

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Bc. Tereza Korytárová DiS.

**Vybrané alternativní metody využívané při práci se seniory  
v domovech pro seniory**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Vybrané alternativní metody využívané při práci se seniory v domovech pro seniory*“ vypracovala samostatně a pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce, vždy jsem uvedla všechny použité zdroje.

V Olomouci dne

Podpis.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce a všem zařízením za umožnění vyhotovení výzkumu a poskytnutí dalších potřebných materiálů. Dále chci poděkovat Mgr. Šárce Barnové za obrovskou ochotu, cenné připomínky a odborné rady a dále Šárce Lelkové za poskytnutí doplňujícího rozhovoru.



Obrázek č. 1 – Pomocné ruce <sup>1</sup>

*„Nejlepší péče, která může být starému člověku poskytnuta, je ta,  
která jde přímo od srdce.“<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Vlastní tvorba

<sup>2</sup> Vlastní tvorba

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Tereza Korytářová, DiS.
<b>Katedra:</b>	Ústav pedagogiky a sociálních studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2019

<b>Název práce:</b>	Vybrané alternativní metody využívané při práci se seniory v domovech pro seniory
<b>Název v angličtině:</b>	The selected alternative methods used when working with seniors in homes for the elderly
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zaměřuje na vybrané alternativní metody využívané při práci se seniory v domovech pro seniory. Teoretická část popisuje volný čas seniorů, realizaci aktivizačních programů a terapií. Konkrétně se zabývá charakteristikou vybraných terapií – muzikoterapie, ergoterapie a canisterapie. Dále seznamuje čtenáře se základním vymezením a fungováním sociální služby domov pro seniory.</p> <p>Cílem výzkumné části je pomocí rozhovorů zkoumat, jakým způsobem jsou jednotlivé terapie prováděny ve vybraných zařízeních, formou ankety s uživateli ověřit spokojenost s terapiemi a rozhovorem s canisterapeutkou doplnit zjištěné údaje o canisterapii.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Volný čas, aktivizační programy, terapie, muzikoterapie, ergoterapie, canisterapie, sociální služby, domov pro seniory
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis focuses on selected alternative methods used in work with seniors in homes for the elderly. The theoretical part describes the leisure time of seniors, implementation of activation programs and therapies. In particular, it deals with the characteristics of selected therapies - music therapy, ergotherapy and canistherapy. It further introduces the reader to the basic definition and functioning of social services home for the elderly.</p> <p>The aim of the research is to investigate the way in which individual therapies are performed in selected facilities, in the form of a poll with users to verify satisfaction with therapies and interview with a canisterapeut to supplement the data on canistherapy.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Leisure time, activation programs, therapy, music therapy, ergotherapy, canistherapy, social services, home for seniors

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<b>Příloha č. 1</b> – Schéma výzkumného šetření <b>Příloha č. 2</b> – Rozhovor se zástupcem zařízení <b>Příloha č. 3</b> – Anketa s uživateli <b>Příloha č. 4</b> – Rozhovor s canisterapeutkou <b>Příloha č. 5</b> – Návrh hudební aktivity <b>Příloha č. 6</b> – Seznam canisterapeutických sdružení v Pardubickém kraji <b>Příloha č. 7</b> – Letáček „Co mi přináší muzikoterapie a canisterapie“
<b>Rozsah práce:</b>	98 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština

# OBSAH

ÚVOD.....	9
1 STÁŘÍ A VOLNÝ ČAS .....	11
1.1 Volný čas .....	12
1.2 Realizace aktivit.....	13
1.3 Smysl aktivit .....	14
1.4 Jaké druhy aktivit existují.....	15
1.5 Terapie v zařízeních.....	16
2 MUZIKOTERAPIE.....	18
2.1 Vznik a vývoj muzikoterapie.....	18
2.2 Charakteristika muzikoterapie .....	19
2.3 Typologie muzikoterapie .....	21
2.4 Hudba a hudební prostředky .....	23
2.5 Prostředí pro muzikoterapii .....	24
2.6 Práce muzikoterapeuta.....	25
2.7 Muzikoterapie a senioři .....	26
3 ERGOTERAPIE .....	28
3.1 Vývoj a pojetí ergoterapie .....	28
3.2 Cíle ergoterapie.....	29
3.3 Typologie ergoterapie.....	31
3.4 Léčebný proces .....	31
3.5 Práce ergoterapeuta.....	32
3.6 Ergoterapie a senioři .....	33
4 CANISTERAPIE.....	35
4.1 Vznik a vývoj canisterapie.....	35
4.2 Typologie canisterapie.....	36
4.3 Cíle canisterapie.....	37
4.4 Práce canisterapeuta.....	38
4.5 Canisterapeutický pes a průběh zkoušek .....	38
4.6 Vedení dokumentace .....	40

4.7 Canisterapie a senioři.....	40
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBA DOMOV PRO SENIORY .....	42
5.1 Cíl a fungování .....	42
5.2 Podmínky založení a financování sociální služby .....	43
5.3 Odborný tým zajišťující péči .....	44
5.4 Vedení dokumentace .....	46
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	48
6.1 Vymezení cíle .....	48
6.2 Metodologie výzkumu .....	49
6.3 Výběr výzkumného vzorku.....	51
6.4 Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření .....	52
6.5 Organizace výzkumného šetření.....	53
6.6 Výsledky výzkumného šetření.....	53
6.7 Interpretace výzkumu .....	83
ZÁVĚR .....	91
SEZNAM ZKRATEK .....	93
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	94
SEZNAM TABULEK .....	94
SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ .....	95
SEZNAM PŘÍLOH.....	99



## ÚVOD

Cílové skupině seniorů se věnuji již od roku 2012, kdy jsem v rámci sociálních služeb zprostředkovávala sociální službu osobní asistenci, sociální rehabilitaci a domov se zvláštním režimem. Každý den jsem se setkávala se seniory, kteří se vlivem staří nacházeli v různých stavech psychické pohody a nepohody. Sociální službu osobní asistence a sociální rehabilitace využívali senioři, kteří neměli taková zdravotní omezení a mohli tak setrvávat ve svém přirozeném prostředí – doma. Oproti tomu senioři využívající pobytové zařízení sociálních služeb už možnost zůstat ve svém přirozeném prostředí ze zdravotních důvodů neměli. Při práci se seniory jsem postupem času zjišťovala, jak je pro ně důležitý kontakt s druhými lidmi a zároveň způsob trávení volného času. V pobytovém zařízení, ve kterém jsem pracovala, jsem měla možnost být se seniory při různých aktivitách a činnostech. Z jejich neverbální komunikace a především ve výrazu tváře a v jejich očích byla pokaždé vidět obrovská radost a vděčnost za to, že se něco v zařízení děje a že mohou být součástí něčeho – určité činnosti a aktivity. Nejvíce radosti projevovali u hudebních aktivit, pracovních aktivit a při návštěvách canisterapeuta se psem. Tehdy jsem se rozhodla, že se ve své diplomové práci zaměřím právě na tyto tři oblasti činností, abych zjistila, jak probíhají v jiných zařízeních a jak jsou s nimi uživatelé spokojeni.

Hlavním cílem diplomové práce je charakterizovat volný čas seniorů a jednotlivé terapie, prostřednictvím výzkumného šetření zjistit, jak oslovená zařízení přistupují k provádění terapií při práci s uživateli a jak jsou s terapiemi spokojeni samotní uživatelé. Dílčí cíle jsou stanoveny následovně:

- ↪ Charakterizovat osobnost seniora.
- ↪ Popsat vybrané terapie.
- ↪ Seznámit s pobytovou sociální službou domov pro seniory.
- ↪ Popsat, jak často a jaký způsobem terapie v zařízeních probíhají.
- ↪ Zkoumat, jaké možnosti mají zařízení pro realizaci terapií.
- ↪ Zjistit spokojenost pracovníků a uživatelů s probíhajícími terapiemi.
- ↪ Analyzovat, zdali má kapacita zařízení vliv na poskytování terapií.

Diplomová práce se skládá ze šesti kapitol. Úvod je věnován volnému času seniora, aktivizačnímu programu v zařízeních, individuálnímu plánu, pracovníkům zajišťujícím aktivizační činnosti, vlivu a přínosu aktivit pro seniory, popisuje druhy, dělení a terapie prováděné v zařízeních. Na ni navazuje poměrně rozsáhlá část složená ze tří kapitol,

zaměřená na popis vybraných terapií – muzikoterapie, ergoterapie a canisterapie. U jednotlivých terapií se vymezuje historie, definice, cíle, prostředky, formy a jejich dělení, zabývá se léčebným procesem a vztahem v terapiích, osobností zajišťující terapie, způsobem vedení dokumentace a prováděním terapie u seniorů. Následuje část popisující sociální službu domov pro seniory, možné zřizovatele, poskytovatele a financování zařízení sociálních služeb, pracovníky působící v sociálních službách, smlouvu, vedení dokumentace a účel standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. Ve výzkumné části byly zvoleny metody kvalitativního výzkumu, a to analýza dokumentů, rozhovor a anketa. Analýza dokumentů byla použita při výběru jednotlivých zařízení sociálních služeb poskytujících sociální službu domov pro seniory v Pardubickém kraji. Následně byl realizován ve vybraných zařízeních sociálních služeb rozhovor, a to vždy s jedním zástupcem z daného zařízení. Výzkum byl doplněn anketou s uživateli sociální služby na téma spokojenost a přínos a rozhovorem s canisterapeutkou zaměřeným na ověření zjištěných informací o průběhu canisterapie. Zároveň prověřil, zdali má kapacita zařízení vliv na poskytování terapií.

Terapiemi nejen u cílové skupiny seniorů, se v obecné rovině zabýval např. MÜLLER. Konkrétně u muzikoterapie kolektiv autorů, skládající se z KANTORA, LIPSKÉHO a WEBERA, za ergoterapii kolektiv autorů JELÍNKOVÁ, KRIVOSÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ a za canisterapii NERANDŽIČ a kolektiv autorů v čele s VELEMÍNSKÝM. Ze zahraničních autorů můžeme uvést např. BRUSCIA nebo HAGEDORNOVOU.

# 1 STÁŘÍ A VOLNÝ ČAS

Tématem stáří a stárnutí se zabývá vědní obor gerontologie, do které přispívá řada odborníků, např. KALVACH, PACOVSKÝ, HAŠKOVCOVÁ a JESĚNSKÝ. Gerontologie zahrnuje tři vědní disciplíny: teoretickou gerontologii (základ pro aplikaci poznatků), sociální gerontologii (vztahy seniora a společnosti) a klinickou gerontologii neboli geriatrii (zdravotní stav, diagnostika a terapie). (Kozáková, Müller, 2006, s. 9).

Stáří je považováno za pozdní fázi ontogeneze a „*je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami)*“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 9). Stáří lze vnímat z pohledu kalendářního, psychického, sociálního a biologického. Nejčastěji se vychází z **kalendářního věku**. Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila pro stáří věkovou hranici 60 let a dělí stáří na rané (60 – 74 let), vlastní (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 let a více). PŘÍHODA (1974) označuje období raného stáří za období senescence nebo časného stáří, období vlastního stáří jako senium a dlouhověkost jako patriarchium. Stáří z **psychického** pohledu závisí na osobnostních rysech, na psychických změnách v průběhu stárnutí a na reakcích jedince na stáří. „*Psychické stárnutí přináší změny poznávacích (kognitivních) schopností, změny paměti a učení, změny emocionality a zpomalení psychomotorické a percepční činnosti*“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 9). LANGMEIER A KREJČÍKOVÁ (1998) doplňují změny v oblasti smyslového vnímání, afektivního prožívání, tvořivosti, v osobnosti člověka, v citových vztazích s blízkými a v jeho zařazení do společnosti. **Sociální** stáří úzce souvisí se změnou role, se způsobem života a ekonomickým zajištěním. To vše je ovlivněno odchodem jedince do starobního důchodu. **Biologické** stáří přináší řadu involučních změn, které se u seniora projevují ve snížení výšky a hmotnosti, ve ztrátě objemu svalstva a jeho elasticity, v úbytku kostní hmoty, ve změně kůže a barvy vlasů, objevují se respirační a trávicí problémy, snižuje se funkčnost smyslových orgánů. Se stářím přichází řada sociální změn spojené např. s odchodem do důchodu, osamostatněním dětí, apod. (Kozáková, Müller, 2006, s. 10 - 12)

V období stáří se vyskytuje řada nemocí a může se projevat několik chorob najednou. Může se jednat o chorobu např. v oblasti ortopedie, neurologie, gerontopsychiatrie. Vlivem těchto chorob dochází ke snižování **soběstačnosti** starého člověka, která může mít značný vliv na jeho psychickou a zdravotní stránku. Proto je velmi

důležité podporovat seniory v soběstačnosti především v oblasti sebeobsluhy, každodenních činností a v komunikaci. K tomu nám mohou dopomoci kompenzační pomůcky, kterých je celá řada. A v poslední řadě je velmi důležité smysluplné trávení volného času. (Kozáková, Müller, 2006, s. 17 - 18)

## 1.1 Volný čas

**Volný čas** je charakterizován „*jako čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, které vyplývají z jeho společenského začlenění, zvláště z dělby práce a z nutnosti zachovat svůj biofyziologický či rodinný systém*“ (Klener, 1996. s. 126).

Ve volném čase si člověk sám svobodně volí, co bude dělat. Volí si činnosti, které mu přinášejí radost, pocit uspokojení a uvolnění. Pod pojem volného času běžně zahrnujeme rekreaci, odpočinek, zábavu, různé zájmové činnosti a vzdělávání. Volný čas se mění v souvislosti se změnou životního stylu. V průběhu života člověk prochází vlivem vývoje různými životními fázemi, ve kterých se přizpůsobuje životní situaci, sociální pozici a zastává různé sociální role. Každé životní fázi odpovídá určitý životní styl založený na sociální pozici, potřebách a zájmech člověka nacházející se v dané fázi. **Životní styl** člověka v seniorském věku je obklopen velkým objemem volného času, který mu přináší více svobody a rozhodování v tom, jak s ním naložit. Někteří senioři pracují do vyššího věku, ať už v zaměstnání, kde se realizují, anebo zvelebují svůj domov či zahrádku. Jiní se naopak více účastní různých kulturních akcí nebo vstupují do klubů pro seniory, kde jsou pro ně pořádány různé aktivity. Mnohdy si stěžují na nedostatek času. Mnozí z nich se dále vzdělávají. Motivace seniorů pro další vzdělávání většinou vychází z jejich dosaženého vzdělání, dřívějších účastí na dalším vzdělávání, ze snahy zlepšit věci v komunitě, z touhy po sociálních kontaktech, ze snahy najít smysl života a ze snahy udržovat si tělesné a psychické síly. Další vzdělávání seniorů probíhá prostřednictvím univerzit třetího věku. **V pobytových zařízeních** se volný čas seniorů řídí aktivizačním programem, který spadá do procesu plánování sociálních služeb. Navzdory těmto programům by mělo být seniorovi umožněno žít způsobem, který mu vyhovuje a je pro něj důležitý. Proto je nutné, aby pracovníci v pobytových zařízeních znali potřeby a přání klientů a respektovali je (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 29 - 34).

## 1.2 Realizace aktivit

V rámci aktivizace se vytváří **aktivizační program**, který by měl být kvalitní, protože podle RHEINWALDOVÉ (1999) je považován za podstatnou složku při zajištění péče o seniory. Cílem aktivizačních programů je naplnění fyzických, psychických, společenských potřeb člověka a vede starého člověka žít plnohodnotný život. Aktivizace zajišťuje naplnění volného času, zlepšuje a podporuje soběstačnost klienta, posiluje jeho fyzickou a psychickou kondici (Klimeš, 1983).

Aktivizační program by měl být pestrý a nápaditý, jednotlivé aktivity je důležité obměňovat. Kvalitní aktivizační program vychází z individuality klienta a jednotlivé činnosti by měly být zaměřovány především na silné stránky každého klienta, které je nutné využívat a podporovat je. (Rheinwaldová, 1999, s. 22)

MALÍKOVÁ (2011) ve své knize poukazuje na to, že aktivizační činnosti klientům pomáhají uvědomit si své potřeby se zachováním pocitu důstojnosti a radosti. Vede je k podpoře osobních sil, k zapojení se do péče a zároveň předchází vzniku různých druhů závislostí. Při tvorbě aktivizačního programu je nutné stanovit cíl, určit metody, prostředky, časový úsek a případná bezpečnostní opatření. Cíle volíme ve vztahu ke klientovi a rozlišujeme cíle kognitivní, afektivní a psychomotorické. Cíle by měly být utvořeny tak, aby zajišťovaly komplexnost (obsahovaly všechny tři výše uvedené cíle), kontrolovatelnost (určení požadovaného výkonu a podmínek realizace) a přiměřenost (volit cíle tak, aby byly splnitelné). Dále se určí metoda, která prostřednictvím plánované činnosti vede k dosažení stanovených cílů. Metody dělíme na preventivní, rehabilitační a léčebné. Mezi prostředky řadíme pracovní materiál, různou auditivní, vizuální a audiovizuální techniku (magnetofon, dataprojektor, video) a prostory určené k aktivizaci. Délka a frekvence aktivit závisí na složení skupiny klientů. Některé aktivity probíhají denně (např. cvičení), jiné s určitým časovým odstupem (např. divadelní představení). V neposlední řadě je nutné dodržovat při aktivizaci bezpečnostní opatření, abychom předešli možnému riziku vzniku pádu a úrazu.

Ke staršímu člověku je nutné zvolit individuální přístup. To, co může bavit jednoho, neznamená, že to bude bavit jiného (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 13).

V pobytových zařízeních je každému klientovi založen **individuální plán**, který vychází z konkrétních osobnostních a funkčních charakteristik klienta, ze sociálního zázemí a z jeho potřeb a přání. Jeli individuální plán dobře nastaven, tzn. je-li přizpůsoben individuálně klientovi, můžeme pomocí jednotlivých aktivit dosáhnout výsledků uspokojivých nejen pro samotného klienta, ale i pro jeho rodinu a ošetřující personál

(Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 34 - 35). Individuální plán vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), který konkrétně v § 88 písm. f) zákona ukládá zařízením poskytující sociální služby povinnost vytvářet individuální plán, a to každému klientovi využívajícímu sociální službu.

Aktivizační programy zajišťuje **aktivizační pracovník**. Za aktivizačního pracovníka můžeme považovat každého jedince, který provádí aktivizaci. *„Aktivizační pracovník je kvalifikovaný pracovník, který vykonává základní výchovnou činnost, rozvíjí manuální zručnost, vyhledává, organizuje a provádí volnočasové aktivity u osob se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, závislosti na návykových látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“* (Senior v nemocnici, 2018 [online])

V poslední době je velkým problémem nedostatečný počet vyškolených pracovníků v oblasti aktivizačních programů, a proto v pobytových zařízeních mají většinou aktivizaci na starosti zdravotní sestry, sociální pracovnice, speciální pedagogové, ergoterapeuti, nebo dobrovolníci. Aktivizační programy ve většině případech vykonávají pracovníci, kteří plní jinou funkci, a proto nemohou tuto činnost pravidelně vykonávat a věnovat se jí naplno. Většinou se jedná o sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách (Rheinwaldová, 1999, s. 21). V zákoně o sociálních službách je ukotveno, že aktivizační činnosti provádí sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách pod jeho dohledem.

### 1.3 Smysl aktivit

Aktivity u seniorů jsou důležitou součástí kvalitní péče, a proto by měly být čínorodé, aby pomáhaly snižovat negativní důsledky, které přináší stáří. Aktivity plní společenskou funkci. Zajišťují vytržení z osamělosti a izolace a přinášejí kontakt s druhými lidmi. Zároveň vyžadují plné soustředění seniora na činnost, což pomáhá k odpoutání pozornosti seniora od bolesti a případných chmurných myšlenek. Aktivity vedou k uspokojení vyšších potřeb seniorů, kterou je potřeba uznání od druhých lidí a potřeba seberealizace. Značný vliv má na zdravotní stav. Důležitý je i předchozí zážitek seniora s nějakou aktivitou, který pokud je negativní, může vést k odmítání určité činnosti. Za pozitivní **přínos** aktivit lze vnímat zejména podpora seberealizace, kontaktu s druhými lidmi, přináší radost, potěšení, zábavu, pocit emoční sounáležitosti a pozitivního přijetí, rozčleňují den do určitých úseků a udržují

fyzické a psychické schopnosti a soběstačnost. Staří člověka přináší řadu změn ve fyzické a psychické oblasti, které člověka mohou nějak **limitovat**. Změny jsou individuální a objevují se v různé míře. Změny v oblasti psychiky zahrnují např. zhoršení paměti, schopnosti koncentrace pozornosti, zpomalení psychomotorického tempa, zabíhavé myšlení, pokles smyslové výkonosti, snížení kreativity a sebedůvěry, zhoršení adaptability a schopnosti navazovat nové vztahy. Změny fyzického stavu znamená např. úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršení elasticity svalů, snižuje se pohyblivost, rychlost, vytrvalost a síla (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 13 - 16).

## 1.4 Jaké druhy aktivit existují

Aktivitu rozlišujeme podle počtu seniorů na individuální a skupinové, podle aktivity seniorů na aktivní (cvičení, trénování paměti) a pasivní (relaxace, poslech hudby), podle zatížení na aktivity zatěžující více fyzickou stránku a aktivity zatěžující více kondici, zaměření na pracovní, sebeobslužné a zájmové (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013, s. 17).

Autoři mají na **dělení aktivit** různé pohledy. RHEINWALDOVÁ (1999) dělí programy do kategorií:

- ↪ rukodělné práce a tvořivé činnosti,
- ↪ společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec,
- ↪ cvičení, sporty, sportovní hry,
- ↪ činnosti venku v přírodě,
- ↪ náboženské programy,
- ↪ vzdělávací činnost.

JUREČKOVÁ (2003) člení aktivitu podle uspokojování potřeb, a to na činnosti uspokojující fyzické potřeby (sportovní a pohybové aktivity, činnosti procvičující jemnou motoriku), činnosti uspokojující psychické potřeby (rozvoj kognitivních funkcí, cvičení paměti, rozvoj kreativity, podpora pocitu zodpovědnosti), činnosti uspokojující sociální potřeby (zajištění kontaktu s druhými uživateli), činnosti uspokojující duchovní potřeby (bohoslužby).

