home environment? (= POSSIBILITY to do a home visit - for any reason) ***

Označte jen jednu elipsu.

- Yes, often
- Sometimes
- Rarely
- No *Po poslední otázce v této části přeskočte na otázku 26.*

21. **Would it be beneficial for your patients to have a possibility of home visits more often? ***

Označte jen jednu elipsu.

- Yes
- Mostly yes
- Mostly not
- No
- Doesn't apply for me (e.g. I am a manager of department)

22. **Would it be beneficial for your work effectiveness to have a possibility to do home visits? ***

Označte jen jednu elipsu.

- Yes
- No
- I don't know
- Doesn't apply for me (e.g. I am a manager of department,)

23. **Do you do home visits? (What is the REALITY in practice) ***

Označte jen jednu elipsu.

- Yes, often *Přeskočte na otázku 27.*
- Sometimes *Přeskočte na otázku 24.*
- Rarely *Přeskočte na otázku 25.*
- No *Přeskočte na otázku 26.*

Přeskočte na otázku 27.

Home visits - sometimes

24. **What is the reason you don't do home visits more often? ***

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Our patients don't need home visits
- My employer or boss doesn't allow it
- It is not a part of my job description (e.g. I am a manager etc.)
- Other services do home visits, if patients need it
- It is too time-consuming
- It is too costly or technically demanding (e.g. difficult transportation, travel costs)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 27.

Home visits - rarely

Příloha 6 – Dotazník ergoterapeutům – anglická verze

25. What is the reason you don't do home visits more often?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Our patients don't need home visits
- My employer or boss doesn't allow it
- It is not a part of my job description (e.g. I am a manager etc.)
- Other services do home visits, if patients need it
- It is too time-consuming
- It is too costly or technically demanding (e.g. difficult transportation, travel costs)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 27.

Home visits - not doing

26. What is the reason you don't do home visits? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Our patients don't need home visits
- My employer or boss doesn't allow it
- It is not a part of my job description (e.g. I am a manager etc.)
- Other services do home visits, if patients need it
- It is too time-consuming
- It is too costly or technically demanding (e.g. difficult transportation, travel costs)
- Jiné: _____

Přeskočte na otázku 39.

Home visits

27. Who decides at your workplace if the home visit will/will not be done? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- I can do home visits on my own according to my decision
- A doctor decides
- The head of the clinic/department, a boss, a head of service decides
- Interprofessional team decides together
- Jiné: _____

28. How is the home visit paid at your workplace (including transportation)? *

Označte jen jednu elipsu.

- Fully from the patients medical insurance
- Patient pays for it on his own
- Paid from medical insurance and partly by patient
- Paid from medical insurance and partly from other sources of workplace
- Paid from different sources of workplace
- Jiné: _____

29. Who pays for the transportation of medical professionals at the place of home visit? *

Označte jen jednu elipsu.

- Patient
- Workplace has contract with insurance company for these cases
- Workplace covers it from other financial resources
- Jiné: _____

30. Do you have any guidelines according to which you do home visits? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- We do home visits only till certain range of kilometres from workplace
- We do home visits only for patients with certain diagnoses (e.g. spinal patients)
- We do home visits only for patients with certain functional ability (e.g. according to FIM, Barthel index scores)
- We don't have guidelines, we do decision about home visit individually for each case
- Jiné: _____

Příloha 6 – Dotazník ergoterapeutům – anglická verze

31. What are the purposes of your home visits? (choose multiple if appropriate) *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- To evaluate activities of daily living in home environment
- To practice activities of daily living in home environment
- To communicate with family members
- Upper extremity/hand therapy
- Cognitive rehabilitation/training
- To evaluate home environment (identification of barriers, medical aids etc.)
- Any kind of occupational therapy in case a patient can't commute to the workplace
- Jiné: _____

32. Do you do home visits with the purpose to assess home environment of the patient (to identify barriers, risks, need of medical aids etc.)? *

Označte jen jednu elipsu.

- Yes *Přeskočte na otázku 33.*
- No *Přeskočte na otázku 39.*

Přeskočte na otázku 33.

Home assessment visit

33. How many professionals are present during a typical home assessment visit (HAV)? *

Označte jen jednu elipsu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- More

34. Which professions are usually present at HAV? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- I do it alone (1 occupational therapist)
- Me and next occupational therapist
- Physiotherapist
- Social worker
- Nurse
- Psychologist
- Doctor
- Technical expert (e.g. non-barrier bathroom designer, seller of medical aids)
- Jiné: _____

35. How do you assess home environment of the patient during HAV the most? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Interview with the patient
- Exact measurement (lengths, widths etc.)
- Performance assessment of activity of daily living (ADL)
- Observation of the environment

36. Do you sometimes perform HAV without the presence of the patient? *

Označte jen jednu elipsu.

- Yes
- No

37. When do you do home assessment visit? *

Označte jen jednu elipsu.

- During patient's hospitalization
- At the end of patient's hospitalization (it means one or two weeks before discharging)
- After the patient was discharged and stays at home
- Jiné: _____

38. Do you make a photo-documentation during HAV? *

Označte jen jednu elipsu.

- Always
- Sometimes
- Rarely
- Never

Education about home assessment

39. **How much information about home assessments/modifications you got during your occupational therapy studies? ***

Označte jen jednu elipsu.

- Nothing - I had to study information about this area on my own/got it from experience of my colleagues etc.
- Minimum -- I knew basics from school and then most of important knowledge I learnt in practice.
- Enough - I had general knowledge about this area and enough information, which I could work with in practice.
- More than needed - We learnt about this area in school so much information, which I didn't use in practice.

Thank you for taking part in this survey and your time