KOZÁKOVÁ, MÜLLER (2006) v rámci aktivizace využívají různé terapie, konkrétně speciálně-pedagogické terapie, které následně rozdělují na činnostní a pracovní terapii, psychomotorickou terapii, expresivní terapii a terapii s účastí zvířete.

MLÝNKOVÁ (2011) rozlišuje aktivity podle toho, jak jsou v praxi využívány. Jedná se o činnosti podporující mentální schopnosti (trénink paměti - luštění křížovek, orientace v realitě a reminiscence), činnosti podporující fyzické schopnosti (rehabilitační cvičení a činnosti u imobilních osob) a činnosti podporující sensorické schopnosti (arteterapie, muzikoterapie a ergoterapie).

SUCHÁ, JINDROVÁ a HÁTLOVÁ (2013) ve své knize rozdělují aktivity do 13 kategorií – aktivity na podporu kognitivních funkcí, pohybové aktivity, stolní a zábavné hry, vzpomínkové aktivity, aktivity s hudbou a zpěvem, aktivity se zvířaty, výtvarné činnosti, vaření, duchovní aktivity, stimulace smyslů, čtení, zahradničení a práce s přírodními materiály, další činnosti.

## 1.5 Terapie v zařízeních

Jak uvádí KOZÁKOVÁ a MÜLLER (2006), v rámci aktivizace se využívají různé terapie. Terapie mají svůj původ v medicínské praxi. Terapie lze charakterizovat jako „*přístupy, které lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu)*“ (Müller, 2005, 13 s.).

Terapeutické přístupy využívají terapeuti, kteří k tomu mají osobní předpoklady a patřičné vzdělání. Při své práci vycházejí z různých zdrojů a využívají různorodé prostředky, metody, techniky a formy práce. Podle MÜLLERA (2005) by měla terapie probíhat v určitém čase a prostředí, mít organizační formu (např. individuální, skupinovou), odpovídat dané orientaci terapeuta, záviset na věku, příčinách potíží a symptomech klienta, zaměřena na somatické, nebo psychické změny u klienta, být zacílena nejenom léčivě, ale také preventivně a rehabilitačně. U dospělých jedinců čerpá terapeut ze zkušeností jedince. Dospělý jedinec přichází s představou o terapii a pomoci, kterou od terapie očekává. Vlivem zkušenosti se ve svém životě dostává do určitých sociálních rolí (např. role oběti). Podstatná je míra akceptace problému. **Cíle** terapie lze obecně charakterizovat jako cíle zaměřené na potřeby jedince (např. vedoucí k odstranění stresujících faktorů, podpora pozitivního sebehodnocení), cíle vycházející z orientace a schopností terapeuta (plánování a zacílení určité metody), cíle stanovené institucí, ve které terapie probíhá (Müller, 2005, 22 - 23 s.).



Při dělení terapií budeme vycházet z výše uvedeného členění podle KOZÁKOVÉ a MÜLLERA (2006), a to na činnostní a pracovní terapii, psychomotorickou terapii, expresivní terapii a terapii s účastí zvířete. **Terapie činnostní a pracovní** je založena na manipulaci s předměty za účelem dosažení pozitivních změn u seniora, a to v jeho chování, myšlení a v projevu emocí. Pracovní terapie neboli ergoterapie směřuje k určitému výsledku práce. U seniorů se výsledků dosahuje prostřednictvím rukodělných činností a výcvikem v oblasti praktického života. **Psychomotorická terapie** je terapeutický postup, který svou širokou škálou činností zasahuje do jiných terapeutických aktivit. Tato terapie využívá tělesnou stimulaci a dochází tak k ovlivnění duševních procesů člověka. Mezi tyto terapie řadíme nap. tanec, pohybové hry nebo pantomimu. Při **expresivní terapii** se aplikují umělecké prostředky jednotlivých druhů umění s cílem dosáhnout pozitivní změny v chování, myšlení a v projevu emocí seniora. Jedná se o umění dramatické, hudební, literární a výtvarné, podle kterého následně rozlišujeme druhy expresivních terapií. Expresivní terapie se člení na dramaterapii (využití dramatických prostředků za účelem dosažení úlevy a růstu osobnosti), teatroterapii (realizace divadelního představení), psychodrama (zpracování prožitých traumat), muzikoterapii (využívá hudební prvky – melodie, rytmus, dynamika, tempo), biblioterapii (využívá se literární umění) a arteterapii (založeno na výtvarném projevu). **Terapie za pomoci zvířete**, jinak zooterapie či animoterapie je založena na kontaktu člověka se živým tvorem. „*Jedná se o terapeutickou metodu, při níž dochází k léčení prostřednictvím zvířat a domácích mazlíčků. Zooterapie využívá psů (canisterapie), koček (felinoterapie), koní (hipoterapie) a dalších zvířat*“ (Nováková a kol., 2011, s. 38).

## SHRNUTÍ

Stáří člověku přináší jistá omezení. Jsou to právě aktivizace, které pomáhají starému člověku lépe zvládat tato omezení a nejen to. Díky aktivizaci může smysluplně trávit svůj čas a radovat se z každodenních maličkostí.

Nastínili jsme, jak tráví senioři volný čas. Definovali jsme aktivizační program a individuální plán. Popsali jsme pracovníka, který zajišťuje v zařízení aktivity. Ujasnili jsme, jaký vliv mají aktivity na seniory, jaký mají pro ně přínos a možné limity seniorů při aktivitách. Určili jsme druhy, dělení jednotlivých aktivit a nakonec jsme více charakterizovali terapie. Následující kapitola bude věnována hudební terapii neboli muzikoterapii.

## 2 MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který má řecko-latinský původ a v překladu znamená léčba hudbou. Zařazujeme ji do **expresivních terapií**, tzn. že se jedná o terapii, která využívá při práci umělecké prostředky a to hudební, literární, pohybové, dramatické a výtvarné (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 21). Muzikoterapie je uměleckou terapií a svou interdisciplinární povahou je využitelná ve školství, v sociální a zdravotní oblasti (Beníčková, 2017, s. 23). Je považována za cílevědomý proces, prostřednictvím něhož terapeut pomáhá klientovi udržet, zlepšit nebo obnovit jeho psychický stav duševní pohody (Moreno, 2005, s. 15). „*Muzikoterapie je interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuobnovení zdraví. Muzikoterapie zahrnuje kreativní zacházení s jednoduše ovladatelnými hudebními nástroji a vůbec s takovými nástroji, které vydávají zvuk, dále zahrnuje zpívání písní a improvizaci s hlasem*“ (Bruscia, 1989, s. 57).

### 2.1 Vznik a vývoj muzikoterapie

Již v pravěku byla hudba považována za formu komunikace s nadpřirozenými silami, pomocí kterých lidé působili na bohy a démony ve prospěch svého kmene či jedince. Hudbu využívali k magickému léčení, kterým se snažili bojovat s úzkostí a s chorobami. Lidé si postupně začali vytvářet určité rituály, které měly preventivní a léčebnou funkci. Ve Starověku se hudební terapií zabývali např. Platon, Aristoteles, Pythagoras, které můžeme pokládat za předchůdce muzikoterapie. Platon kladl důraz na morální význam hudby ve výchově a vzdělávání. Aristoteles poukazoval na to, že hudbu je třeba poslouchat a spatřoval v hudbě spíše uvolnění za doprovodu emocí. Pythagoras vnímá hudbu jako přímý odraz a projev harmonie řádu vesmíru. V Řecku je terapeutická hodnota hudby hojně uznávána a je chápána jako prevence v oblasti mentální hygieny s cílem vytvářet rovnováhu mezi psychickou a tělesnou složkou člověka. (Šimanovský, 2011, s. 17 - 19).

V dobách středověku, po pádu říše římské, došlo k postupnému upadání terapie hudbou. V islámském prostředí byly účinky hudby v této době nadále využívány (Linka, 1997, s. 49).

ŠIMANOVSKÝ (2011) uvádí, že do centra pozornosti se muzikoterapie zpátky vrací v období renesance. Lékaři využívali hudbu při duševních poruchách a ověřovaly

se možnosti působení hudby na chirurgicky léčené pacienty. V 17. a 18. století se léčba hudbou nazývala iatromusia. Základním principem bylo starořecké učení o harmonii kosmu, které se promítá pomocí hudby do živého organismu. Iatromusia se zaměřovala i na fyziologické a biochemické procesy při percepci hudby. V této době se objevila profese zvaná iatrohudebníci, která je považována za předchůdce dnešních muzikoterapeutů. V 19. století se léčba hudbou využívala v léčebnách. Později byla muzikoterapie odsuzována a upadla v zapomenutí. Ve 20. století začaly postupně vznikat první školy muzikoterapie, vznikla společnost pro muzikoterapii, Švýcarské muzikoterapeutické fórum pro komunikaci muzikoterapeutů z různých zařízení po celém světě, výbor pro muzikoterapii a Společnost pro muzikoterapii. V České republice se muzikoterapie začala jako první používat v psychiatrické léčebně v Bohnicích v Praze. Muzikoterapii se začala zabývat J. Schánilcová-Vodňanská, která muzikoterapii aplikovala při léčbě závislosti na alkoholu a pořádala i různé kurzy pro odborníky a další zájemce. „*Obecné povědomí a úroveň muzikoterapie ve světě i v naší republice roste zároveň s tím, jak se rozšiřují její možnosti a oblasti využití v praxi*“ (Šimanovský, 2011, s. 23).

## 2.2 Charakteristika muzikoterapie

Muzikoterapii lze definovat různými způsoby. Můžeme v ní vidět **umění**, které je spojeno se subjektivitou, individualitou, kreativitou a krásou. Lze ji charakterizovat jako **vědecký obor** vedoucí ke snaze o objektivitu, univerzálnost a pravdivost. Může být chápán jako **interpersonální proces** „*spojen s důvěrností, empatií, komunikací, vzájemností a se vztahy mezi jednotlivými rolemi, které terapeut i klient zaujímají během muzikoterapeutického procesu*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 22). Muzikoterapii lze definovat jako **disciplínu**, ze které lze získat nové poznatky z teorie, praxe a výzkumu. Lze v ní i spatřit profesi. Nelze opomenout definici Světové federace muzikoterapie z roku 1996, kdy „*Muzikoterapie je použití hudby kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 22 - 27).

Ze současných definic lze vyvodit tyto charakteristické **znaky** muzikoterapie:

- ↪ Vytváří zkušenosti, získané hudbou, hudebními elementy a samotným zvukem.
- ↪ U klientů se nevyžadují žádné předchozí zkušenosti.
- ↪ Muzikoterapie je o vzájemném vztahu osobnosti klienta i terapeuta.
- ↪ Vyžaduje kvalifikační požadavky na osobu terapeuta.
- ↪ Má své indikace i kontraindikace a široké využití.
- ↪ Vyvolává pozitivní změny v lidském organismu.
- ↪ Napomáhá k naplnění potřeb klientů - tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních.
- ↪ Působí terapeuticky jako léčba, směřuje k rozvoji sociálních interakcí a komunikace, podporuje učení, sebevyjádření a motivaci, pomáhá při zvládnání bolesti a stresu, zvyšuje kvalitu života.
- ↪ Realizuje se v různých uskupení a to jako např. individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní.
- ↪ Prostřednictvím společně sdílených hudebních zkušeností rozvíjí terapeutický vztah.
- ↪ Je to systematický proces, zahrnující diagnostiku, intervenci a evaluaci.
- ↪ Svým širokým využitím se vyskytuje v různých institucích.
- ↪ Muzikoterapeutické praktiky jsou kulturně podmíněny.

Rozvoj zajišťují muzikoterapeutické asociace a společnosti, které vytvářejí a dohlížejí na dodržování standardů pro odbornou přípravu, profesionální chování terapeutů v praxi. Muzikoterapii dle chápat v užším a širším významu. V užším významu je muzikoterapie definována jako léčebná psychoterapeutická metoda, která se využívá v psychoterapii. V širším významu ji vnímáme jako terapeutickou aplikaci hudby využívanou v různých oborech pomáhajících profesí, např. speciální pedagogika, fyzioterapie (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 23 - 27).

*Lze podotknout, že „Hudební techniky mohou například ovlivňovat stav a chování člověka během učení. Hudba dokáže zajistit vzájemné komunikační působení mezi pacientem a jeho okolím, může být také důležitá ve vztahu k vývoji pacientovy nemoci a konečně můžeme hudbu chápat jako sociální fenomén, který sblížil lidi z různých sociálních skupin uvnitř společnosti“ (Alvin, 1984, s. 94 in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 24).*

Každá terapie má své **cíle**. Přehled cílů muzikoterapie uvádí ve své knize MÜLLER (2005), který je rozdělil podle jednotlivých oblastí a přidal k nim konkrétní cíle. Oblastí je celkem 9 a jedná se o oblast vnímání a pozornosti, oblast motoriky a

senzomotoriky, oblast emocí, oblast sociálních interakcí, oblast chování, oblast komunikace, oblast vědomostí, oblast relaxace a oblast zaměřená na jiné cíle. Cíle spadající pod jednotlivou oblast se potom stanovují na konkrétní potřeby klienta (Müller, 2005, s. 164 - 165).

### 2.3 Typologie muzikoterapie

KANTOR, LIPSKÝ, WEBER a kol. (2009) uvádějí, že **forma** muzikoterapie se vztahuje k počtu klientů. Nejčastěji se využívá forma individuální, skupinová a komunitní. **Individuální terapie** spočívá ve vztahu klienta a terapeuta. Probíhá na základě samotných sezení s klientem, kdy se terapeut věnuje pouze klientovi. Může probíhat také ve skupině, ale ne všechna témata je možné řešit v přítomnosti skupiny. Tato forma je personálně a ekonomicky náročná. Individuální terapie se využívá např. u osob se závažným tělesným a kombinovaným postižením, u osob, které nejsou schopny pracovat efektivně ve skupině z důvodu vážného sociálního narušení. Může sloužit jako příprava klienta pro zařazení mezi ostatní klienty do skupinové terapie. **Skupinová terapie** je založena na skupinové dynamice. Forma skupinové terapie umožňuje terapeutovi zabývat se tématy více klientů zároveň. Pomáhá např. se změnou postojů a modelů chování, stimuluje jedince a podporuje ho ke zvýšení jeho výkonu. Cílem skupinové terapie je dosáhnout terapeutických změn u jednotlivců. Rozlišujeme skupiny:

- ↪ krátkodobé skupiny - zahrnuje klienty, kteří mají podobná témata,
- ↪ dlouhodobé skupiny - tato skupina se zaměřuje na schopnost a dovednost vytvářet nové vztahy a pomáhá s komplexním rozvojem osobnosti, klienti v této skupině mají rozdílná témata,
- ↪ uzavřená skupina – zahrnuje stejnou skupinu členů a žádné nové členy nepřijímají, scházejí se v určeném počtu sezení a většinou jsou seskupeny jen na krátkodobou terapii,
- ↪ otevřená skupina – zachovává stejný počet členů tím, že nový člen nahradí odešlého člena.

**Komunitní terapie** se využívá v přirozeně existující skupině klientů a v jejich přirozeném prostředí. Příkladem této formy skupiny může být rodina, skupina spolupracovníků či vrstevníků. Komunitní terapie usiluje o dosažení změny v celém systému skupiny. Snaží se dosáhnout změny u jednotlivců, kteří tento systém vytvářejí. Nejznámějším typem je rodinná muzikoterapie (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 122 - 124).

LINKA (1997) ve své knize muzikoterapii dělí na aktivní a pasivní muzikoterapii. **Aktivní muzikoterapie** je založena na aktivitě, kterou vytváří klient. Aktivní muzikoterapie obsahuje 5 složek: instrumentální, řečovou, vokální, výtvarnou a dramatickou. Oproti tomu **pasivní muzikoterapie** nevyžaduje žádnou aktivitu klienta. Klient poslouchá pouze hudbu (Linka, 1997, s. 60 - 71).

V rámci muzikoterapeutické intervence rozlišujeme muzikoterapie dle její orientace, a to na: orientace na konflikty (do popředí vstupuje konflikt), na prožívání (nalezení nového pohledu v oblasti citového prožívání), na úkoly (podpora a rozvoj schopností a dovedností) a na terapeutické muzicírování (práce s hudbou, její interpretací a improvizace hudby) (Beníčková, 2017, s. 29 - 30).

**Vztah mezi terapeutem a klientem** je v každé terapii základním terapeutickým faktorem. V muzikoterapii se utváří a rozvíjí za pomoci hudebních i nehudebních interakcí. Terapeutický vztah je chápán v případě individuální terapie jako vztah mezi terapeutem a klientem, ve skupinové terapii i vztah mezi jednotlivými klienty nebo podskupinami navzájem. „Podle Carla Rogerse musí terapeut umět ve vztahu ke klientovi projevit empatii, autentické vystupování a musí být schopen klientovi vyjádřit podporu“ (Bunt, 2002 in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 173).

V terapii je důležitá akceptace klienta ze strany terapeuta, a to v jeho hudebním úsilí, výsledcích a zálibách. Výkon klienta se nehodnotí. Usiluje se o zlepšení kontaktu a utvoření samotného vztahu s klientem. Neznamená to, že budeme souhlasit se vším, co klient dělá, ale že jej přijímáme takového, jaký je. Autenticita terapeuta znamená, že terapeut vystupuje v terapii takový, jaký ve skutečnosti je. „V autentickém vztahu se klient vztahuje k terapeutovi nebo k hudbě na základě toho, co jsou, nebo toho, co klientovi nabízejí v aktuálním okamžiku“ (Kantor, Lipský, Weber a kol, 2009, s. 174).

Při navázání vztahu by měl terapeut zjistit, jaký je psychický stav klienta. Psychický stav klienta se dá poznat z jeho způsobu zapojení a hraní na terapii. Terapeut by měl vnímat rozdíly v aktivitě klienta na jednotlivých hodinách, které pak mohou vést ke správnému stanovení cíle a zvolení vhodných prostředků muzikoterapie (Felber, Reinhold a Stuckert, 2005, s. 71).

## 2.4 Hudba a hudební prostředky

Muzikoterapeutický proces pomáhá klientovi vytvářet vztah k hudbě a samotnému terapeutovi. V rámci tohoto procesu probíhají ve vztahu klient - hudba změny. SEARSE a GASTON (in Sears,1968) rozlišují tři druhy terapeutické **zkušenosti s hudbou**. Prvním druhem je zkušenost uvnitř struktury, který napomáhá vnímat okolní prostředí, čas, vede ke zlepšení senzomotorických funkcí a ke změnám v chování. Dalším druhem zkušenosti je zkušenost v organizaci osobnosti, která vede klienta ke změně v osobních postojích, zájmech a hodnotách, podporuje sebevědomí a sebevyjádření. A posledním druhem zkušenosti s hudbou je zkušenost ve vztazích k ostatním, např. rozvíjení sociálního chování, komunikace s druhými lidmi (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 142).

*„Hudba působí na metabolismus, ovlivňuje buňky v našem těle, imunitu lidského organismu, vyvolává uvolnění neurotransmiterů a hormonů, což vede ke snížení hladiny stresových hormonů a přispívá k uvolněnému stavu klienta“* (Kantor, Lipský, Weber a Kol., 2009, s. 144). Ovlivňuje činnost mozku, hloubku dýchání, pulz, tělesnou teplotu, za pomoci hudby lze zmírnit vnímání bolesti a úzkosti u klientů. Klient v muzikoterapii nevyjadřuje své pocity slovně, ale za pomoci hudební improvizace, kterou vytváří (Moreno, 2005, s. 16).

V terapii může hudba sloužit jako prostředek komunikace, který pomáhá klientovi vyjádřit se. Úkolem terapeuta je porozumět vyjádření klienta, aby mohl zavčas reagovat a načasovat terapeutickou intervenci. *„Terapeut se snaží porozumět klientovi také na základě vlastních pocitů, které v něm hudba a hudební chování klienta vyvolává“* (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 148).

Muzikoterapie nevyžaduje po klientech, kteří se jí účastní, žádné hudební vzdělání ani zkušenosti. Vzhledem k tomu, že ji vnímáme jako prostředek pro komunikaci, vytvářet nebo ji reprodukovat může klient pomocí **hudebních prostředků**. Rozlišujeme tyto hudební prostředky:

- ☞ tělo (tleskání, dupání, apod.),
- ☞ hlas (řeč, kreativní zpěv - např. šamanské písně),
- ☞ hudební nástroje,
- ☞ tradiční laděné nástroje: např. hra na černých klávesách, hra v církevních modech,
- ☞ Orffův instrumentář: např. ozvučená dřívka, rumba koule, tamburína, triangl,
- ☞ etnické nástroje: balofon, šamanské bubny, tibetské mísy, bambusové flétničky aj.,

- ↳ nástroje vlastní výroby: různá dřívka, rolničky, předměty denní potřeby, které vydávají zvuky,
- ↳ kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů: např. nástroje s velikostí přizpůsobenou klientovi, paličky se zvláštními typy úchopů (poutka, suchý zip), apod. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 151 - 155).

## 2.5 Prostředí pro muzikoterapii

KANTOR, LIPSKÝ, WEBER a kol. (2009) uvádí, že pro správné provádění muzikoterapie je potřeba vybrat **vhodnou místnost**, která by měla:

- ↳ poskytnout potřebné soukromí a muzikoterapie by neměla být rušena provozem zařízení,
- ↳ být odhlučněna a naopak nerušit provoz v okolních místnostech,
- ↳ zajišťovat dostatečný prostor pro pohybové i relaxační aktivity, umožňovat uspořádání klientů do kruhu, aby na ně mohl terapeut vidět,
- ↳ odpovídat specifickým potřebám klientů, např. bezbariérový přístup, dostatečné osvětlení pro osoby se zrakovým postižením apod.

Kromě vhodné místnosti je důležité i **vybavení**, které zahrnuje např. potřeby pro sezení/ležení, hudební nástroje, vybavení pro poslech hudby a další pomůcky (Kantor, Lipský, Weber a Kol., 2009, s. 126 - 127). Za vybavení lze považovat i různé kostýmy a rekvizity. Klienti by měli být vhodně oblečeni, tzn. mít pohodlné oblečení, aby jim nic nebránilo si muzikoterapii plně využít. Cílem je vytvořit prostor, který je harmonický, působí příjemně a do kterého se každý rád bude vracet (Šimanovský, 2011, s. 35).

**Výběru hudby** pro terapii se meze nekladou. Terapeut může vybírat ze širokého okruhu hudby různých stylů, žánrů, období nebo interpretů. Důležité je přizpůsobit výběr hudby aktuálnímu psychickému stavu klienta, aby neodešel z terapie v horším stavu, než přišel. Jednotlivé zvuky pomáhají navodit u klientů zvědavost a zájem, mohou vyvolávat nečekané pozitivní či negativní reakce. Např. slabý zvuk vyvolává příjemné pocity, naopak náhlý silný zvuk může vyvolat u klienta úlek. Hudba pomáhá klientovi vytvořit osobní rytmy na psychické úrovni, které se potom projeví v jeho chování a prožívání. Vzhledem k tomu, že rytmická složka úzce souvisí s motorikou člověka, dochází tak k aktivizaci klienta projevující se pohyby těla, případně tancem. Pomalá hudba uvádí klienty do odpočinku a relaxace (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 136 - 140).



V muzikoterapii je kladem důraz na získání hudebních prožitků a vztahů, které se v ní utvářejí. Hudební zážitky jsou nezbytným faktorem vedoucím k utváření pozitivních změn u klienta (Moreno, 2005, s. 16).

## 2.6 Práce muzikoterapeuta

**Osobnost muzikoterapeuta** hraje v muzikoterapii velkou roli. Muzikoterapeut pomáhá klientovi, pracuje s ním na základě dohody a podporuje klienta v uspokojování potřeb vztahující se k jeho zdraví (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 159 - 160).

Muzikoterapeuta můžeme vnímat jako hudebníka a zároveň jako lékaře, který by měl mít určité schopnosti a znalosti z oblasti hudby a přiměřené vědomosti z medicíny. Tyto obě oblasti by měl být schopen propojit a umět s nimi zacházet. Toto zacházení vychází z vnitřní práce terapeuta a ze získání potřebné praxe (Felber, Reinhold a Stuckert, 2005, s. 83).

Úkolem terapeuta je zajistit si dostatečnou kvalifikaci, udržet si profesionální vztah a pracovat v souladu s etickými pravidly své profese. Na osobnost muzikoterapeuta jsou kladeny určité **profesionální požadavky**, a to na osobnostní a odborné úrovni, požadavky související s dodržováním etického kodexu a standardů terapeutické praxe formulované muzikoterapeutickou asociací (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 159 - 160) „*Některé vlastnosti musí mít muzikoterapeut do určité míry vrozené (např. kreativitu, hudební schopnosti a předpoklady pro pomáhání druhým), muzikoterapeutický výcvik může výrazně pomoci rozvinout osobnostní zdroje a odborné dovednosti*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 160).

Požadavky na **odborné kompetence** zahrnují mít dobré hudební dovednosti, které je muzikoterapeut schopen terapeuticky využít. Musí projít komplexním vzdělávacím muzikoterapeutickým programem zaměřeným na teoretickou přípravu, sebezkušenostní výcvik a supervizi. Sebezkušenostní výcvik si terapeut získá absolvováním určitého počtu hodin individuální nebo skupinové muzikoterapie. Supervize pomáhá terapeutovi udržet muzikoterapii správným směrem, v jeho samotném rozvoji a zároveň je prevencí před syndromem vyhoření. **Osobnostní kompetence** vychází z pozitivního vztahu k hudbě, ke klientům, z upřímnosti a důvěryhodnosti, schopnosti empatie, schopnosti zvládat negativní projevy chování klienta a ze způsobu vystupování. Muzikoterapeut by měl být schopen sebereflexe vlastních motivací pro výkon jeho profese, která mu dává prostor pro sebepoznání, osobnostní růst, rozvoj kreativity a vlastní hudebnosti. Jeho působení

v terapii vychází i ze životních zkušenosti, které přináší do vztahu s klientem. Osobnostní vlastnosti muzikoterapeuta a jeho profesionální působení též vychází z etického kodexu a standardů profese. Etický kodex vydává muzikoterapeutické asociace a obsahuje způsoby profesionálního jednání muzikoterapeutů a pomáhá chránit bezpečí terapeuta i klienta na samotné terapii (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 160 - 164).

Muzikoterapeuti by si měli vést potřebné záznamy, a to o jednotlivých fázích terapie a i setkání s klientem. **Vedení dokumentace** je důležitým nástrojem pro zajištění efektivity terapie, systematičnosti a návaznosti na jednotlivé fáze. Někteří terapeuti si vytvářejí přípravy pro jednotlivá setkání, která mu poté umožňují soustředit se plněji na klienta nebo na skupinu. V přípravě by měl být uveden cíl setkání, použité prostředky a vybavení a popis jednotlivých aktivit. Dokumentaci lze vést formou písemných záznamů, audiozáznamů, videozáznamů, produktů vlastní výroby klientů vytvořené během terapie a případných výsledků měření. Pokud se nedaří dosáhnout v terapii předem stanoveného cíle, pomáhá nám dokumentace snáze odhalit příčiny neúspěchu (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 124 - 125).

## **2.7 Muzikoterapie a senioři**

Terapie u této cílové skupiny je závislá na zdravotním stavu klienta, případně na složení skupiny. Volí se aktivity, při kterých klient sedí, nebo leží. Z hudebních prostředků u klientů volíme spíše aktivity spojené s tělem (tleskání, dupání), se zpěvem, hudební nástroje z Orffova instrumentáře, nebo s kompenzačními pomůckami. Záleží na vybavení, které vlastní samotné zařízení. Šimanovský ve své knize uvádí spoustu her, které by se daly využít u této cílové skupiny. Jednotlivé hry jsou rozděleny podle způsobu využití do 8 kategorií. U seniorů lze vybrat hry pouze z těchto kategorií: hry s rytmem, hry s předměty a nástroji, hry se zpěvem a hry zaměřené na poslech, navození fantazie a relaxace (Šimanovský, 2011). Muzikoterapie může být u seniorů využita jako primární terapie nebo jako podpůrná terapie a zároveň jako intervence léčebná, speciálně-pedagogická nebo psychoterapeutická (Zelevová, 2007). RIDDER (in Wigram a kol., 2002) mezi cíle muzikoterapie u seniorů zahrnuje relaxaci, fyzickou, kognitivní a sociální stimulaci, modifikaci chování a komunikaci. Těchto cílů lze dosáhnout za pomoci určitých prostředků – muzikoterapeutických metod, mezi které patří např. improvizace, zpěv, pohyb při hudbě a hudební reminiscence. Prostřednictvím hudby lze vyvolat a stimulovat žádoucí

fyziologické reakce, ovlivňovat emoce, usnadňovat verbální i neverbální komunikaci, přispívat k socializaci a sociální integraci a zlepšovat kognitivní a fyzické funkce.

## **SHRNUTÍ**

Hudba je lékem pro duši, která, když se aplikuje ve správný čas a správným směrem, dokáže pomoci klientům zmírnit bolest a odpoutat se od všedních starostí.

Seznámili jsme se s historickým vývojem muzikoterapie, popsali jsme její význam, definici, znaky a formy. Snažili jsme se porozumět muzikoterapeutickému vztahu, působení hudby a způsobu reprodukce hudebních prostředků. Nastínili jsme, jak má vypadat muzikoterapeutická místnost, potřebné vybavení, způsob výběru hudby a nakonec jsme definovali základní požadavky na osobnost muzikoterapeuta a vedení dokumentace.

Muzikoterapie není jedinou terapií, která může zpříjemnit volný čas klientům v domovech pro seniory, a proto další terapii, kterou vymezíme, je ergoterapie.

### 3 ERGOTERAPIE

Slovo ergoterapie pochází z řeckého spojení ergon (práce) a therapia (léčení). Ergoterapie má za cíl pomáhat lidem vykonávat každodenní činnosti, jejich zapojením do samotné činnosti navzdory jejich postižení nebo poruše. Vykonávaná činnost by pro ně měla mít smysl a jejich provádění by měli považovat za důležité. Ergoterapie se nezaměřuje pouze na práci jako profesi, ale vztahuje se ke všem činnostem, které jedinci vyplňují jeho čas. Vykonávané činnosti pomáhají jedinci v potvrzení sebe sama, přispívají k rodinnému životu a pomáhají mu účastnit se společenského života. Účast jedince v činnostech přispívá ke zdraví a celkové pohodě. Činnosti nesou odborný termín: **oblasti výkonu zaměstnávání** a dělíme je do tří oblastí: oblast všední denní činnosti, oblast práce a produktivní činnosti a oblast hry a volného času. Ergoterapeut poskytuje jak individuální tak i skupinovou intervenci. Dále využívá konzultační služby zaměřené na podporu účasti lidí na různých aktivitách (Krivošíková, 2011, s. 13 – 14).

#### 3.1 Vývoj a pojetí ergoterapie

V 18. století začal psychiatr PHILIPPE PINEL uplatňovat na své pacienty tzv. morální léčbu a zaměstnávání (Jelínková, Krivosíková a Šajtarová, 2009, 20 s.). Autorem názvu a zakladatel ergoterapie je GEORGE BARTON. BARTON prohlásil, „*že pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá*“ (Krivošíková, 2011, s. 14). Lékařka H.A.PATTISONOVÁ napsala první formální definici ergoterapie. Podle ní se jedná o „*jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat uzdravu z nemoci nebo poranění*“ (Krivošíková, 2011, s. 14). Podle PATTISONOVÉ by léčba měla být předepsaná a měla by směřovat k uzdravení. Lékař HERBERT J. HALLEM navázal ve své definici na Pattisonovou. Jeho definice uvádí, že „*ergoterapie poskytuje pod lékařskou supervizí jednoduchou a nenamáhavou práci za účelem zlepšovat rekonvalescenci pacientů v nemocnicích nebo v jejich domovech. Ruční práce se v ergoterapii využívají ne proto, aby se z pacientů stali řemeslníci, ale proto, aby rozvíjeli svou fyzickou a duševní zdatnost v době, kdy je jejich odvaha a iniciativa minimální*“ (Krivošíková, 2011, s. 14). Díky této definici vznikla nová pojetí, která se stala základem ergoterapie. První pojetí vidí ergoterapii v používání práce k rozvoji dovedností k provádění úkolů. Druhé pojetí pomáhá lidem získat a obnovit jejich funkční schopnosti ve chvíli, kdy je jejich psychická a emoční úroveň pod

hranicí dané normy. Definice bostonské ergoterapeutické školy vnímá ergoterapii jako léčbu, která by měla být přesně měřena v jednotkách a je založena na vědeckých faktech. Všechny uvedené definice směřují k zásadnímu pojetí ergoterapie, a to že ergoterapie:

- ☞ Je činnost, která obsahuje duševní nebo fyzickou složku.
- ☞ Je léčba, která by měla být předepsaná.
- ☞ Je terapie, jejímž cílem je urychlovat nebo pozitivně přispívat k uzdravení jedince.
- ☞ Pomáhá v rozvoji a k obnově dovedností podporující v jedinci činnost.
- ☞ Je činností, která zapojuje celého člověka.
- ☞ Využívané úkoly a činnosti lze vybírat dle stanovených kritérií. (Krivošíková, 2011, s. 14-18).

Další definice ergoterapie poskytuje např. Americká asociace ergoterapeutů, Rada ergoterapeutů v evropských zemích, Světová federace ergoterapeutů a Česká asociace ergoterapeutů. Definice České asociace ergoterapeutů z roku 2008 vidí ergoterapii jako profesi, „*kteřá prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity*“ (Ergoterapie, 2008 [online]). V těchto definicích se objevují společná témata související s prevencí vzniku onemocnění, se vzděláváním a se zaměřením na jednotlivce (Krivošíková, 2011, s. 14-18).

## 3.2 Cíle ergoterapie

„*Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality života*“ (Müller, 2005, s. 253). **Hlavní cíl** směřuje k pomoci jedinci uspokojivě vykonávat činnosti v sebeobsluze, její produktivity a volného času. HAGEDORNOVÁ (2000 in Jelínková, Krivosíková a Šajtarová, 2009, 17 s.) považuje za cíl dosažení kompetentní úrovně prováděním činností, aktivit nebo úkonů, důležité pro jedince, které jsou prováděné v odpovídajícím prostředí a rozsahu, považované jedincem za uspokojivé.

Podle REEDOVÉ a SANDERSONOVÉ (1983 in Krivošíková, 2011, s. 19) jsou hlavní cíle ergoterapie:

- ↪ Zhodnocení chování a působení jedince při výkonu zaměstnání.
- ↪ Rozvoj a podpora zdraví jedince, vycházející z jeho potřeb a požadavků nejbližšího okolí.
- ↪ Rozvoj, podpora a udržení normálního funkčního výkonu jedince.
- ↪ Zabránění vzniku dysfunkce, náprava a minimalizace jedincova dysfunkčního výkonu.

DOČKAL (Müller, 2005, s. 253) rozlišuje cíle:

- ↪ Dosažení maximálního stupně funkčnosti v pracovních a každodenních činnostech a aktivitách volného času, a to zvolením vhodných a smysluplných činností a aktivit.
- ↪ Podpora aktivního přístupu vedoucí k celkové kvalitě života.
- ↪ Zabránění vzniku handicapu u osob s disabilitou a znevýhodněných osob.
- ↪ Pomoc se zachováním kvality života při trvalém zdravotním postižení a dalších onemocnění.
- ↪ Přispívá k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti.
- ↪ Zajišťuje vědecko-výzkumnou a publikační činnost.
- ↪ Komunikuje s veřejností.

Cíle můžeme z hlediska času rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. **Krátkodobé** cíle jsou zaměřeny na udržení, rozvoj, podporu a kompenzaci ztracených dovedností v senzomotorické, kognitivní, sociální nebo psychické oblasti. Směřují k dosažení očekávaných výstupů terapie. **Dlouhodobým** cílem ergoterapie je dosažení uspokojivé úrovně a rovnováhy v sebeobslužných a pracovních činnostech a aktivit volného času. Důležitá je podpora uzdravení jedince, pomáhá při zlepšení osobní pohody a přispívá k sociální participaci (Jelínková, Krivosíková a Šajtarová, 2009, 17 s.).

Rozlišujeme celkem tři druhy prostředků ergoterapie. Jedná se o prostředky diagnostické, terapeutické a preventivní. **Diagnostické prostředky ergoterapie** vedou k odhalení případného rizika handicapu. Využívá se analýza zbylých funkčních schopností, a to v oblastech mobility a každodenních činnostech. Zahrnuje vyšetření funkcí horních a dolních končetin, dále vyšetření kognitivních a smyslových funkcí. Zjišťuje zbylý pracovní potenciál a potřebné kompenzační pomůcky pro jedince. **Terapeutické prostředky ergoterapie** jsou zaměřeny na společné hodnocení pacienta a klienta, stanovení cíle ergoterapeutického plánu směřujícího k zachování či zlepšení soběstačnosti klienta,

jeho pracovních činností a aktivit volného času. **Preventivní prostředky ergoterapie** přispívají k prevenci vzniku disability a handicapu, a to pomocí cíleného terapeutického plánu a vhodně zvolených metod a technik (Müller, 2005, s. 253).

### 3.3 Typologie ergoterapie

Činnost by měla být zvolena tak, aby měla smysl pro klienta. Podstatné je i její rozvržení. Klient by měl být schopen zvolenou práci dokončit a měla by ho práce bavit. Abychom zvolili vhodnou činnost pro klienta, musíme se zaměřit na samotného jedince. Důležité jsou formy činností. Rozlišujeme **formu primární** (zahrnuje každodenní běžné činnosti: oblékání, apod.), **pracovní** (práce, studium), **herní** (kulturní aktivity, záliby) a **rekreační** (cvičení, společenské události) (Müller, 2005, s. 255 – 256).

PFEIFFER (2001 in Müller, 2005) ergoterapii dělí na čtyři oblasti:

- ↪ **Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast:** Terapie se soustřeďuje na oblast poruchy, která může vést ke vzniku disability. Cílem je cvičit a trénovat postiženou oblast. Vyžaduje se aktivní zapojení klienta.
- ↪ **Ergoterapie zacílená na nácvik soběstačnosti:** Jedinec s jakýmkoliv postižením, obtížně zvládá každodenní činnosti. Obtížnost zvládání činností je způsobena postižením, nemocí či poruchou, která postupně přerůstá v disabilitu. Člověk se stává závislý na druhé osobě, technických pomůckách nebo úpravách prostředí.
- ↪ **Ergoterapie předpracovní rehabilitace:** Pomáhá jedinci se zdravotními problémy zařadit se do pracovního procesu. Předpracovní rehabilitace může probíhat přímo v zaměstnání, nebo v chráněných či podporovaných pracovištích.
- ↪ **Ergoterapie vedoucí k naplnění volného času a celkovému zlepšení fyzické kondice:** Používá se nejčastěji u dlouhodobě nemocných klientů. Cílem je klienta naučit smysluplně trávit svůj volný čas. Hledají se aktivity a techniky, které by klienta mohly zabavit a prospět mu (Müller, 2005, s. 258 – 266).

### 3.4 Léčebný proces

V ergoterapii se provádí tři typy vyšetření, a to funkční, dynamické a vyšetření jednotlivých kroků. **Funkční vyšetření** je zaměřeno na vyšetření specifických funkcí v každodenních činnostech klienta. **Dynamické vyšetření** analyzuje klientovy reakce

na pokyny, modifikaci a charakteristiky úkolů. **Vyšetření jednotlivých kroků** analyzuje percepční a konstrukční schopnosti. Klient nejdříve prochází **vstupním vyšetřením**, které klienta hodnotí, identifikuje jeho problematické oblasti, pomocí nichž lze stanovit předběžné cíle ergoterapie a posuzuje se vhodnost ergoterapeutické léčby pro klienta. Informace o klientovi se získávají z anamnézy, rozhovoru, pozorování a hodnocení. Následuje **průběžné vyšetření**, při kterém se hodnotí dosažení stanovených cílů a přizpůsobují se cíle aktuálním potřebám. Posledním krokem je **závěrečné vyšetření**, ve kterém se zhodnocuje celkový efekt ergoterapeutické intervence. Klient je vybízen k posouzení a ke srovnání dovedností na začátku a na konci terapie, od kterého se vyvíjí další postup. Plánování léčebného procesu vychází ze vstupního vyšetření a hodnocení, stanovují se obecné cíle a priority a hledáme vhodnou činnost pro klienta. Při výběru vycházíme z potřeb klienta. Důležitá je spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu a s rodinou klienta. O celém procesu terapie klienta jsou vedeny záznamy, ve kterých jsou zaznamenána všechna vyšetření, hodnocení, uskutečněné návštěvy, případná doporučení (Müller, 2005, s. 256 – 257).

### 3.5 Práce ergoterapeuta

**Ergoterapeut** by měl disponovat specifickými znalostmi, které se týkají praxe a předpokladů profese, mít teoretické znalosti, splňovat určité vzdělání a případně se dále s přicházejícími změnami vzdělávat. Měl by dodržovat stanovená pravidla profese a standardy. Ergoterapeut by měl být členem profesní organizace, vedoucí k udržování praxe, sdílení zkušeností a rozvoji profese (Jelínková, Krivosíková a Šajtarová, 2009, 81 s.).

Odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta je zakotvena v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a lze ji získat studiem:

- ↳ „akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,
- ↳ tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,
- ↳ střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, nebo



↪ *střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004“ (ČESKO: Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů)*

V ergoterapii se vede zdravotnická **dokumentace**, která musí být přesná, pravdivá, úplná a psaná nejlépe hned po uskutečnění léčby. Dokumentace slouží jako podklad pro pojišťovnu. Smyslem dokumentace je:

- ↪ odůvodnit, proč je u klienta ergoterapie poskytována,
- ↪ získat zpětnou vazbu o profesním úsudku,
- ↪ získat informace o klientovi,
- ↪ zaznamenat stav klienta, prováděné ergoterapie a její výsledky.

Rozlišujeme dokumentaci vstupní, průběžnou a závěrečnou. **Vstupní dokumentace** obsahuje cíle, problémy, které se budou řešit, a plán terapie. **Průběžná dokumentace** obsahuje postup stanovené léčby a opatření vedoucí k dosažení stanovených cílů. Do **závěrečné dokumentace** jsou zakládány změny, které v průběhu ergoterapie u klienta nastaly, a případné využití kompenzačních pomůcek (Krivošíková, 2011, s. 272-273).

### 3.6 Ergoterapie a senioři

Terapie je u této cílové skupiny zaměřena především na podporu soběstačnosti klienta. Dále pak na aktivizaci klienta, podporu mobility, sociální interakci a na udržování stávajících schopností a dovedností. Konkrétně se jedná o trénink kognitivních funkcí, skupinové aktivity (směřující k navození zájmu o sebe sama a své okolí, nebo skupinové kondiční cvičení), nácvik chůze a náhradních pohybových vzorců, zvýšení psychické a fyzické kondice, podpora při zachování soběstačnosti v každodenních činnostech a celkovou aktivizaci klienta (Müller, 2005, s. 267 – 268).

PFEIFFER (2001) uvádí, že ergoterapie prováděná v domovech pro seniory musí mít pro seniory smysl, musí být prováděna tak, aby ji mohl senior dokončit, musí přinášet potěšení a pocity radosti.

KOLÁŘ (2009, s. 297) uvádí, že *„ergoterapie u seniorů je zaměřená na zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, výběr kompenzačních pomůcek, podporu zachování stávajících fyzických, kognitivních a psychických funkcí a sociálních rolí prostřednictvím cílených aktivit a poskytování poradenství v oblasti prevence pádů a úrazů.“*

KLUSOŇOVÁ (2011) vnímá, že ergoterapie by měla být u seniorů zaměřena na hrubou a jemnou motoriku, na trénink soběstačnosti a kognitivních funkcí, na zájmové činnosti.

## **SHRNUTÍ**

Ergoterapie podporuje seniory v soběstačnosti, umožňuje jim částečně zapojit se do pracovního procesu, udržovat dosavadní fyzické schopnosti a smysluplně trávit volný čas. Těmito činnostmi podporujeme jejich nezávislost a zlepšujeme kvalitu života seniorů.

Popsali jsme historii, definici, cíle a prostředky ergoterapie, rozeznali jsme její formy a dělení. Seznámili jsme se se způsobem vyšetřování a plánování léčebného procesu. Závěrem jsme poukázali na důležité předpoklady osobnosti ergoterapeuta a na vedení dokumentace. V následující kapitole se podrobně seznámíme s další terapií, kterou je canisterapie.

## 4 CANISTERAPIE

Canisterapie znamená léčba pomocí psa a řadíme ji mezi animoterapie, neboli **terapie pomocí zvířat**. Pes je považován za symbol věrnosti a oddanosti. „*Cílem je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu a snížení množství užívaných léků*“ (Nerandžič, 2006, 52 s.). Tato léčba se soustřeďuje především na řešení problémů, ať už v rovině psychologické, citové nebo sociálně-integrační. Motivuje člověka k rehabilitaci a povzbuzuje jeho imunitu prostřednictvím psychiky. Canisterapie se využívá jako podpůrná psychoterapeutická metoda, která mnohdy pomáhá ve chvílích, kdy jiné metody selhávají (Galajdová, 1999, 24 – 25 s.).

### 4.1 Vznik a vývoj canisterapie

Pes se ve společnosti člověka začal objevovat asi v letech 15 000 př. n. l. Jednalo se o ochočeného vlka, který se potuloval v blízkosti lidských obydlí, aby si zajistil nějakou potravu. V průběhu staletí a tisíciletí došlo vlivem křížení a šlechtění psa k jeho postupnému vývoji. Pes přinášel člověku mnohé výhody, pomáhal s lovem, ochraňoval ho a člověk mu naopak za to poskytl potravu a ochranu před silnějšími nepřáteli. Postupem času začala vznikat vzájemná závislost a pes se tak včlenil do běžného života lidské společnosti (Nerandžič, 2006, 30 s.).

V Egyptě byl pes uctíván jako strážce podsvětí. Vážili si psa natolik, že založili nové město zasvěcené Anubovi: Kynopolis (Město psů). Ve středověku bylo postavení psa ovlivněno náboženstvím. Z počátku byl pes chápán jakousi samozřejmou součástí života, později byl zahrnován pouze jako tvor užitkový. V období novověku, s oslabením vlivu církve, se změnil náhled na vlastnictví domácích zvířat. Jejich chov a šlechtění se stalo jakýmsi „trendem“, díky kterému se postupně vytvářela různá plemena. Později se začali psi využívat jako záchranáři, a to především v armádě. Po první válce se v Německu a později ve Francii psi využívali při rehabilitaci zraněných vojáků. Tyto zkušenosti se zapojením psů při rehabilitaci vojáků použili Spojené státy ve druhé světové válce (Galajdová, 1999, s. 14 – 23).

„*V 60. letech 20. století publikoval americký psychiatr Boris Levinson své zkušenosti s touto terapií u svých pacientů*“ (Nerandžič, 2006, 31 s.). V roce 1982 stanovil Levinson

zásady a metodiku canisterapie. V současnosti jsou v USA psi běžně využíváni v domovech důchodců, v dětských domovech, léčebnách, věznicích a ve školách (Nerandžič, 2006, 31 s.).

V Čechách se canisterapie začala postupně rozvíjet na začátku 90. let 20. století, např. v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně. Samotný pojem canisterapie byl poprvé použit v roce 1993, kdy se začali aplikovat organizované aktivity se psy. Začala vznikat první občanská zájmová sdružení. V roce 1997 byla založena Canisterapeutická společnost, která vycházela ze zkušeností ze zahraničí. Tato společnost nastartovala vzestup canisterapeutické praxe, vznikla regionální centra společnosti a informace o canisterapii začaly být šířeny mezi laickou i odbornou veřejnost. Canisterapie není stále uznávanou léčebně podpůrnou rehabilitační metodou a v současné době je snahou asociace vytvořit normativy, které by pomohly tuto metodu zařadit mezi uznávané léčebné procesy (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 112 - 113).

## 4.2 Typologie canisterapie

Jednotlivé typy canisterapie vycházejí z definice typů zooterapie, neboli terapie za pomoci zvířat, která rozlišuje celkem tři metody: metoda Animal Assisted Activities (zkráceně „AAA“ a znamená aktivity za pomoci zvířat), metoda Animal Assisted Therapy (zkráceně „AAT“, terapie za pomoci zvířat) a metoda Animal Assisted Education (zkráceně „AAE“, vzdělávání za pomoci zvířat). **Metoda „AAA“** neboli aktivity za pomoci psa je založena na přirozeném kontaktu člověka a psa. Tato metoda směřuje k celkovému zlepšení kvality života klienta a podporuje ho v rozvoji sociálních dovedností a vede klienta k aktivitě. Terapie za pomoci psa je další metodou pod zkratkou „AAT“, u které se prostřednictvím cíleného kontaktu klienta se psem snažíme dosáhnout zlepšení psychického a fyzického stavu klienta. **Metoda „AAE“** zahrnuje vzdělávání za pomoci psa, kdy pomocí cíleného kontaktu klienta a psa podporujeme klienta v rozšíření jeho vzdělání nebo sociálních dovedností (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 32 - 34).

Canisterapie je užívána v různých formách, a to ve formě individuální a skupinové, formou návštěvního programu, jednorázových aktivit a formou pobytového programu. **Individuální** forma canisterapie je založena na setkání jednoho klienta většinou s jedním psem (nevylučuje se využít více psů). Výhodou je přizpůsobení programu a cíle individuálním potřebám klienta. Nevýhodou je časová náročnost. Při **skupinové** formě canisterapie řídí interakci klientů se psy převážně jedna osoba. Jednotlivé aktivity musí být

dobře zkoordinovány, aby byl prostor i pro odpočinek psa. Výhodou je uspokojení více klientů v jednom časovém úseku a naopak nevýhodou je nemožnost naplňování individuálních potřeb klientů. Jednou z nejrozšířenějších forem v České republice je **návštěvní program**. Forma návštěvního programu je založena na pravidelných a předem domluvených schůzkách klienta s canisterapeutickým týmem. Návštěvy probíhají zpravidla jednou, maximálně dvakrát týdně, aby nedošlo k přetěžování psa. Formu návštěvního programu využívají v zařízeních sociálních služeb, ve zdravotnických zařízeních a ve školských zařízeních. Ve školách a v ústavních zařízeních může zároveň probíhat i forma **jednorázových aktivit**, které mají za cíl především zpestření dne. Jednorázové aktivity mohou mít charakter jednoho setkání, opakovaných návštěv v delších intervalech, nebo určitého cyklu několika setkání. V některých případech se umožňuje forma **pobytového programu**, založena na intenzivním kontaktu klienta se psem. Může se jednat o krátkodobé (např. víkendové) až po dlouhodobé pobyty (např. na 14 dní) (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 81 - 99).

### 4.3 Cíle canisterapie

Canisterapie je **podpůrnou terapií**, která pomáhá zlepšovat psychosociální zdraví klientů s různým typem postižení. Uplatňuje se např. v logopedii, psychologii, psychiatrii nebo geriatrii. Je **pozitivním přínosem** pro klienty, má uklidňující efekt, zlepšuje náladu, podporuje sociální vazby, pomáhá zvyšovat motivaci klienta k určité činnosti a je určitým zpestřením mnohdy stereotypního dne. Přestože lze canisterapii praktikovat u všech skupin klientů, v některých případech je nutné ji zcela vyloučit. Jedná se o případy spojené s alergií nebo fobií zaměřenou na psa, o některá akutní onemocnění, otevřené rány, onemocnění imunitního systému a akutní infekční onemocnění. Někteří klienti kontakt se psem odmítají. V takovýchto případech klientovo rozhodnutí respektujeme. Před začátkem canisterapie je důležité stanovit **cíl**. U AAT a AAE cíle tvoříme ze získaných informací o klientovi a vždy je stanovuje odborník. Cíle vycházejí z komplexní diagnózy, ze schopností, dovedností, potřeb, zájmů a aktuální situace klienta. U AAA žádné informace o klientovi nemáme. Cíle jsou zaměřeny na trávení volného času, k získání příjemných emocí a na navázání případně prohloubení vztahu k psům. U seniorů jsou cíle zaměřeny na pohyblivost, psychickou podporu, na kognitivní oblast, motivaci, sociální dovednosti a na vztah ke psům (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 77 – 81).

#### 4.4 Práce canisterapeuta

Canisterapii může provádět osoba, která má psa, zajímá se o tento způsob terapie a úspěšně složí zkoušky. Osoba vlastníci psa kontaktuje canisterapeutickou organizaci, projde testováním, podle kterého se zjistí, zda je jeho pes vhodný pro canisterapii. Po úspěšném složení zkoušek se z majitele psa stává **canisterapeut**. Canisterapeut a jeho pes tvoří **canisterapeutický tým**. Jejich vzájemný vztah je založen na důvěře, kdy se pes na svého psovoda orientuje a psovod je schopen rozpoznat jeho projevy. Canisterapeutický tým lze považovat za jakýsi léčebný tým, kdy první část tvoří pes a člověk a druhou část samotný pacient (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 61 - 62).

Základním principem **léčebného procesu** je probuzení samoléčitelských schopností člověka. Léčebný proces je možné aplikovat denně maximálně dvě až tři hodiny. Mezi důležité faktory patří nálada psa a terapeuta, schopnost a chuť pomáhat zdravotně postiženými tak, aby z toho měl pes i terapeut potěšení. Terapeut by měl mít na paměti, že nelze svou péči vnucovat člověku ani zvířeti (Nerandžič, 2006, s. 34 – 35).

Činnost canisterapeutických týmů zajišťují **canisterapeutická sdružení**. Tato sdružení se podílí nebo přímo zajišťují přípravu týmů pro provádění canisterapie, vyhotovují osvědčení k provádění canisterapie, zajišťují další vzdělávání a supervize, koordinují činnost jednotlivých týmů, zajišťují osvětu a v poslední řadě garantují kvalitu prováděné canisterapie. Jednou z organizací zaměřující se ve své činnosti na canisterapii je sdružení Pomocné tlapy. (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 64).

#### 4.5 Canisterapeutický pes a průběh zkoušek

Pes pro canisterapii je vybírán na základě jeho povahových a charakterových vlastností, jeho zdraví a vzhledu. Pes musí být zdravý, zvyklý na lidi a tolerantní k lidem stejně jako k ostatním zvířatům. Při výběru psa se posuzuje jak jeho charakter, tak i dosavadní výchova. Plemeno psa není přímo určeno, protože skoro každý pes se dá vychovat. Jsou však určena plemena, která jsou pro výcvik vhodnější a naopak méně vhodná. O vhodnosti psa nerozhoduje pouze jeho plemeno, značný vliv má výchova, prostředí, ve kterém pes žije, socializace, dosavadní zkušenosti s lidmi, ostatními psy a přístup jeho majitele. Nejčastěji se pro canisterapii využívá plemeno bígl, labradorský retrívr a zlatý retrívr. Pes musí procházet pravidelnými lékařskými prohlídkami a další péče o něj se odvíjí dle jeho využití v canisterapii (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 65 - 66).

Ve výcviku psa je jedním z důležitých požadavků **základní ovladatelnost a poslušnost psa**. Dalším podstatným požadavkem pro canisterapii jsou tzv. **odborné prvky**, kterými jsou např. socializace psa, schopnost pohybu ve vnitřních prostorech, zvyknutí si na větší skupinu lidí, na náhlý hluk a na případné nekoordinované pohyby klienta. Pes by měl disponovat i různými **speciálními prvky**, tj. různými triky, které pomáhají navázat kontakt s klientem a povzbuzují jeho sebevědomí. Kontakt s lidmi by měl přinášet psovi radost a uspokojení. **Příprava** probíhá formou několikahodinových přednášek, několikadenních kurzů nebo rekvalifikačního kurzu. Výcvik může být uskutečněn formou blokového nebo dlouhodobého kurzu. **Kurzy** se liší svým obsahem, náplní, způsobem vedením a samotným provedením závěrečných zkoušek. Některé kurzy se zaměřují jen na přípravu lidí, jiné na přípravu celého týmu. Osoba, která chce provádět canisterapii by měla absolvovat kurz v délce minimálně 5 - 7 dní. Pes i psovod by měli být komplexně vzděláváni a testováni. Vstupní předpoklady pro canisterapii je věk (u psa nejméně 1,5 roku, u člověka nejméně 18 let), absolvování vstupního testu a složení psychotestů. Teoretická příprava kurzu je zaměřena na osvojení si komplexního přístupu v praktikování canisterapie, který zahrnuje znalosti z oblasti kynologie, veterinární medicíny, sociální a klinické práce a přístup ke klientům podle jednotlivých typů postižení. Praktická příprava vede canisterapeutický tým k osvojení specifických dovedností potřebných pro výkon canisterapie. Jedná se např. o zvládnání nekoordinovaných pohybů klientů, přítomnost kompenzačních pomůcek používaných klienty, zvládnání kontaktu s více cizími lidmi najednou. Zvládnutím teoretické a praktické části kurzu canisterapeutický tým skládá zkoušku, kde se navozují různé modelové situace, ve kterých se prověřují (Kolektiv autorů, Velemínský, M., 2007, s. 69 - 70). Po jejím úspěšném složení dostane psovod se psem od příslušné organizace osvědčení, které je opravňuje k praktikování canisterapie. Osvědčení je zároveň vázáno i na majitele psa (Nerandžič, 2006, 53 s.). Vzhledem k tomu, že se povaha psa může postupem času měnit, vydává se osvědčení s platností na dva roky. Osvědčení je možné prodloužit, a to buď účastí na pravidelných supervizích vedoucích k prověření práce týmu, nebo na základě opakovaného úspěšného absolvování praktických zkoušek (Kalinová a Eisertova, 2005 in Kolektiv autorů, Velemínský, 2007, 71 s.).

## 4.6 Vedení dokumentace

Vedení dokumentace je nezbytné, stejně jako u mnoha jiných terapií. Před plánovaným setkáním klienta se psem by se měl canisterapeut seznámit s dokumentací klienta aby věděl, jak k němu přistupovat. Kromě dokumentace klienta je důležitá i dokumentace casniterapeutického týmu, která by měla obsahovat informace o dosaženém vzdělání psovoda, certifikát o složení zkoušek psa a veterinární zprávu o stavu psa. Canisterapeut by si měl z každé terapie zapisovat čas, průběh jednotky, chování psa, projevy a reakce klientů. Canisterapie může být z různých důvodů **ukončena**, buď ze strany klienta (např. alergie na psa, přechod do jiného zařízení, úmrtí), ze strany canisterapeutického týmu (např. staří a úraz psa) a nebo z důvodu naplnění cíle canisterapie. Dojde-li k ukončení canisterapie, mělo by proběhnout shrnutí výsledků a vyhodnocení terapie (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 74 a 198).

## 4.7 Canisterapie a senioři

Často se stává, že senior žije v osamění, kdy jediným jeho přítelem je zvíře, které mu pomáhá překlenout samotu a nemoc. Stáří přináší řadu problémů, mezi které patří zdravotní obtíže, změna kvality života, problémy s adaptací, pocity smutku a osamění, ztráta profesní role a s přibývajícím věkem závislost na péči druhé osoby. Přítomnost psa může pomoci překlenout tato období. Canisterapie je pro seniory vhodnou volnočasovou aktivitou s cílem zvýšit jeho kvalitu života, pozitivně ovlivnit zdravotní stav klienta, zlepšit jeho adaptaci, pomoci zvýšit mu sebevědomí, dosáhnout zmírnění stresu, zbavení pocitů osamělosti a podpořit jemnou motoriku rukou (Kolektiv Autorů, Velemínský, 2007, s. 135 - 137).

*„Dobrý vztah seniora ke zvířatům dovede zastoupit nejen chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i posílit pocit spokojenosti, prožitek radosti a pocit subjektivního zdraví. Po šedesátce je 80 % majitelů psů spokojeno se svým životem, oproti 55 % spokojených seniorů bez psa“ (Galajdová, 1999, s. 115).*

Pes přináší bezproblémové přátelství, svým stejným chováním bez střídání nálad dává člověku určitou jistotu. Podporuje ho v pravidelném pohybu, poskytuje mu možnost pomazlit se a přitulit se. GALAJDOVÁ (1999) ve své knize uvádí 7 bodů podle Dr. Aarona, ve kterých je vyjádřeno působení psa na celkový zdravotní stav člověka. Jedná se o psa jako:

↳ *„druha, společníka, přítele,*



- ↪ *něco, o co je nutné pečovat,*
- ↪ *něco, čeho se lze dotýkat,*
- ↪ *něco, co člověka udržuje v aktivitě,*
- ↪ *střed pozornosti, motivace,*
- ↪ *podnět k dennímu pohybu,*
- ↪ *zdroj bezpečí“ (Galajdová, 1999, s. 116).*

Pro některé seniory je pes jediným zdrojem společenského kontaktu. Právě pes může být tím, kdo pomůže seniorovi navázat kontakt s jinými lidmi, protože je jedním z nejčastějších téma starých lidí. (Galajdová, 1999, s. 116).

## **SHRNUTÍ**

Přítomnost zvířete pomáhá seniorům zapomenout na zdravotní problémy a přináší určité zpestření dne.

Seznámili jsme se s historií canisterapie, rozeznali jsme její jednotlivé typy a formy, určili jsme její indikaci a cíle. Definovali jsme osobnost canisterapeuta, canisterapeutický tým a canisterapeutická sdružení. Dále jsme vysvětlili, proč je canisterapie důležitá jako léčebný proces, popsali jsme, jak probíhá výběr, výcvik a canisterapeutické zkoušky. Nakonec jsme se seznámili se způsobem vedení dokumentace, ukončení canisterapie a s prováděním canisterapie u seniora.

V tuto chvíli umíme charakterizovat jednotlivé terapie, a proto se v následující kapitole zaměříme na popis sociální služby domov pro seniory.

## 5 SOCIÁLNÍ SLUŽBA DOMOV PRO SENIORY

Sociální služba je součástí veřejných služeb, které jsou poskytovány v **zájmu veřejnosti**. Tyto služby jsou financovány z veřejných rozpočtů (Matoušek a kol., 2007, s. 9). V sociálních službách se vykonává sociální práce, která je vymezena **zákonem o sociálních službách**, na základě něhož došlo k upevnění sociální práce v našem státě (Gulová, 2011, s. 30).

Sociální služba **domov pro seniory** je jednou ze služeb, která se zaměřuje na pomoc a podporu člověku, který se vlivem zhoršení zdravotního stavu ocitne v nepříznivé sociální situaci. Sociální služba domov pro seniory vychází ze zákona o sociálních službách, který popisuje jednotlivé sociální služby a současně určuje podmínky pro jejich realizaci (Malíková, 2011, s. 47). Zákon zařazuje sociální službu domov pro seniory pod zařízení sociálních služeb a popisuje ji jako službu, poskytující „*pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“ (ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Zároveň vymezuje základní činnosti služby, kterými jsou: „*poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

### 5.1 Cíl a fungování

Sociální služby se poskytují lidem, kteří jsou společensky znevýhodnění. **Cílem** je zlepšit jejich kvalitu života, pomoci jim začlenit je do společnosti, nebo chránit společnost před riziky, které ji mohou ohrozit (Matoušek a kol., 2007, s. 9). „*Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat tíživou sociální situaci nebo nepříznivé poměry, a to zejména: rodinám s dětmi, osobám těžce zdravotně postiženým a seniorům, osobám společensky nepřizpůsobeným*“ (Kozlová, 2005, s. 18). Zákon o sociálních službách má za cíl podporovat sociální začleňování, zajistit podmínky vedoucí k uspokojování potřeb lidí, kteří nejsou schopni se z důvodu oslabenosti prosadit, zajistit podporu a pomoc

potřebným. Pomoc a podpora by měla být dostupná, efektivní, kvalitní, bezpečná a hospodárná (Gulová, 2011, s. 31).

Do pobytového zařízení sociálních služeb, konkrétně do domova pro seniory, může být **přijata** osoba, která vlivem snížené soběstačnosti z důvodu věku potřebuje pomoc jiné osoby. Zájemce vyplní žádost o přijetí do zařízení a spolu s požadovanými doklady doručí konkrétnímu zařízení. Zařízení má povinnost žadatele informovat, zda splnil zákonné podmínky a zdali bude jeho žádosti vyhověno či nikoliv. Je-li žádosti vyhověno, dojde k podpisu smlouvy o poskytování sociální služby (popsáno níže). Do zařízení může být přijat i manželský pár. „*Poskytování sociální služby manželskému páru je v pobytovém zařízení nejčastější variantou v rámci rodinných vztahů. Ojediněle jsou poskytovány služby i jiným rodinným příslušníkům, např. sourozencům*“ (Malíková, 2011, s. 66).

## 5.2 Podmínky založení a financování sociální služby

**Zřizovatelem** sociální služby domov pro seniory může být obec, kraj nebo ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Obce v rámci své samostatné působnosti mohou zřizovat sociální služby s vlastní organizační složkou bez právní subjektivity (nenáročná služba), anebo příspěvkové organizace se samostatnou právní subjektivitou (náročná služba). Kraje mohou zřizovat stejné formy organizačních složek jako obce. MPSV zřizuje zařízení sociální péče a v současné době se zaměřuje na zvýšení počtu specializovaných ústavů s celostátní působností. Financování sociálních služeb těchto uvedených zřizovatelů může být plně, nebo částečně kryto z jeho rozpočtu. Sociální služby mohou být zřizovány nebo poskytovány i nestátní neziskovou organizací. **Nestátní nezisková organizace** je charakterizována jako právnická osoba, která svoji činnost nezaložila za účelem podnikání. Finanční prostředky na provoz služeb mohou organizace získat na základě dotací z veřejných rozpočtů (z rozpočtu obce, kraje a MPSV). Nestátní neziskové subjekty poskytující sociální služby mohou mít právní formu občanské společnosti, obecně prospěšné společnosti nebo církevní právnické osoby (Matoušek a kol., 2007, s. 12 - 14).

Podle HERMANA a kol. (2008) se způsob **financování pobytových sociálních** služeb skládá ze státních dotací, z plateb uživatelů sociální služby, z příspěvků na péči a z příjmů veřejného zdravotního pojištění. Výše jednotlivých zdrojů je rozdílná a závisí na typu subjektu, struktuře uživatelů, na kvalitě poskytované péče a dalších okolnostech.

Pobytová sociální zařízení mohou čerpat z dalších zdrojů, kterým může být vedlejší hospodářská činnost, příspěvek zřizovatele na činnost, případné dary a granty.

Výše uvedený zákon určuje přesné podmínky, za jakých musí probíhat poskytování sociálních služeb. K poskytování sociálních služeb je nutné mít určité oprávnění, které poskytovatel získá na příslušném krajském úřadě. Oprávnění k poskytování sociální služby je zajištěno **registrací**, která je povinná pro všechna zařízení poskytující činnost dle výše uvedeného zákona. Registrace zajišťuje určitou formu ochrany pro uživatele služby a garantuje dodržování postupů takovým způsobem, aby nedošlo ke snižování lidské důstojnosti, k poškození zdraví a ohrožení lidských práv. Poskytovatel sociální služby registraci získá na základě rozhodnutí o registraci vydaném příslušným krajským úřadem (Malíková, 2011, s. 62). Registrovaná zařízení jsou uvedena v seznamu: Registr poskytovatelů sociálních služeb.

### 5.3 Odborný tým zajišťující péči

V pobytovém zařízení sociálních služeb zajišťují péči o uživatele celkem čtyři typy pracovníků, a to sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci a pedagogičtí pracovníci (Malíková, 2010, s. 86).

**Sociální pracovník** zprostředkovává sociální službu a pomáhá klientům ve výběru vhodné služby. Sociální pracovník přímo sociální službu poskytuje, koordinuje ji, plánuje a hodnotí, vyhledává vhodné klienty pro danou službu. Zákon o sociálních službách stanovuje předpoklady pro výkon těchto pracovníků, což vede k zachování kvality pracovníků v sociální sféře. Sociální pracovník musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Odborná způsobilost je podrobně popsána v § 110, odst. 1, zákona o sociálních službách. Činnost sociálního pracovníka může vykonávat osoba, která má dosažené minimálně vyšší odborné vzdělání zaměřené na sociální práci. Zákon dále ukládá sociálním pracovníkům povinnost dalšího vzdělávání v sociálních službách v rozsahu 24 hodin ročně (Matoušek a kol., 2007, s. 47 - 48). „*Sociální pracovník v pobytovém zařízení je pracovníkem s vyšší odbornou kvalifikací v oblasti sociálních služeb. V rámci pracovní činnosti je podřízen vedoucímu zařízení a vedoucímu sociálnímu pracovníkovi, pokud je v zařízení tato funkce stanovena. Spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizační sestrou a pokladní v zařízení*“ (Malíková, 2010, s. 86).

**Pracovníci v sociálních službách**, podle zákona o sociálních službách jsou to pracovníci, kteří vykonávají: *„přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost a pečovatelskou činnost v domácnosti osoby“* (ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Stejně jako sociální pracovníci musí být způsobilí k právním úkonům, bezúhonní, zdravotně a odborně způsobilí. Odborné způsobilosti dosáhne pracovník absolvováním kvalifikačního kurzu (podrobně je popsáno v § 116, odst. 5, zákona o sociálních službách). Náplň kvalifikačního kurzu je podrobně popsána v § 37 vyhlášky č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Osoba, která nemá kvalifikační kurz, může pracovat v sociálních službách bez absolvovaného kvalifikačního kurzu po dobu nejdéle 18 měsíců. V této době se předpokládá, že pracovník kurz absolvuje. Pokud tak neučiní, musí sociální službu opustit (Matoušek a kol., 2007, s. 47 - 48). V pobytovém zařízení zajišťuje pracovník v sociálních službách např. pomoc uživateli při příjmu potravy, při udržení žádoucí polohy v lůžku, při pohybových aktivitách, při oblékání a svlékání, při udržování čistoty a upravenosti těla, dodržuje dezinfekční program, manipuluje s čistým a použitým prádlem, plní roli klíčového pracovníka a provádí ošetřovatelskou péči výhradně pod dozorem zdravotní sestry. V rámci své činnosti může pracovník v sociálních službách plnit i funkci aktivizačního pracovníka, nebo jí vykonávat naplno (Malíková, 2011, s. 95 - 96) .

**O aktivizačním pracovníkovi** bylo psáno v kapitole č. 1. Kvalifikační požadavky jsou stejné jako u pracovníků v sociálních službách, neboť většinou z těchto pracovníků vychází.

V pobytových sociálních zařízeních zajišťuje **zdravotní péči** vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut. Všichni tito pracovníci jsou evidováni jako nelékařští zdravotní pracovníci, kteří *„musí splňovat podmínky č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), ve znění zákona č. 125/2005 Sb. a vyhlášky č. 424/2004, zákona č. 108/2006 Sb., a pracují na základě smluvních ujednání a norem stanovených zdravotními pojišťovnami“* (Malíková, 2010, s. 97).

**Vrchní sestra** je nejvýše postaveným pracovníkem, která je přímo nadřízena všem ostatním zdravotním pracovníkům i pracovníkům v sociálních službách. Ve své činnosti

např. spolupracuje s lékaři, zodpovídá za zdravotnickou a ošetrovatelskou péči na oddělení, má na starosti profesní rozvoj pracovníků a v nezbytně nutných případech provádí činnost všeobecné sestry. **Všeobecná sestra** je v pobytových službách označena jako sestra v sociálních službách, která je podřízena vrchní sestře a nadřízena pracovníkům v sociálních službách. Její práci tvoří např. zajištění odborné zdravotní a ošetrovatelské péče uživateli, podává léky, sleduje zdravotní stav uživatele, vede ošetrovatelskou dokumentaci, plní úkoly dle požadavků vrchní sestry a průběžně se vzdělává. Dalším pracovníkem, který zajišťuje zdravotní péči je **fyzioterapeut**. Ten se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a prevenci v oblasti poruch pohybového aparátu uživatele. Stejně jako všeobecná sestra je podřízen vrchní sestře a při výkonu své činnosti spolupracuje se všeobecnou sestrou, ergoterapeutem a aktivizačním pracovníkem. Fyzioterapeut zajišťuje rehabilitační péči uživatelům, provádí různá cvičení zaměřená na nacvičování mobility nebo kondičního cvičení a zajišťuje různé aktivizační programy (Malíková, 2011, s. 98 - 110).

Posledním pracovníkem zajišťující zdravotní péči je **ergoterapeut**. Funkce ergoterapeuta byla popsána v kapitole č. 3.

## 5.4 Vedení dokumentace

Povinností každého poskytovatele sociálních služeb je uzavřít **smlouvu o poskytování sociálních služeb**. Mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem je sepsána smlouva, která přesně zachycuje, co mohou obě strany očekávat. Návrh smlouvy zpracuje poskytovatel společně s uživatelem. Samotná smlouva musí být individuálně přizpůsobena a musí odpovídat stanovenému osobnímu cíli daného uživatele (Malíková, 2011, s. 66 - 67).

Další povinností poskytovatele je vést **dokumentaci** o uživatelích sociální služby, která vychází ze sociálního standardu č. 6, uveden v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *„Veškerou dokumentaci, která je u klientů v pobytových zařízeních vedena v souvislosti s poskytováním sociální služby, je možné rozdělit podle oblastí a činností, kterých se týká, na tyto druhy: sociální dokumentace klienta, zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace klienta, ekonomická dokumentace a další dokumentace“* (Malíková, 2011, s. 76).

Kvalita poskytované služby je pravidelně kontrolována, a to podle **standardů kvality poskytovaných služeb**. Kontrolu zajišťuje **inspekce**, která je složena z vyškolených

inspektorů, která ji provádějí v pravidelných intervalech (Králová a Rážová, 2012, s. 141 - 168).

## **SHRNUTÍ**

Sociální služba domov pro seniory je jednou z mnoha služeb, která zajišťuje pomoc a podporu seniorům, kteří z důvodu zhoršení zdravotního stavu nemůžou setrvat ve svém přirozeném prostředí. Pracovníci domova tvoří srdce domova, neboť každý den pečují o uživatele a snaží se jim dopřát vše potřebné.

Definovali jsme základní pojetí sociální služby, její cíl, popsali jsme si sociální službu domov pro seniory, způsob přijetí uživatele do zařízení, zřizovatele a poskytovatele sociální služby, způsoby financování a registrace těchto zařízení. Dále jsme rozeznali jednotlivé pracovníky zajišťující péči v domovech pro seniory, seznámili jsme se se způsobem vedení dokumentace, s povinnostmi poskytovatelů sepsat smlouvu mezi poskytovatelem a uživatelem a se standardy kvality poskytované péče, podle kterých se péče kontroluje.

Následující kapitola je věnovaná výzkumnému šetření vedoucímu ke zjištění, jak domovy pro seniory poskytují muzikoterapii, canisterapii a ergoterapii. Jak jsou s poskytovanými terapiemi klienti spokojeni a jaká je zkušenost konkrétního canisterapeuta.

## 6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření se zaměřovalo na vybrané alternativní metody (dále jen „terapie“) při práci se seniory v domovech pro seniory (dále jen „zařízení“), kterými byla muzikoterapie, canisterapie a ergoterapie.

### 6.1 Vymezení cíle

**Hlavním cílem** výzkumné části je zjistit, jak oslovená zařízení přistupují k provádění terapií při práci s uživateli. Součástí hlavního cíle jsou dílčí cíle, které jsou jednotlivě stanoveny tak, aby hlavní cíl zkoumání ověřily. Celkem byly stanoveny čtyři dílčí cíle, pod které spadá deset výzkumných otázek. Pod výzkumné otázky jsou zahrnuty jednotlivé otázky z rozhovoru se sociálními pracovníci, otázky z krátké ankety s uživateli a rozhovor s canisterapeutkou. Následující přehled znázorňuje, které výzkumné otázky jsou součástí jednotlivých dílčích cílů. Podrobnější přehled s konkrétními tazatelskými otázkami je vložen do přílohy č. 1.



Pro výzkum byly stanoveny následující cíle:

↪ **Hlavní cíl:**

Zjistit, jak oslovená zařízení přistupují k provádění terapií při práci s uživateli.

↪ **Dílčí cíle:**

**Dílčí cíl č. 1** – Popsat, jak často a jakým způsobem terapie v zařízeních probíhají.

**Dílčí cíl č. 2** – Zkoumat, jaké mají zařízení možnosti pro realizaci terapií.

**Dílčí cíl č. 3** – Zjistit spokojenost pracovníků a uživatelů s probíhajícími terapiemi.

**Dílčí cíl č. 4** – Analyzovat, zdali má kapacita zařízení vliv na poskytování terapií.

↪ **Výzkumné otázky:**

**Výzkumná otázka č. 1** - Jak v zařízeních probíhají muzikoterapie?



**Výzkumná otázka č. 2** – Jak v zařízeních probíhají canisterapie?

**Výzkumná otázka č. 3** – Jak v zařízeních probíhají ergoterapie?

**Výzkumná otázka č. 4** - Jakými možnostmi pro realizaci muzikoterapie disponuje zařízení?

**Výzkumná otázka č. 5** – Jakými možnostmi pro realizaci canisterapie disponuje zařízení?

**Výzkumná otázka č. 6** – Jakými možnostmi pro realizaci ergoterapie disponuje zařízení?

**Výzkumná otázka č. 7** – Jak hodnotí probíhající muzikoterapii pracovníci a uživatelé?

**Výzkumná otázka č. 8** – Jak hodnotí probíhající canisterapii pracovníci a uživatelé?

**Výzkumná otázka č. 9** - Jak hodnotí probíhající ergoterapii pracovníci?

**Výzkumná otázka č. 10** – Je z hlediska kapacity zařízení rozdíl v poskytování terapií?

## 6.2 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumu. Podle STRAUSSE a CORBINOVÉ (1999) kvalitativní výzkum nesměruje k získání výsledků statistickou metodou. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell in Hendl, 2016, s. 46).

Z metod kvalitativního výzkumu byla vybrána metoda rozhovoru, analýza dokumentů a anketa. **Rozhovor** se opírá o vyjádření, které vychází z ústní komunikace s respondentem. SKUTIL (2011) považuje rozhovor za proces vyznačený vysokou interakcí dvou jedinců: tazatele a dotazovaného. CHRÁSTKA ve své knize používá slovo interview, které vychází z anglického slova a je složeno ze dvou částí: inter (mezi) a view (názor nebo pohled). CHRÁSTKA vnímá interview jako metodu, při níž dochází ke shromažďování dat o pedagogické realitě, spočívající v bezprostřední verbální komunikaci výzkumníka a respondenta (Chrástka, 2007, s. 182). Oba zmínění autoři vnímají tyto pojmy za rovnocenné. Ovšem někteří autoři pojmy rozlišují. Rozhovor považují za volnou formu komunikace a naopak interview je strukturovaný, předem připravený

a otázky jsou promyšlené (Pelikán, 2011, s. 117). Rozhovor lze rozlišovat dle jejich typů na volný (nestrukturovaný), strukturovaný a polostrukturovaný (Skutil, 2011, s. 89 - 90). **Volný rozhovor** je dialog založený na volné výměně svých názorů a vzájemných reakcí na ně. Používáme ho v běžné mezilidské komunikaci, která se uskutečňuje každý den. **Strukturovaný rozhovor** je zaměřen na získání odpovědí na předem připravené otázky. Často využívanou variantou rozhovoru je **polostrukturovaný rozhovor**, kdy volně navazujeme kontakt s cílem získat si důvěru. Poté se kladou předem připravené otázky. Důležité je vhodná **formulace otázek**. Otázky musí být srozumitelné, neměly by být návodné, výzkumník volí tak, aby se nedotýkaly interních záležitostí respondenta. Otázky by měly být pro určitý soubor respondentů formulované stejně, aby nedošlo k různým odpovědím a měly by směřovat od obecného ke konkrétnímu (Pelikán, 2011, s. 117 - 120).

Metoda rozhovoru má své výhody a nevýhody. Mezi výhody rozhovoru můžeme zahrnout např. osobní kontakt s dotazovaným, díky němuž lze sledovat jeho verbální a neverbální projevy. Dále výhodou je možnost dovysvětlit položenou otázku a volnost v jejich kladení. Naopak nevýhodou je časová náročnost, obtížnější zapisování odpovědí respondenta a počet respondentů, který je menší než u např. u kvantitativní metody dotazníku (Skutil, 2011, s. 89 - 90).

**Analýza dokumentů** se zaměřuje na zkoumání písemného nebo vizuálního materiálu (Maňák, Švec, Švec, 2005). Patří mezi standardní metody využívanou jak v kvalitativním, tak i v kvantitativním výzkumu. Za dokument považujeme vše, co je zaznamenané a může být podrobena analýze. Může se jednat např. o knihy, novinové články, různé záznamy, apod. Za dokumenty se považují data pořízena někým jiným, za jiným účelem než k výzkumu. Výzkumník se tedy zaměřuje a vyhledává to, co je k dispozici. Analýzou dokumentů získáme určitou rozmanitost, spočívající v přístupu k informacím, které jsou jen těžko dostupné. Data získaná z dokumentů nejsou vystavena žádnému zkreslení, které se může vyskytnout při realizaci rozhovorů, pozorování, měření nebo testování. Při výběru a zkoumání dokumentů hraje roli subjektivita výzkumníka, která určuje výběr dokumentů, ne informace, které jsou v nich obsažené. Jedná se o tzv. nereaktivní způsob sběru dat (Hendl, 2005, s. 132).

**Anketa** je obdobnou variantou dotazníku, která bývá častěji využívána v sociologických než pedagogických výzkumech. Výběr osob pro anketu je volnější, tzn. nemá jasně vymezený výběr osob a respondenti odpovídají zcela nezávazně. Na anketu nemusí odpovědět všichni oslovení, ale pouze jen ti, co chtějí (Pelikán, 2011, s. 115).

### 6.3 Výběr výzkumného vzorku

Výběr výzkumného vzorku proběhl za pomoci výzkumné metody analýzy dokumentů. Prostřednictvím webových stránek registru poskytovatelů sociálních služeb a webových stránek jednotlivých domovů, byla zvolena pro výběr výzkumného vzorku celkem 4 kritéria. Registr poskytovatelů sociálních služeb byl zřízen 1. 1. 2007 a to vlivem zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Cílem bylo vytvořit určitý seznam poskytovatelů, kteří poskytují sociální službu v souladu se zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů*“ (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2008 [online])

Prvním klíčem byl výběr **území**, kterým je Pardubický kraj o rozloze 4519 km<sup>2</sup> s celkovým počtem obyvatel 517 270. Pardubický kraj se skládá celkem ze čtyř okresů, a to Chrudim, Pardubice, Svitavy a Ústí nad Orlicí (asociace krajů České republiky, 2013 [online]). Sociální služba **domov pro seniory** je druhým klíčem výběru. Podle registru poskytovatelů sociálních služeb se v Pardubickém kraji nachází celkem 26 zařízení, která poskytují sociální službu domov pro seniory. Tato zařízení se liší poskytovatelem, cílovou skupinou, věkovou kategorií a kapacitou. I přesto, že se jedná o sociální službu domov pro seniory, kdy podle názvu se můžeme domnívat, že se služba zaměřuje pouze na cílovou skupinu seniorů, není tomu vždy. Některé domovy zahrnují pod cílovou skupinu osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním a osoby s tělesným postižením. Proto třetím klíčem byla stanovena cílová skupina **seniorů**. Posledním klíčem bylo omezení **věkové kategorie seniorů, a to od 60 let**. Některé domovy umožňují umístění uživatelům pod tuto věkovou hranici. Jedná se většinou o zařízení s rozšířenou skupinou uživatelů tak, jak bylo výše popsáno. Pro přehled si shrneme kritéria výběru zařízení:

1. Území Pardubického kraje
2. Sociální služba domov pro seniory
3. Cílová skupina seniory
4. Věková kategorie od 60 let

## 6.4 Charakteristika výzkumného vzorku a místa výzkumného šetření

Na základě výše uvedených kritérií výběrem vzešlo celkem 13 zařízení. Výzkumné šetření proběhlo v měsících srpen až říjen roku 2018, kdy byla postupně vybraná zařízení oslovena a následně domluveny a uskutečněny osobní schůzky. Žádost o zprostředkování výzkumného šetření byla směřována zejména ředitelům zařízení, případně vedoucím sociálních pracovníků. Oslovení proběhlo nejdříve formou emailové korespondence a následně byl telefonicky domluven konkrétní termín návštěvy. Zařízení, která byla vybrána pro uskutečnění výzkumného šetření, jsou pro lepší orientaci uvedena v následující tabulce. Celkem 7 zařízení spadá do okresu Chrudim, 3 zařízení do okresu Ústí nad Orlicí, 2 zařízení do okresu Pardubice a 1 zařízení do okresu Svitavy. Z celkového počtu 13 zařízení byla 4 zřízena právnickou osobou, zbylá zařízení byla zřizována územním samosprávným celkem jako příspěvková organizace. Zařízení byla rozdělena dle kapacity do 3 skupin: zařízení s malou kapacitou 20 – 59 uživatelů služby (v tabulce vyznačena modrou barvou), zařízení se střední kapacitou 60 – 100 uživatelů služby (v tabulce vyznačena zelenou barvou), a zařízení s velkou kapacitou 101 – 155 uživatelů služby (v tabulce vyznačena červenou barvou). Zařízení, ve kterých výzkum neproběhl, jsou označena šedivou barvou.

Název domova	Místo	Zřizovatel	Registrace služby	Počet klientů služby	Označení respondenta ve výzkumu
Lůžkové a sociální centrum pro seniory o.p.s.	Chrudim	o.p.s.	01.12.2013	20	R1
SeneCura SeniorCentrum Chrudim s. r. o.	Chrudim	s.r.o.	01.03.2016	34	R2
Sociální služby Lanškroun	Lanškroun	Město Lanškroun	01.01.2007	46	R3
Centrum sociální pomoci města Litomyšl	Litomyšl	Město Litomyšl	01.01.2007	50	R4
Domov pro seniory Heřmanův Městec	Heřmanův Městec	Hlavní město Praha	01.01.2007	78	R5
Domov seniorů Drachtinka	Hlinsko	Město Hlinsko	02.01.2008	87	R6
Sociální služby města Pardubice - Domov pro seniory Dubina Pardubice	Pardubice	Město Pardubice	01.01.2007	153	R7
Sociální služby města Pardubice - Domov pro seniory U Kostelíčka Pardubice	Pardubice	Město Pardubice	01.01.2007	106	R8
SeniorCentrum Skuteč	Skuteč	Město Skuteč	18.10.2002	115	R9
Domov důchodců sv.Zdislavy	Červená voda	Pardubický kraj	01.01.2007	150	R10
Zařízení sociální péče Choceň	Choceň	Město Choceň	01.01.2007	90	R11
Domov seniorů Seč, s.r.o.	Seč	s.r.o.	29.09.2015	38	R12
Dům klidného stáří Glossus s.r.o.	Luže	s.r.o.	01.01.2008	64	R13

Tabulka č. 1 - Seznam zařízení

Stěžejní metodou pro výzkum byl zvolen rozhovor, konkrétně se jednalo o formu strukturovaného rozhovoru s volnými odpověďmi. Rozhovor proběhl v 10 zařízeních. Dvěma zařízeními byl email zaslán opakovaně, ale nikdo se neozval. Jedno zařízení ve své odpovědi na email uvedlo, že schůzku z personálních a časových důvodů neumožní. Rozhovory proběhly v převážné většině se sociálními pracovníci. Ve dvou případech poskytly rozhovor aktivizační pracovníce po předchozí domluvě se sociálními pracovníci. Místnost pro rozhovor vybrala vždy pracovníce zařízení a jednalo se převážně o kancelář sociálního pracovníka nebo o místnost využívanou k setkávání se zájemci o službu, anebo s rodinami uživatelů. Rozhovor jsem poté doplnila krátkou anketou s jedním, případně se dvěma uživateli služby. Ankety probíhaly přímo na pokojích uživatelů.

## **6.5 Organizace výzkumného šetření**

Rozhovor byl sestaven strukturovanou formou do tří okruhů podle toho, na co se okruh zaměřoval. Úvodem byla položena otázka zjišťující informaci o existenci těchto terapií v zařízení. Následně byl pokládán soubor otázek, vztahující se v prvním okruhu k muzikoterapii, ve druhém okruhu ke canisterapii a ve třetím okruhu k ergoterapii. Závěrem byla položena otázka zaměřená na další terapie, které zařízení při práci s uživateli využívají. Rozhovor obsahoval celkem 23 otázek a trval zhruba 60 minut. Otázky rozhovoru jsou pro lepší přehled uvedeny v příloze č. 2. Po rozhovoru umožnila sociální pracovníce návštěvu předem vybraných uživatelů na jejich pokoji, kde proběhla krátká anketa s uživateli. Anketa trvala zhruba 20 minut a po celou dobu byla přítomna pracovníce zařízení. Otázky krátké ankety jsou pro lepší přehled uvedeny v příloze č. 3. V oblasti canisterapie byl pro doplnění proveden rozhovor s canisterapeutkou, která neprovádí canisterapii ani v jednom z vybraných zařízeních. Tento rozhovor byl zaměřen na porovnání získaných výsledků a vlastní zkušenosti canisterapeutky s prováděním canisterapie. Otázky rozhovoru jsou uvedeny v příloze č. 4.

## **6.6 Výsledky výzkumného šetření**

Výsledky výzkumného šetření jsou rozděleny do třech částí, kdy část A vyhodnocuje rozhovory, část B prostřednictvím ankety zachycuje vyjádření uživatelů a část C je věnována diskuzi nad zjištěnými výsledky v oblasti canisterapie s canisterapeutkou.

## Část A – Rozhovor se zástupcem zařízení

Ani jedna pracovnice nesouhlasila s pořádkem nahrávky průběhu rozhovoru. Jedná se o přepis poznámek z rozhovoru. K vyhodnocení rozhovorů byl použit program Microsoft EXCEL.

### ÚVODNÍ OTÁZKA

**Otázka č. 1 - Vzhledem k tomu, že píšu DP zaměřenou na muzikoterapii, canisterapii a ergoterapii, probíhají u Vás tyto terapie?**

Respondent	Muzikoterapie		Canisterapie		Ergoterapie	
	Probíhá	Neprobíhá, ale s hudbou pracujeme	Probíhá	Neprobíhá	Probíhá	Neprobíhá, poskytujeme činnosti srovnatelné s ergoterapií
R1		X	X			X
R2	X		X			X
R3	X		X			X
R4		X		X		X
R5		X	X			X
R6		X	X			X
R7	X		X			X
R8	X		X			X
R9		X	X			X
R10		X		X		X

Tabulka č. 2 - Terapie

Celkem čtyři respondenti uvedli, že u nich muzikoterapie pod školeným muzikoterapeutem probíhá. Šest zařízení s hudbou nějakým způsobem pracují. Oproti tomu canisterapie probíhá v osmi zařízeních a jen ve dvou neprobíhá. V jednom zařízení hledají vhodný canisterapeutický tým a jedno zařízení umožňuje vstup jedné své pracovnice se psem do zařízení. Pracovnice, která psa nepravidelně vozí do zařízení, uvažuje o canisterapeutických zkouškách. Všichni respondenti shodně uvedli, že ergoterapie v jejich zařízení neprobíhá, neboť k tomu nemají vzdělaného pracovníka v tomto oboru. Ovšem zařízení činnosti ergoterapie v určité formě a míře provádějí.

V porovnání zařízení dle velikosti kapacity se dá říci, že ve dvou zařízeních s malou kapacitou poskytují muzikoterapii pod vyškoleným pracovníkem stejně jako ve dvou zařízeních s velkou kapacitou. U poskytování canisterapie a ergoterapie nebyl shledán žádný rozdíl.

## OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE K MUZIKOTERAPII

### Otázka č. 2 - Jak často v domově probíhá muzikoterapie?

Respondent	Denně	1 x týdně	2 x týdně	1 x za 14 dní	1 x za měsíc	1 x za 2 měsíce
R1			X			
R2				X	X	X
R3				X		
R4	X	X				
R5			X			
R6		X		X		
R7		X			X	
R8						X
R9		X				
R10		X	X			

Tabulka č. 3 - Četnost terapií

Muzikoterapie pod vzdělaným muzikoterapeutem probíhá jednou za měsíc, maximálně za dva měsíce. Četnost se odvíjí dle časových možností muzikoterapeutů a respondenti shodně uvádějí, že se snaží o zachování pravidelnosti, tj. pokud možno po měsíci. Zařízení, které neprovádí muzikoterapii, s hudbou nějakým způsobem pracuje. Pět respondentů uvedlo, že jednou týdně uskutečňují posezení s hudbou. Dva respondenti sdělili, že provádějí řízenou hodinu hudby dvakrát týdně a tři respondenti naopak jednou za 14 dní. Z rozhovorů vyplynulo, že si pracovníci s uživateli denně spontánně zpívají, a to při běžných denních aktivitách. Kromě řízeného posezení s hudbou mají tři zařízení své pěvecké sbory, které se scházejí týdně, případně jednou za 14 dní. Jedno zařízení uvedlo, že k nim pravidelně dochází varhaník a jiné zařízení navštěvuje harmonikář.

V četnosti poskytování muzikoterapie se více shodují zařízení s malou kapacitou se zařízením s velkou kapacitou.

**Otázka č. 3 - Provádí ji externí pracovník, nebo některý z vašich pracovníků? Případně je více pracovníků, kteří tyto terapie zajišťují?**

Respondent	Externí pracovník	Aktivizační pracovník	Jiné	Více pracovníků
R1		X	X	X
R2	X	X		X
R3	X	X		X
R4			X	X
R5		X	X	X
R6		X	X	X
R7	X		X	X
R8	X			
R9		X		X
R10		X	X	X

Tabulka č. 4 - Pracovníci zajišťující muzikoterapii

Skoro všichni respondenti využívají při práci s hudbou více pracovníků - jak interních, tak i externích, které kombinují. R1 uvedla, že do zařízení externě dochází paní, která je z hudebního souboru Klíčenka, hraje na kytaru a zpívá. R5, R6 a R7 sdělují, že hudební aktivity má na starosti aktivizační pracovnice a ještě dobrovolník, který hraje na nějaký speciální nástroj nebo má zkušenosti s vedením sboru (varhany, harmonika). R2 se naopak pochlubila, že jim muzikoterapii zajišťují dva muzikoterapeuti, kteří ji provádějí společně. R8 sdělila, že muzikoterapii provádí skupina klientů z praktické školy Svítání a ze stacionáře Slunečnice, která je vedena pod dozorem školeného muzikoterapeuta.

Ve dvou zařízeních s malou kapacitou poskytují muzikoterapii externí pracovníci stejně jako ve dvou zařízeních s velkou kapacitou. Souvisí to s otázkou č. 1, ze které vzešlo zjištění, že muzikoterapii pod školeným pracovníkem poskytují jen 4 zařízení. Jedná se právě o tato dvě zařízení s malou kapacitou a dvě zařízení s velkou kapacitou, k nimž dochází externí pracovník – muzikoterapeut.



**Otázka č. 4 - Absolvoval pracovník nějaké kurzy případně školení v této oblasti, nebo se o tuto oblast zajímá a zjišťuje si potřebné informace sám?**

Respondent	Vzdělání v muzikoterapii	Školení, kurzy	Čerpání informací z literatury	Hudební zkušenosti	Záliba
R1				X	X
R2	X	X		X	X
R3	X		X		X
R4		X	X		
R5		X	X		
R6		X		X	X
R7	X			X	X
R8	X				
R9		X	X		
R10		X			

Tabulka č. 5 - Vzdělávání pracovníka u muzikoterapii

Muzikoterapeuti mají potřebné vzdělávání v této oblasti a všichni z nich se dle informace od respondentů dále vzdělávají. Přístup interních pracovníků ke vzdělávání je ovlivněn mnoha faktory. Všichni respondenti uvedli, že svým pracovníkům umožňují školení a kurzy dle jejich výběru. Pro mnohé z nich je to zároveň i záliba, a proto si potřebné informace hledají v odborné literatuře, kterou zařízení dle potřeby nakupují. Ve třech zařízeních je pravidelně navštěvuje externí pracovník s předchozími hudebními zkušenostmi. R1 uvedl, že k nim dochází paní, která vychází ze svých hudebních zkušeností získaných vedením hudebního souboru Klíčenka. R2 sdělil, že aktivizační pracovnice využívá své životní zkušenosti, neboť chodila do Lidové školy umění a hrála v kapele. Díky tomu má hodně kontaktů, na základě kterých je schopna zajistit pro zařízení různé koncerty. R6 se v rozhovoru pochlubil, že k nim dochází varhaník a R7 má k dispozici harmonikáře. Harmonikář i varhaník se v tomto oboru pohybují celý svůj život.

U této otázky není zřejmý žádný rozdíl. Ukazuje se, že zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou shodně umožňují pracovníkům různá školení, kurzy a zajišťují jim potřebnou literaturu. Někteří pracovníci čerpají ze svých hudebních zkušeností a někteří to berou jako zálibu.

**Otázka č. 5 - Muzikoterapii lze u klientů provádět individuální nebo skupinovou formou. Jaká forma je v domově nejčastěji využívána a proč tomu tak je?**

Respondent	Individuální muzikoterapie	Skupinová muzikoterapie
R1	X	X
R2	X	X
R3	X	X
R4	X	X
R5	X	X
R6	X	X
R7		X
R8		X
R9		X
R10	X	X

Tabulka č. 6 - Forma muzikoterapie

Skoro ve všech zařízeních probíhají obě formy. Muzikoterapeuti provádějí většinou skupinovou terapii, která probíhá jednou za měsíc, případně jednou za dva měsíce. R2 uvedl, že muzikoterapeuti pobývají v zařízení celý den, kdy dopoledne provádějí skupinovou muzikoterapii a odpoledne po obědě navštěvují individuálně klienty na jejich pokojích. Ostatní externí pracovníci vytvářejí hudební aktivity převážně skupinově a je to závislé na časových možnostech externích pracovníků. R6 sdělil, že si vytvářejí skupinová posezení u kytary, zpívají na bohoslužbách nebo při skupinovém cvičení. R9 vnímá, že je skupinová forma hudební aktivity jednodušší a připravují také individuální formu. Individuální formu provádějí spíše interní pracovníci a spočívá v pouštění hudby uživateli na pokoji nebo si s uživatelem zazpívají. S přibývajícím počtem imobilních klientů častěji probíhají hudební aktivity individuální formou na pokojích uživatelů.

Individuální forma muzikoterapie se shodně objevuje v zařízeních s malou kapacitou a v zařízeních se střední kapacitou. Skupinovou formu muzikoterapii poskytují všechna zařízení bez rozdílu.

**Otázka č. 6 - Probíhají v domově terapie spíše dopoledne, odpoledne, nebo je denní doba různá? Na čem je to závislé?**

Respondent	Dopoledne	Odpoledne
R1	X	X
R2	X	X
R3	X	X
R4	X	X
R5	X	X
R6	X	X
R7	X	X
R8	X	
R9	X	
R10	X	

Tabulka č. 7 - Denní doba muzikoterapie

Celkem sedm zařízení uvedlo, že muzikoterapie a hudební aktivity probíhají dopoledne i odpoledne. Všichni respondenti uvedli, že se jedná o pravidelnou aktivitu zahrnutou do harmonogramu, kterým se řídí jednotlivé činnosti v zařízení. V dopoledních hodinách provádějí hudební aktivity interní pracovníci zařízení. Důvodem je větší aktivita uživatelů. Externí pracovníci provádějí muzikoterapii nebo hudební aktivitu v odpoledních hodinách. Je to ovlivněno jejich volným časem, neboť v dopoledních hodinách většina z nich pracuje nebo má jiné povinnosti. Po obědě se uskutečňují i individuální terapie. Pouze R1 uvedl, že je to u nich naopak, tzn. že dopoledne zajišťuje hudební aktivity paní z hudebního souboru a odpoledne aktivizační pracovnice.

Odpolední denní doba pro průběh muzikoterapie se využívá v zařízeních s malou kapacitou a v zařízeních se střední kapacitou. Muzikoterapii v dopolední denní době plánují a provádějí všechna zařízení.

**Otázka č. 7 - Zaznamenáváte nějakým způsobem hodinu muzikoterapie (např. zápisy denních aktivit, individuální plán, apod.)?**

Respondent	Cygnus 2	Jiné	Canisterapie neprobíhá
R1	X		
R2	X		
R3	X		
R4			X
R5	X		
R6		X	
R7	X		
R8		X	
R9	X		
R10		X	

Tabulka č. 8 - Zaznamenávání muzikoterapie

Celkem sedm zařízení zaznamenává průběh muzikoterapie a posezení s hudbou do interního systému Cygnus 2. Tři zařízení zapisují aktivity ručně. R6 uvádí, že pracovníci zaznamenávají veškeré aktivity do sešitu denních aktivit. R8 sdělil, že aktivity zapisují do „Průběhu sociálních služeb“ a R10 vytváří zápisy do knihy aktivit. Všechna zařízení zapisují účast uživatelů, jejich aktivitu, projevy a zájem. Tyto informace následně použijí k Individuálnímu plánování. Přípravy na jednotlivá posezení s hudbou se dělají skoro ve všech zařízeních. Jen R1 v rozhovoru přiznal, že si pracovníci přípravy nedělají, neboť je většinou stejný repertoár. Příprava zahrnuje hudební texty, kvízy, témata hudby. V některých případech hudbu volí spontánně, dle situace, citu a nálady uživatelů. R3 poskytl informaci, že jednou za tři měsíce pošle muzikoterapeut zhodnocení terapie u jednotlivých uživatelů, která se pak zapíše do interního systému a zároveň do jejich individuálních plánů.

Žádný rozdíl ve způsobu vytváření záznamů z hodin muzikoterapie se zde neukazuje. Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou vyhotovují záznamy prostřednictvím interního systému Cygnus 2 nebo psanou formou do sešitů.

### Otázka č. 8 - Disponujete potřebnými prostory a vybavením? Jakým konkrétně?

Respondent	Místnost			Vybavení		
	Společenská místnost	Další místnosti	Pokoje uživatelů	Běžné nástroje	Speciální nástroje	Zpěvníky, texty písní
R1	X	X	X	X		
R2	X	X	X	X	X	X
R3	X	X	X		X	X
R4	X	X		X		X
R5	X	X		X	X	
R6	X	X		X		
R7	X				X	
R8	X	X			X	
R9	X			X		
R10	X	X		X		

Tabulka č. 9 - Prostory a vybavení pro muzikoterapii

Všechna zařízení disponují společenskou místností, ve kterých probíhá skupinová muzikoterapie nebo hudební aktivita. Osm zařízení má kromě společenské místnosti i další místnosti, které lze pro hudební aktivitu použít. Pouze tři zařízení uvedla, že se hudební aktivita uskutečňuje na pokojích uživatelů. Přitom u otázky č. 5 bylo zjištěno, že na pokojích klientů probíhají individuální forma terapie, a to v celkem v sedmi zařízeních. Je tedy možné, že v danou chvíli na tuto skutečnost respondent zapomněl. Z vybavení si muzikoterapeuti vozí své speciální nástroje. Aktivizační pracovníci využívají běžné hudební nástroje, a to nejčastěji kytaru, piano a elektrické klávesy. Všechna zařízení vlastní CD přehrávače využívané převážně k individuální formě hudební aktivity. Některá zařízení disponují jednoduchými nástroji - Orffovým instrumentářem (bubínek, triangl, činky, vajíčko), které zapůjčují uživatelům. Ovšem moc často se tyto nástroje nevyužívají. Pro zajímavost R1 uvedl, že žádné zpěvníky ani texty nepotřebují, protože se hraje to, co si klienti pamatují, převážně známé lidovky.

Zařízení s malou kapacitou využívají pro hudební aktivity kromě společenské místnosti a dalších místností pokoje uživatelů. Zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou na pokojích uživatelů hudební aktivity neprovádějí. Co se týče vybavení pro hudební aktivity, tak pouze zařízení s malou kapacitou používají kromě běžných a speciálních nástrojů i zpěvníky a texty písní. Zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou vytvářejí hudební aktivity za pomoci běžných a speciálních nástrojů.

**Otázka č. 9 - V publikacích je muzikoterapie vnímána jako prostředek pro komunikaci, v rámci které může uživatel vytvářet nebo reprodukovat hudbu za pomoci hudebních prostředků, např. použitím těla (dupání, tleskání), hlasu, hudebních nástrojů, nástrojů vlastní výroby (předměty denní potřeby) a nebo kompenzačních pomůcek. Využívají uživatelé těchto hudebních prostředků?**

Respondent	Použití těla	Hlasu	Hudební nástroje	Nástroje vlastní výroby	Kompenzační pomůcky
R1		X	X		
R2	X	X	X		X
R3	X	X	X		
R4	X	X	X		
R5		X	X		
R6	X	X	X		
R7	X	X	X		
R8	X	X	X		
R9		X			
R10	X	X	X		

Tabulka č. 10 - Prostředky klienta pro komunikaci

Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastějším hudebním prostředkem uživatelů pro komunikaci je použití těla, hlasu a hudebních nástrojů. Uživatelé se projevují pokyvováním hlavy, pohybem horních a dolních končetin, případným očním kontaktem, a to i v případě imobilních uživatelů. Vše je závislé na zdravotním stavu uživatelů. Skoro všechna zařízení se shodla, že hudební nástroje jsou využity nejméně. Pouze jedno zařízení zmínilo kompenzační pomůcky.

U této otázky není shledán žádný rozdíl. Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou uvádějí shodně projevy klientů, a to prostřednictvím těla, hlasu a hudebních nástrojů.

**Otázka č. 10 - Jste spokojená se současným fungováním muzikoterapie? Případně napadá Vás nějaký způsob, jak provádění muzikoterapie zlepšit?**

Respondent	Spokojenost	Spokojenost, ale pořád je co zlepšovat	Nespokojenost
R1	X		
R2	X		
R3	X		
R4		X	
R5	X		
R6	X		
R7	X		
R8	X		
R9		X	
R10	X		

Tabulka č. 11 - Spokojenost s muzikoterapií

Všechna zařízení jsou spokojena se současným fungováním muzikoterapie a hudebních aktivit. Nabídku hudebních aktivit považují za pestrou, uživatelé se zajímají, kdy bude následovat další aktivita a těší se na ni. Aktivizační pracovníci přinášejí nové nápady, které ve spolupráci se sociální pracovníci doladují. Muzikoterapie má u uživatelů velký úspěch, neboť velice rádi zpívají. Všichni respondenti se shodují, že muzikoterapie i hudební aktivity mají pozitivní vliv na uživatele, neboť podle R10 je „*hudba součástí života obyvatel domova – těch, kteří se této aktivity rádi účastní*“. R4 uvedla, že jsou spokojeni, „*ale neustále narážíme na problém se současnými prostory. Máme pouze jeden výtah, takže trvá, než všechny klienty dopravíme do místnosti na aktivitu. Dále záchody máme v patře, což pro některé klienty představuje problém a stává se, že díky tomu účast na aktivitě odmítnou. Chystá se nový projekt na rekonstrukci domova. Termín realizace zatím není upřesněn.*“

Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou jsou spokojena se současnou muzikoterapií či hudební aktivitou. Pouze jedno zařízení s malou kapacitou a jedno zařízení s velkou kapacitou vnímají, že je pořád co zlepšovat.

## OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE KE CANISTERAPII

### Otázka č. 11 - Jak často do domova dochází canisterapeut se psem?

Respondent	Denně	1 x týdně	1 x za 14 dní	1 x za měsíc	Neprobíhá	Jiné
R1				X		
R2				X		
R3		X				
R4					X	
R5	X		X			
R6		X				
R7		X				
R8			X			
R9			X			
R10						X

Tabulka č. 12 - Četnost návštěv canisterapeuta se psem

Jak můžeme vidět četnost canisterapie je různá. Tři zařízení nabízejí uživatelům canisterapii týdně, dvě zařízení jednou za měsíc. Jedno zařízení umožňuje kontakt se psem denně, tři zařízení jednou za 14 dní. V jednom zařízení canisterapie vůbec neprobíhá. R4 uvedla, že canisterapie neprobíhá už zhruba rok. Předtím k nim docházela canisterapeutka se psem a obcházeli spolu postupně pokoje. Ze zdravotních důvodů psa byla canisterapie přerušena a čekalo se, co bude dál. Bohužel už nebylo možné ve spolupráci pokračovat. R10 se svěřila s tím, že o návštěvy s pejskem se stará jejich zaměstnankyně, která o kurzu „Canisterapie“ uvažuje.

Zařízení s malou kapacitou umožňují návštěvu canisterapeuta se psem oproti zařízením se střední kapacitou a zařízením s velkou kapacitou jednou za měsíc. Žádný další rozdíl v této otázce není patrný.



**Otázka č. 12 - Probíhá canisterapie spíše individuálně, skupinově, nebo je to nastejno?  
Čím je to ovlivněno?**

Respondent	Individuální canisterapie	Skupinová canisterapie	Canisterapie neprobíhá	Jiné
R1	X	X		
R2	X	X		
R3	X			
R4			X	
R5	X	X		
R6	X	X		
R7	X	X		
R8	X	X		
R9		X		
R10				X

Tabulka č. 13 - Forma canisterapie

V sedmi zařízeních probíhají obě formy. Jedno zařízení umožňuje pouze individuální formu a jedno naopak pouze formu skupinovou. R1, R2, R8 a R10 shodně uvedly, že v dopoledních hodinách probíhá skupinová canisterapie a v odpoledních hodinách obchází canisterapeut se psem individuálně uživatele. R3 a R6 sdělili, že ze zdravotních důvodů umožňují pouze individuální formu canisterapie a naopak v případě R9 uskutečňují jen skupinovou formu canisterapie. R6 zároveň dodala, že skupinová canisterapie probíhá zároveň při společném cvičení. R5 uvedla, že jejich pes je celé dopoledne v rehabilitační místnosti, kde se s uživateli setkává, pomáhá jim se svlékáním, pomazlí se s nimi a dělá jim společníka. Odpoledne chodí pracovník se psem individuálně po pokojích a jednou za 2 týdny dělají skupinovou canisterapii. R7 sdělila, že canisterapeutka docházející z kraje týdne provádí skupinovou terapii v jedné části oddělení, kde jsou uživatelé schopni se dopravit vlastními silami do společenské místnosti nebo jsou tam personálem přemístěni na vozíku. Druhá canisterapeutka docházející ke konci týdne vykonává individuální návštěvy na pokojích uživatelů z druhé části oddělení, kteří jsou vesměs imobilní a nejsou schopni se účastnit skupinových aktivit.

Poskytování skupinové nebo individuální formy canisterapie v zařízeních s malou kapacitou, v zařízeních se střední kapacitou a v zařízeních s velkou kapacitou probíhá přibližně nastejno.

**Otázka č. 13 - Navštěvuje domov stálý canisterapeut se psem, nebo je jich více, případně se střídají?**

Respondent	Stálý canisterapeut se psem	Stálý canisterapeut a psi se střídají	Canisterapie neprobíhá	Jiné
R1		X		
R2		X		
R3	X			
R4			X	
R5	X			
R6	X			
R7	X			
R8	X			
R9		X		
R10				X

Tabulka č. 14 - Návštěvy canisterapeuta se psem

Pět zařízení navštěvuje stálý canisterapeut se psem. Do třech zařízení dochází stálý canisterapeut, ale psy střídá. V jednom zařízení canisterapie neprobíhá a v jednom zařízení umožňují vstup psa k uživatelům bez canisterapeutických zkoušek. R1 a R9 sdělily, že canisterapii provádí canisterapeutický tým pod záštitou canisterapeutického sdružení. R5 uvedla, že mají svého vlastního psa, kterého jim vycvičila společnost pomocné tlapky. Uskutečnili na něj sbírku a získali i nějaké sponzorské dary. O psa se stará aktivizační pracovnice, která si ho bere domů. Při rozhovoru byla zjišťováno i plemeno psa. Oslovená zařízení nejčastěji navštěvuje pes plemena zlatého retrívra, labradorského retrívra, samojeda, borber kolie a různí kříženci. Zajímavé bylo zjištění, že canisterapii provádí plemeno psa pitbula a dobrmana.

Dvě zařízení s malou kapacitou a jedno zařízení s velkou kapacitou navštěvuje canisterapeut a střídá psy. Jinak ve zbylém zařízení s malou kapacitou, obě zařízení se střední kapacitou a dvě zařízení s velkou kapacitou navštěvuje stálý canisterapeut se psem.

### Otázka č. 14 - Jakým způsobem hledáte vhodného canisterapeuta se psem?

Respondent	Na doporučení	Sami se nabízejí	Dlouholetá zkušenost	Canisterapie neprobíhá	Jiné
R1			X		
R2		X			
R3	X				
R4				X	
R5	X				
R6	X				
R7		X			
R8	X	X			
R9			X		
R10					X

Tabulka č. 15 - Vhodný canisterapeut

Zařízení nejčastěji získají canisterapeuta se psem na základě doporučení od jiných zařízení, nebo od pracovníků domova. Dále se canisterapeuti sami hlásí a terapii zařízením nabízejí. Dvě zařízení sdělila, že mají dlouholetou zkušenost se sdružením poskytujícím canisterapii. Jedná se o respondenta R1, kterému zajišťuje terapii sdružení Kamarád a dále o respondenta R9, který bohužel název sdružení neuvedl. R5 uvedl, že mají svého vlastního psa, kterého jim vycvičilo sdružení pomocné tlapy. Sdružení pomocné tlapy jim bylo doporučeno. R6 se zmínil, že canisterapeut musí být slušný, empatický a musí vědět, co si pejsek může dovolit.

Zařízení s malou kapacitou a zařízení s velkou kapacitou získala současného canisterapeuta na základě doporučení, dlouholeté zkušenosti nebo se jim sami canisterapeuti nabídli. Zařízení se střední kapacitou navázala spolupráci s canisterapeutem a jeho psem na základě doporučení.

### Otázka č. 15 - Zaznamenáváte nějakým způsobem canisterapii?

Respondent	Cygnus 2	Jiné	Canisterapie neprobíhá
R1	X		
R2	X		
R3	X	X	
R4			X
R5	X		
R6		X	
R7	X		
R8		X	
R9	X		
R10		X	

Tabulka č. 16 - Zaznamenávání canisterapie

Canisterapie se v zařízeních zaznamenává stejným způsobem jako muzikoterapie. Jak již bylo popsáno celkem sedm zařízení zaznamenává průběh canisterapie do interního systému Cygnus 2. Tři zařízení zapisují aktivity ručně. R3 uvádí, že canisterapeuti mají k dispozici bloky, do kterých zaznamenávají reakce uživatelů. Sociální pracovníce poté záznamy přepíše do interního systému Cygnus 2. Zapisuje se účast uživatelů, jejich aktivity, projevy a zájem. Tyto záznamy se následně použijí k Individuálnímu plánování. Všechna zařízení se shodla na tom, že dopředu se vytipovávají uživatelé, které by měl canisterapeut se psem stihnout navštívit.

Ve způsobu zaznamenávání canisterapie se stejně jako u muzikoterapie neukazuje žádný rozdíl. Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou zaznamenávají canisterapii prostřednictvím interního systému Cygnus 2 nebo psanou formou do sešitů.

**Otázka č. 16 - V jakých prostorách canisterapie probíhá a proč tomu tak je?**

Respondent	Společenská místnost	Další místnosti	Pokoje uživatelů	Venkovní prostory	Canisterapie neprobíhá
R1	X	X	X		
R2	X	X	X		
R3	X	X			
R4					X
R5	X	X	X	X	
R6	X	X	X		
R7	X		X		
R8	X	X	X		
R9	X	X		X	
R10			X		

Tabulka č. 17 - Prostory pro průběh canisterapie

Z rozhovorů vyplynulo, že většina zařízení provádí canisterapii ve společenské místnosti, v dalších místnostech a v pokojích uživatelů. Společenskou místnost a další místnosti využívají ke skupinové canisterapii, na pokojích uživatelů se provádí individuální canisterapie. Některá zařízení uvedla, že za příznivého počasí probíhá canisterapie venku – na terase. R10 vnímá, že na pokojích si uživatel více pejska pohladí, užije si dotek se srstí.

Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou umožňují průběh canisterapie ve společenské místnosti, v dalších místnostech a na pokojích uživatelů. Jedno zařízení se střední kapacitou a jedno zařízení s velkou kapacitou provádí za příznivého počasí canisterapii ve venkovních prostorech.

### Otázka č. 17 - Vyhovuje Vám současný canisterapeut se psem?

Respondent	Spokojenost	Spokojenost, ale pořád je co zlepšovat	Jiné	Canisterapie neprobíhá
R1	X			
R2	X			
R3	X			
R4				X
R5	X			
R6	X			
R7	X			
R8	X			
R9		X		
R10			X	

Tabulka č. 18 - Spokojenost se současnou canisterapií

Většina zařízení vyjadřuje spokojenost s průběhem canisterapie. Někteří jsou až nadměru spokojeni. Současná canisterapie jim vyhovuje. Canisterapie je uživateli velmi oblíbená a mají od nich pozitivní zpětnou vazbu. R8 vyjádřila, že na uživatelích je vidět, že jsou spokojení, někteří uživatelé dokonce i pláčou. R3 sdělila, že za průběh canisterapie jsou rádi. Psi jsou přívětiví, spolupráce a domluva je s jejich „páníčky fajn“. Domlouvají novou canisterapeutku a byli by rádi, aby se to ustálilo. R4 a R10 uvádějí, že hledají vhodného canisterapeuta se psem, který bude mít potřebné zkoušky.

Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou jsou spokojena se současným průběhem canisterapie. Jedno zařízení s velkou kapacitou vnímá určitou spokojenost v rámci možností.

## OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE K ERGOTERAPII

**Otázka č. 18 - V ergoterapii rozlišujeme formu primární (zahrnuje každodenní běžné činnosti – oblékání, apod.), pracovní (práce, studium), herní (kulturní aktivity, záliby) a rekreační (cvičení, společenské události). Kterou z těchto forem v domově využíváte nejvíce a jakým způsobem?**

Respondent	Primární	Pracovní	Herní	Rekreační
R1	X	X		X
R2	X	X	X	X
R3	X	X	X	X
R4	X	X		
R5	X	X	X	
R6	X		X	X
R7	X	X	X	X
R8	X	X	X	X
R9	X		X	X
R10	X			X

Tabulka č. 19 - Formy činnosti ergoterapie

Všechna zařízení shodně uvedla, že ergoterapii neprovádí, protože nemá vzdělaného pracovníka v této oblasti. V každém zařízení jsou poskytovány činnosti, které lze zahrnout pod činnosti ergoterapie. Pro respondenty byla tato otázka těžká na zodpovězení, neboť sami zpočátku nevěděli, co pod jednotlivé formy zahrnout. Ve všech zařízeních se poskytuje primární forma. Ostatní formy jsou ve většině zařízení též poskytovány. Primární forma ergoterapie je zajišťována uživatelům každý den, a to formou podpory pečujícího personálu v úkonech běžné denní sebe péče (ranní hygiena, schopnost se najíst bez pomoci jiné osoby, oblékání, přesun z lůžka na vozík nebo do křesla, docházka na toaletu či přesouvání na WC mísu, nácvik chůze, schopnost vykonat velkou hygienu, apod.). Do pracovní formy ergoterapie respondenti zahrnovali tvoření ve výtvarných dílnách, které fungují ve většině na principu manufaktury. Dále pak vaření, pečení, údržbu nábytku, prostírání stolu, žehlení, skládání prádla (většinou skládání ubrousků a ponožek) a práce na zahrádce. K herní formě ergoterapie respondenti přiřazovali kognitivní sady, bingo, různé kvízy, šachy, výtvarné dovednosti, filmový klub, pétanque, sportovní den a návštěvu např. dětí ze Základní umělecké školy. A nakonec do rekreační formy ergoterapie zahrnovali respondenti cvičení (s míči, šátky, pěnovými válci), ostatní aktivity či události pořádané v zařízení (grilování, výlety, divadlo).

U této otázky nejsou vidět žádné zásadní rozdíly ve velikosti zařízení. Primární formu ergoterapie provádějí zařízení bez ohledu na jejich velikost a ostatní formy se objevují ve většině z nich.

**Otázka č. 19 - V publikaci autoři dělí ergoterapii do čtyřech oblastí dle jejich zaměření, a to se zaměřením na postiženou oblast (cílem je cvičit a trénovat postiženou oblast, kdy se vyžaduje aktivní zapojení klienta), na nácvik soběstačnosti, na předpracovní rehabilitaci (pomáhá jedinci se zdravotními problémy zařadit se do pracovního procesu), na naplnění volného času a celkovému zlepšení fyzické kondice. Zaměřujete se na všechny oblasti? Jak klienty v jednotlivých oblastech podporujete?**

Respondent	Zaměření na postiženou oblast	Zaměření na nácvik soběstačnosti	Zaměření na předpracovní rehabilitaci	Zaměření na naplnění volného času	Zaměření na celkové zlepšení fyzické kondice
R1	X	X		X	X
R2		X		X	X
R3	X	X		X	
R4	X	X		X	
R5		X		X	X
R6	X	X		X	X
R7	X	X		X	X
R8	X	X		X	X
R9		X		X	X
R10		X		X	X

Tabulka č. 20 - Zaměření ergoterapie

Všechna zařízení se v činnostech zaměřují na nácvik soběstačnosti (probíhá každý den a zajišťují ho pracovníci v sociálních službách) a na naplnění volného času (zajišťuje aktivizační pracovník). R2 uvádí, že se hodně zaměřují na nácvik soběstačnosti, protože mají zařízení rozčleněno na domácnosti a podporují uživatele, aby se v rámci svých zdravotních schopností starali o svou domácnost. R4 vyjádřila, že oblast soběstačnosti plní stále, protože usilují o to, aby si uživatelé udělali co nejvíce, pokud to zvládají. V oblasti zaměřené na naplnění volného času uživatelů všechna zařízení pravidelně nabízejí uživatelům různé aktivity a je jen na nich, zdali se jich zúčastní. Většina zařízení svou činnost zaměřuje i na celkové zlepšení fyzické kondice (zajišťuje aktivizační pracovník). R2 uvedla, že mají k dispozici fitness centrum, které obsluhují dva pracovníci. Pracovníci si sami do fitness centra vodí uživatele a pracují s nimi. Mají speciálně posilovací stroje přizpůsobené pro tuto



cílovou skupinu. K imobilním klientům dochází pracovníci k lůžku. Pouze některá zařízení své činnosti směřují na postiženou oblast (většinou zajišťuje rehabilitační pracovník, nebo fyzioterapeut), která je zaměřena převážně na trénink jemné a hrubé motoriky. R7 se pochlubila, že mají k dispozici interaktivní tabuli (za pomoci aktivizační pracovnice uživatelé trénují jemnou motoriku a zapojují aktivně mysl, trénují paměť pomocí různých her, programů), dále používají drobné pomůcky k trénování jemné motoriky u uživatelů s ochrnutím (např. trénink jemné motoriky ruky u uživatele s obrnou).

Stejně tak jako u předchozí otázky se ani v tomto případě neukazují žádné velké rozdíly vlivem velikosti zařízení. Ergoterapii zaměřenou na soběstačnost a na naplnění volného času aplikují všechna zařízení. Na postiženou oblast a celkové fyzické zlepšení se ve svých činnostech zaměřuje většina zařízení.

**Otázka č. 20 - Kdo z pracovníků ergoterapie provádí? Vzdělává se v této oblasti nějakým způsobem?**

Respondent	Aktivizační pracovník	Pracovník v sociálních službách	Rehabilitační pracovník	Jiné
R1	X			
R2	X		X	
R3				X
R4	X	X		
R5	X		X	
R6	X	X		
R7	X	X		
R8	X	X		
R9		X		
R10	X			

Tabulka č. 21 - Pracovník provádějící ergoterapii

Žádné zařízení nemá pracovníka vzdělaného v oblasti ergoterapie (ergoterapeuta). Z rozhovorů vyplynulo, že tuto funkci zastávají skoro ve všech zařízeních aktivizační pracovníci. Ve čtyřech zařízeních aktivizačním pracovníkům dopomáhají pracovníci přímé péče a ve dvou zařízeních rehabilitační pracovníci. R9 uvedlo, že činnosti ergoterapie provádějí pracovníci v sociálních službách, a to každý svým dílem - část z přímé péče, část v rámci aktivizačních programů, část v rámci ošetrovatelské rehabilitace. R3 naopak rozděluje pracovníky plnící činnosti ergoterapie do dvou kategorií - Pracovnice individuální terapie, která podporuje soběstačnost klientů, pomáhá jim zachovávat jejich rituály, podpora jemné motoriky (běžné denní činnosti - skládání ručníků..) a hrubé motoriky (nácvik chůze) a dále Instruktora sociální péče, který zajišťuje společenské akce (kinokavárna, silvestr..).

V případě vzdělávání těchto pracovníků, všechna zařízení umožňují pracovníkům různé kurzy, školení a semináře. Snaží se vyjít pracovníkům vstříc tím, že si může sám zvolit školení, které ho zajímá a může v práci posunout dál. Někteří zařízení uvedla, že jejich pracovník má školení v oblasti ergoterapie.

Aktivizační pracovník a pracovník přímé péče provádí činnosti ergoterapie jak v zařízeních s malou kapacitou, v zařízeních se střední kapacitou, tak i v zařízeních s velkou kapacitou. Jen rehabilitační pracovník se vyskytuje u jednoho zařízení s malou kapacitou a u jednoho zařízení se střední kapacitou.

**Otázka č. 21 - Jakým způsobem vedete záznamy vztahující se k ergoterapii u klientů?**

Respondent	Cygnus 2	Jiné
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4		X
R5	X	
R6		X
R7	X	
R8		X
R9	X	
R10		X

Tabulka č. 22 - Zaznamenávání ergoterapie

Šest respondentů uvedlo, že veškeré záznamy o uživateli zaznamenávají do interního systému Cygnus 2. Čtyři respondenti naopak sdělili, že záznamy zapisují do sešitů či knih aktivit. Záznamy v Cygnusu 2 a v sešitech jsou pak použity do Individuálních plánů uživatelů.

Ergoterapie je stejně jako muzikoterapie a canisterapie zaznamenávána shodným způsobem. Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou sepisují záznamy do interního systému Cygnus 2 nebo do sešitů psanou formou.

**Otázka č. 22 - Jak vnímáte ergoterapii v domově? Jste s průběhem spokojena?  
Případně plánujete nějaké změny?**

Respondent	Spokojenost	Spokojenost, ale něco nám chybí	Nespokojenost
R1	X		
R2		X	
R3	X		
R4	X		
R5	X		
R6	X		
R7	X		
R8	X		
R9	X		
R10	X		

Tabulka č. 23 - Spokojenost s průběhem ergoterapie

Většina zařízení vnímá činnosti ergoterapie pozitivně, s průběhem jsou spokojeni a nic by neměnili. Uživatelé chtějí pomáhat, sami se nabízejí a jsou rádi, když mohou pomoci, být užiteční. To jim podle R4 dělá největší radost. R2 sdělila, že jediné, co je trápí, je nedostatek pečovatelek. Za pečovatelky bohužel musí zaskakovat aktivizační pracovníce.

Zařízení s malou kapacitou, zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou vyjadřují spokojenost se současným průběhem ergoterapie. Jedno zařízení s malou kapacitou je sice spokojené, ale naráží na problém nedostatku personálu.

## ZÁVĚREČNÁ OTÁZKA

### Otázka č. 23 - Probíhá ve vašem zařízení nějaká jiná terapie?

Respondent	Bazální stimulace	Zooterapie	Aromaterapie	Reminiscenční terapie	Snoezelen	Jiné	Nic dalšího
R1						X	
R2			X	X			
R3	X	X	X	X	X		
R4							X
R5	X				X		
R6		X				X	
R7		X					
R8							X
R9					X		
R10		X		X			

Tabulka č. 24 - Jiné terapie v zařízeních

Ve čtyřech zařízeních se využívá zooterapie za pomoci králíka a koček. R6 se pochlubila chovem afrických šneků, o které se v rámci zooterapie starají klienti. R10 zmínila, že mají v zařízení dvě andulky, akvárium s rybičkami a dvě vodní želvy. Ve třech zařízeních se uplatňuje reminiscenční terapie a relaxační místnost snoezelen. Dvě zařízení provádějí bazální stimulaci a aromaterapii. Dvě zařízení neposkytují žádnou další terapii. R1 uvedl, že pracují na rozvoji koncepce smyslové aktivizace. R6 sdělil, že začínají aplikovat vzdělávací cyklus „Psychobiologický model péče podle ERWINA BÖHMA“.

V porovnání zařízení podle velikosti vyšel najevo nepatrný rozdíl v tom, že zařízení s malou kapacitou nabízejí více další terapie než zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou. Co se týče zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou, ti poskytují jiné terapie ve stejném počtu.

Prostřednictvím rozhovoru bylo zjišťováno, jakým způsobem jsou jednotlivé terapie v zařízeních prováděny. Výzkum byl zaměřen na sociální službu domov pro seniory, kdy výběrem výzkumného vzorku vzešlo celkem 13 zařízení v Pardubickém kraji. Všech 13 zařízení bylo osloveno a rozhovor proběhl v 10 zařízeních. Za každé zařízení odpovídal jeden respondent a jednalo se většinou o sociálního pracovníka.

## Část B – Anketa s uživateli

Tři zařízení neumožnila uskutečnění ankety s uživateli. Jednotlivé odpovědi byly zaneseny pro větší přehled do tabulek a rozděleny podle terapií. Anketa byla zaměřena pouze na muzikoterapii a canisterapii, neboť činnosti ergoterapie jsou natolik rozsáhlé, že by nemusel uživatel rozumět konkrétní otázce. Pro odlišení budou jednotliví uživatelé značeni pod zkratkou U1 – U10.

### Muzikoterapie

#### Popis jednotlivých uživatelů:

U1 – žena, věk 76 let, orientovaná, pohybuje se na vozíku

U3 – žena, věk 86 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle

U4 – muž, věk 76 let, orientovaný, imobilní (po operaci obou dolních končetin) a nevidomý

U6 – muž, věk 96 let, orientovaný, pohybuje se s pomocí francouzské berle

U7 – žena, věk 82 let, orientovaná, pohybuje se na vozíku

U9 – žena, věk 93 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle

U10 – žena, věk 86 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle

	Máte ráda hudbu?	Jakou hudbu posloucháte?	Co se vám na hodině nejvíc líbí?	Využíváte při hudební aktivitě nějaké nástroje?	Cítíte se po hodině lépe?	Jsou pro vás hudební aktivity přínosné?
U1	😊	všechno	hudba	😞	😊	😊
U2						
U3	😊	zpěv, Šlágr	písničky	😞	😊	😊
U4	😊	všechno	že zpíváme	😊	😊	😊
U5						
U6	😊	národní písně	že zpíváme	😞	😊	😊
U7	😊	vážná hudba, lidové písně	relax, poslech hudby	😞	😊	😊
U8						
U9	😊	dechová hudba, moderní hudba	že zpíváme	😞	😊	😊
U10	😊	dechová hudba, rádio	že zpíváme	😞	😊	😊

Tabulka č. 25 - Anketa s uživateli o muzikoterapii

Všichni uživatelé uvedli, že mají rádi hudbu. Nejvíce se jim líbí, když si můžou zazpívat. Žádné nástroje při aktivitách nevyužívají, kromě R4, která sdělila, že používají bubínky a další různé jednoduché nástroje. Všichni uživatelé se po hudební aktivitě cítí lépe a vnímají, že je pro ně hudební aktivita přínosná. Pro lepší pochopení postojů uživatelů jsou níže uvedena jejich vyjádření týkající se jejich pocitů a přínosu těchto aktivit hudbou.

- U1 – Pocit: „Ano, drží mě to při životě.“  
Přínos: „Zlepšení nálady, ráda vzpomínám na manžela, hrál na harmoniku. Zapomínám tím na samotu.“
- U3 - Pocit: „Ano, vždycky mám lepší náladu.“  
Přínos: „Ano, vždycky mě to potěší a přijdu na jiné myšlenky.“
- U4 - Pocit: „Ano cítím se lépe.“  
Přínos: „Přínosné jsou, na pokoji by mně to bylo dlouhé, mám lepší náladu.“
- U6 – Pocit: „Určitě. Kdyby to bylo častější, byl bych moc spokojen.“  
Přínos: „Rozhodně!“
- U7 – Pocit: „Po hodině muzikoterapie se cítím příjemně, uvolněně.“  
Přínos: „Hodiny muzikoterapie jsou pro mě velmi přínosné.“
- U9 – Pocit: „Účastním se pravidelně a je mi vždy pak ještě líp.“  
Přínos: „Určitě jsou přínosné.“
- U10 - Pocit: „To víte, že jo, čas úplně jinak utíká, pobavíme se, zavzpomínám na mládí.“,  
Přínos: „Jistě, kdyby mě to nebavilo, tak tam nechodím.“

## Canisterapie

### Popis jednotlivých uživatelů:

- U1 – žena, věk 76 let, orientovaná, pohybuje se na vozíku  
U3 – žena, věk 87 let, orientovaná, pohybuje se na vozíku  
U6 – muž, věk 82 let, orientovaný, pohybuje se samostatně  
U7 – žena, věk 87 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle  
U9 – žena, věk 93 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle  
U10 – žena, věk 86 let, orientovaná, pohybuje se s pomocí francouzské berle

	Těšíte se na návštěvu psa?	Jak se v přítomnosti psa cítíte?	Co vám kontakt se psem přináší?
U1	😊	😊	pomazlení
U2			
U3	😊	😊	přijdu na jiné myšlenky
U4			
U5			
U6	😊	😊	kontakt se živým tvorem, můžu se pomazlit
U7	😊	😊	přináší mi potěšení
U8			
U9	😊	😊	Radost, hezké vzpomínky..
U10	😊	😊	hezký pocit

Tabulka č. 26 - Anketa s uživateli o canisterapii

Návštěvy psa měly velké ohlasy. Všichni uživatelé se na psa velmi těší a v jeho přítomnosti se cítí dobře. Kontakt psa jim přináší pomazlení, potěšení, radost,

hezké vzpomínky, hezký pocit a v jeho přítomnosti přijdou na jiné myšlenky. Jednotlivá vyjádření uživatelů týkající se pocitů v přítomnosti psa a přínosu canisterapie jsou uvedeny níže.

- U1 – Pocit: „*Hrozně dobře! Mám ráda zvířata.*“  
Přínos: „*Pomazlení, ráda jí házím míček, ona mi ho nosí a já jí pak můžu dát za odměnu pamlsek.*“
- U3 - Pocit: „*Dobře, můžu si ho pohladit a můžu na něj mluvit.*“  
Přínos: „*Dělá mi radost s ním být a přijdu na jiné myšlenky.*“
- U6 – Pocit: „*Cítím se dobře, je to pro mě takové zpestření dne.*“  
Přínos: „*Mám kontakt se živým tvorem, můžu se pomazlit a jsem za to rád.*“
- U7 – Pocit: „*Cítím se při canisterapii dobře, ráda se na něj dívám, pozoruji jeho chování, hladím jeho srst. Je to milé přítulné zvíře, skoro promluvit.*“  
Přínos: „*Kontakt se psem mi přináší potěšení, mám ráda zvířata, psa jsme měli doma, když jsem byla malá a také jsem měla doma pejska jako dospělá, ale již zemřel.*“
- U9 – Pocit: „*V přítomnosti psa je mi vždy moc dobře.*“  
Přínos: „*Radost, hezké vzpomínky...*“
- U10 - Pocit: „*Dobře, je hodný a moc pěkný.*“  
Přínos: „*Hezký pocit. Mám zvířátka ráda.*“

Anketa směřovala k uživatelům sociální služby a sloužila k získání jejich pohledů jakožto účastníků muzikoterapie a canisterapie. U muzikoterapie zodpovědělo anketu 7 uživatelů a u canisterapie 6 uživatelů.



## Část C – Rozhovor s canisterapeutkou

Doplňující rozhovor poskytla canisterapeutka Šárka Lelková, která má psa Amerického kokršpaněla Bolta. O canisterapii se dozvěděla z odborných časopisů, ale moc jí to nelákalo. Zalíbily se jí Agility, a proto si pořídila Boltíka. Ovšem Boltíkovi moc agility nešly, a tak hledala jiný způsob uplatnění. Vzhledem k tomu, že Boltík je velmi přátelský, doporučila jí její trenérka canisterapii. Canisterapii provádí od roku 2005 a pravidelně dochází do zdravotnického zařízení a do zařízení sociálních služeb. Zaměřuje se převážně na seniory. Již dvakrát prošla canisterapeutickými zkouškami, jednou u organizace AURACANIS a jednou u organizace Psí srdce.

### Otázky

- 1. „Z rozhovoru vyplynulo, že v zařízeních nejčastěji probíhá canisterapie jednou týdně, jednou za 14 dní a jednou za měsíc. Jak to je u Vás? Případně čím je to ovlivněno?“**

*„Dříve to bylo každý týden, ale nyní už je to jen jednou za 3 týdny. Tím, jak už je Bolt starší, tak se mu snažím dopřát více odpočinku, protože s přibývajícím věkem odslouženými léty přibývají i negativní zážitky, které ten pes musí psychicky před klientem ustát.“*

- 2. „Canisterapie lze provádět individuální nebo skupinovou formou. Ve většině zařízeních provádějí obě formy. Jakou zkušenost máte vy a proč tomu tak je?“**

*„Já mám zkušenost, že mi skupinovou formu zařízení neumožňují, protože by museli pracovníci zařízení převést klienty na jedno místo, což je u seniorů náročné. Dále by museli třídit klienty podle fyzických schopností a psychického stavu, a to pracovníci zařízení odmítají.“*

- 3. „Oslovená zařízení uvedla, že k nim dochází stálý canisterapeut. Jak to je u Vás? Provádíte canisterapii pouze v jednom zařízení, nebo ve více?“**

*„Docházím do jednoho zařízení pravidelně a umožňuji i jednorázové akce pro zařízení různého typu. Jedná se spíše o akce osvětové činnosti, kde v rámci doprovodného programu učím veřejnost, jak přistupovat k psu tak, aby nedošlo ke konfliktním situacím. Nejsem jediná, kdo do zařízení dochází, střídám se s jednou starší paní, která má psa bostonského teriéra.“*

4. **„Z rozhovorů vyplynulo, že spolupráci s canisterapeutem a psem zařízení většinou navazují na základě doporučení, a nebo se canisterapeut nabídne sám. Jakým způsobem jste navázala se zařízením spolupráci? “**

*„Zařízení dostalo na mou práci kladné reference, a tak mě kontaktovali a nabídli mi spolupráci. Ve stejném duchu probíhají i jednorázové akce, kdy zařízení mě sama oslovují. Canisterapeutů je strašně málo a často z důvodu rychlého psychického vyčerpání zejména psů.“*

5. **„Zaznamenáváte nějakým způsobem průběh canisterapie?“**

*„Z jednotlivých návštěv píšu souhrnné hodnocení, kde popisuji průběh a reakce jednotlivých klientů. Záznam tvořím doma po návštěvě zařízení.“*

6. **„Většina oslovených zařízení provádí canisterapii ve společenské místnosti, v dalších místnostech a v pokojích uživatelů. V jakých prostorách Vám zařízení umožňují provádět canisterapii?“**

*„Na pokojích, na chodbách a ve společenských místnostech na oddělení.“*

7. **„Jste spokojena s tím, jak to funguje?“**

*„S přístupem zařízení jsem velice spokojená, chtěla bych jim poděkovat, že se mi snaží vyjít vstříc vzhledem k mým časovým možnostem. Jsem ráda, že mi vždy vyčlení jednoho pracovníka z daného oddělení, který klienty zná a obchází se mnou jednotlivé klienty.“*

8. **„Vnímáte, že canisterapie má nějaký přínos pro seniory? Pokud ano, tak jaký?“**

*„Já si myslím, že ano, je to takové rozveselení, cílem je přinést elán, lásku, takovou pozitivní atmosféru nejen klientům, ale i pracovníkům. Vnímám, že jsou klienti po návštěvě více komunikativnější, mají více elánu do života, mají snahu se družít a hlavně je to téma, o kterém si mohou povídat i mezi sebou. Je to pro klienty velký emotivní a interaktivní zážitek, na který pak rádi vzpomínají a vypráví to pracovníkům a rodinám.“*

Cílem rozhovoru s canisterapeutkou bylo doplnit, potvrdit, či vyvrátit zjištěné informace o probíhající canisterapii v zařízeních získaných od respondentů. Rozhovor se Šárkou trval 20 minut.

## 6.7 Interpretace výzkumu

V rámci výzkumného šetření jsme zjišťovali, jakým způsobem oslovená zařízení přistupují k provádění terapií při práci s uživateli. Jednotlivé výzkumné otázky a dílčí cíle vztahující se k hlavnímu cíli jsou postupně vyhodnoceny níže.

### a) Vyhodnocení výzkumných otázek

**Výzkumná otázka č. 1** zjišťovala, jak probíhá muzikoterapie v oslovených zařízeních.

V úvodní otázce bylo zjištěno, že muzikoterapie pod vedením školeného pracovníka je uskutečňována pouze ve čtyřech zařízeních. V ostatních nějakým způsobem s hudbou pracují, a to jako různá posezení s hudbou nebo hudební aktivitu (dále bude uváděna jen hudební aktivita). Muzikoterapie nebo hudební aktivita nejvíce probíhá jednou týdně, dvakrát týdně, anebo jednou za 14 dní. Co se týče osoby, která provádí muzikoterapii, tak se vždy jedná o školeného externího pracovníka neboli muzikoterapeuta. V ostatních případech uskutečňuje hudební aktivitu převážně aktivizační pracovník. Jsou zařízení, která externě navštěvuje muzikoterapeut a zároveň hudební aktivity provádí i aktivizační pracovník. Muzikoterapie a hudební aktivita probíhá skupinově, a ve většině oslovených zařízení probíhá zároveň i individuální forma. Většina zařízení směřují konání muzikoterapie a hudební aktivity na dopolední a odpolední dobu. Dny a přesné časy muzikoterapie a hudebních aktivit se plánují prostřednictvím harmonogramu činností domova. Uživatelé účastníci se muzikoterapie nebo hudební aktivity vytvářejí a reprodukuji hudbu za pomoci zpěvu, těla (dupání, tleskání) a hudebních nástrojů. Z poskytnutých informací od respondentů můžeme říci, že jsme zjistili, jakým způsobem probíhá muzikoterapie.

**Výzkumná otázka č. 2** zjišťovala, jak probíhá canisterapie v oslovených zařízeních.

V úvodní otázce jsme se dozvěděli, že v jednom zařízení je v současné době žádný canisterapeut se psem nenavštěvuje a v dalším zařízení se občas vyskytuje pes, který nemá canisterapeutické zkoušky. Oslovená zařízení uvedla, že nejčastěji probíhá canisterapie jednou týdně, jednou za 14 dní a jednou za měsíc. Canisterapeutka Šárka potvrzuje, že dříve docházela do zařízení jednou týdně, ale nyní je to už jednou za 3 týdny. Důvodem je přibývajícím věkem psa a snahou dopřát mu více odpočinku. Canisterapie je prováděna skupinovou a individuální formou a většina zařízení obě formy kombinuje. Canisterapeutka

Šárka má naopak zkušenost, že jí zařízení umožňuje pouze individuální formu terapie. Pro zařízení je totiž náročné provést přesun všech klientů na jedno místo, a to z důvodu jejich psychického a zdravotního stavu. Do zařízení dochází stálý canisterapeut se psem a některá zařízení uvádějí, že mají též stálého canisterapeuta, ale psy střídá. Canisterapeutka Šárka též dochází pravidelně do jednoho zařízení, ale dodává, že se střídá ještě s jednou paní. Díky respondentům a canisterapeutce Šárce jsme se dozvěděli, jakým způsobem probíhá canisterapie.

### **Výzkumná otázka č. 3** zjišťovala, jak probíhá ergoterapie v oslovených zařízeních.

V žádném z oslovených zařízení neprobíhá ergoterapie pod vedením vzdělaného pracovníka v této oblasti. Ovšem všechna zařízení provádějí činnosti, které lze zahrnout pod činnosti ergoterapie. Činnosti ergoterapie provádí většinou aktivizační pracovník. Některé činnosti má na starosti pracovník v sociálních službách, rehabilitační pracovník nebo fyzioterapeut. Ve všech zařízeních zajišťují primární formu ergoterapie, která zahrnuje každodenní běžné činnosti. Většinou se jedná o podporu při ranních hygienách, oblékání, svlékání, přesuny z lůžka do křesla či na toaletu, kterou zajišťují pracovníci v sociálních službách. Pracovní, herní a rekreační forma ergoterapie je prováděna jen v některých zařízeních. Pracovní forma ergoterapie zapojuje uživatele do pracovních činností. Může jít o např. skládání ubrousků, ponožek, nebo o vytváření různých výrobků v rámci keramické nebo výtvarné dílny. Do herní formy ergoterapie zařízení zahrnovala kognitivní sady, běžné společenské stolní hry, petanque, výlety a vycházky. Pravidelná cvičení a ostatní větší aktivity přiřazovaly k rekreační formě ergoterapie. Všechna zařízení ve svých činnostech zaměřují ergoterapii na nácvik soběstačnosti a na naplnění volného času. Některá zařízení se u uživatele zaměřují i na postiženou oblast a na celkové zlepšení fyzické kondice. Jednotlivým činnostem ergoterapie se věnuje aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách anebo rehabilitační pracovník. Z výše uvedeného je zřejmé, že ergoterapie pod vzdělaným pracovníkem v zařízeních neprobíhá, ale dozvěděli jsme se, že ve všech zařízeních činnosti ergoterapie poskytují a jakým způsobem.

**Výzkumná otázka č. 4** zkoumala, jakými možnostmi pro realizaci muzikoterapie zařízení disponují.

Jak už bylo uvedeno ve výzkumném cíli č. 1, jen v některých zařízeních navštěvuje externě muzikoterapeut a ve většině z nich provádí hudební aktivity interní pracovník - aktivizační pracovník. Zařízení svým pracovníkům zajišťují školení a kurzy, které si mohou sami dle jejich potřeby a zájmu vybrat. Někteří pracovníci čerpají potřebné informace z knih, jiní ze svých hudebních zkušeností a hrstka z nich pracuje s hudbou, protože je to jednoduše baví. Muzikoterapii i hudební aktivity pracovníci zaznamenávají do interního systému Cygnus 2 nebo psanou formou do sešitů. Zaznamenává se účast uživatelů, jejich aktivitu, projevy a zájem. Skoro všichni aktivizační pracovníci si před jednotlivými hudebními aktivitami dělají písemné přípravy, které zahrnují hudební texty, kvízy a témata hudby. Muzikoterapie a hudební aktivita probíhá ve společenské místnosti nebo v jiných místnostech, které mají zařízení k dispozici. Z vybavení si muzikoterapeuti vozí své speciální nástroje. Aktivizační pracovníci využívají běžné hudební nástroje, a to nejčastěji kytaru, piano a elektrické klávesy. Všechna zařízení vlastní CD přehrávače využívané převážně k individuální formě hudební aktivity. Některá zařízení mají k dispozici běžné hudební nástroje - Orffův instrumentář (bubínek, triangel, činky, vajíčko), které zapůjčují uživatelům. Tyto nástroje se však tolik nevyužívají. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že zařízení pro realizaci muzikoterapie disponují potřebnými prostředky, a to pravidelným vzděláváním pracovníků, určitým způsobem vedení dokumentace, dostatečnými prostorami pro konání aktivity a potřebným vybavením.

**Výzkumná otázka č. 5** zkoumala, jakými možnostmi pro realizaci canisterapie zařízení disponují.

Většina zařízení svého canisterapeuta získala na základě doporučení od jiných zařízení, nebo od pracovníků domova. Někteří uvádějí, že se canisterapeuti sami nabídly a jiná zařízení dlouhodobě spolupracují se sdružením poskytující canisterapii. Canisterapeutka Šárka uvádí, že ji zařízení kontaktovalo samo, neboť na její činnost dostalo kladné reference. Pracovníci zařízení zaznamenávají canisterapii do interního systému Cygnus 2 nebo psanou formou do sešitů. Zaznamenává se účast uživatelů, jejich aktivita, projevy a zájem. Canisterapeutka Šárka po každé canisterapii sepisuje souhrnné hodnocení, kde popisuje průběh a reakce jednotlivých uživatelů. Canisterapie většinou probíhá ve společenské místnosti, v dalších místnostech a na pokojích uživatelů.

Společenskou místnost a další místnosti využívají ke skupinové canisterapii, na pokojích uživatelů se provádí individuální canisterapie. Některá zařízení za příznivého počasí umožňují canisterapii venku – na terase. Canisterapeutka Šárka potvrzuje, že i ona provádí canisterapii na pokojích, chodbách a ve společenských místnostech. Při zkoumání tohoto cíle jsme zjistili, že zařízení disponuje potřebnými prostředky pro provádění canisterapie. Jedná se o způsob zajišťování vhodného canisterapeuta se psem, způsob vytváření záznamů a dostatečnými prostorami pro konání canisterapie.

**Výzkumná otázka č. 6** zkoumala, jakými možnostmi pro realizaci ergoterapie zařízení disponují.

Všechna zařízení umožňují svým pracovníkům další vzdělávání, a to prostřednictvím různých kurzů, školení a seminářů. Konkrétní vzdělávací kurzy si pracovník vybírá sám. Pro pracovníky existuje vzdělávací kurz ergoterapie, kterým někteří pracovníci již prošli. Úkolem pracovníků je zaznamenávat veškeré činnosti ergoterapie, a to buď prostřednictvím interního systému Cygnus 2, anebo sešitů. Z výše uvedeného lze usoudit, že zařízení disponují potřebnými prostředky pro provádění činností ergoterapie, a to pravidelným vzděláváním pracovníků a určitým způsobem vedení dokumentace.

**Výzkumná otázka č. 7** zachycuje hodnocení pracovníků a uživatelů probíhající muzikoterapie a hudební aktivity.

Všichni zástupci oslovených zařízení vyjadřují spokojenost se současným průběhem muzikoterapie a hudební aktivity. Uživatelé se na hodiny těší, zapojují se a velmi rádi zpívají. Pracovníci vnímají, že mají tyto aktivity pozitivní vliv na uživatele. U uživatelů tyto aktivity mají velký úspěch, a proto je navštěvují v hojném počtu. Sami vnímají, že jsou tyto hodiny přínosné, neboť hudba v nich evokuje vzpomínky na šťastné chvíle (na mládí, zesnulého partnera), zlepšuje jim náladu a některé z nich hudba drží při životě. U tohoto cíle se podařilo zachytit vyjádření jak pracovníků oslovených zařízení, tak i jednotlivých uživatelů, která vyjadřují spokojenost.

**Výzkumná otázka č. 8** zachycuje hodnocení pracovníků a uživatelů probíhající canisterapie.

Většina oslovených zařízení je spokojena s canisterapií. Chválí si přístup canisterapeuta. Zařízení jsou ráda, že canisterapeuti se psem dochází, protože uživatelé mají

zvířata velmi rádi a na psa se vždy těší. Canisterapeutka Šárka si naopak chválí přístup zařízení, protože se jí snaží vyjít vstříc vzhledem k jejím časovým možnostem. V přítomnosti psa se uživatelé cítí dobře, protože si ho můžou pohladit a mluvit na něj. Všichni uživatelé považují návštěvy psa za přínosné. Pes jim dělá radost, přináší potěšení, pomazlení, hezké vzpomínky a pomáhá jim přijít na jiné myšlenky. Canisterapeutka Šárka vnímá přínos canisterapie v tom, že přináší do života seniorů určitý elán, lásku a navozuje pozitivní atmosféru na celém oddělení. Pro uživatele je to jakýsi náboj, který je povzbuzuje k větší komunikativnosti a ke snaze družít se. Je to pro ně velký emotivní zážitek, ke kterém se ve svých hovorech rádi vracejí. Z výše uvedeného je zřejmé, že jsou pracovníci i uživatelé spokojeni s canisterapií. Podařilo se zachytit vyjádření jednotlivých pracovníků a uživatelů z oslovených zařízení. Navíc je zde uveden názor canisterapeutky, který vyjadřuje též spokojenost.

**Výzkumná otázka č. 9** zachycuje hodnocení pracovníků probíhající ergoterapie.

Zástupci oslovených zařízení uvádějí, že prováděné činnosti ergoterapie fungují velmi dobře a žádné změny neplánují. Jsou spokojeni s tím, jak to funguje, a vzdělaného ergoterapeuta nepotřebují, neboť to vnímají tak, že by se nic moc nezměnilo. Uživatelé se rádi podílejí na činnostech ergoterapie, hlavně v pracovní oblasti. Sami se nabízejí a dělá jim radost, když mohou pomoci a být užiteční. Méně aktivní uživatele pracovníci motivují k činnostem. V tomto cíli se podařilo zachytit hodnocení pracovníků s průběhem činností ergoterapie. Ergoterapii sice neprovádí, ale s aktuálním průběhem aktivit a činností, které lze zahrnout pod ergoterapii, jsou velmi spokojeni a nic by neměnili.

**Výzkumná otázka č. 10** analyzovala, zdali je z hlediska kapacity zařízení rozdíl v poskytování terapií.

V porovnání probíhajících terapií z hlediska kapacity zařízení nebyl shledán žádný podstatný rozdíl.

### Muzikoterapie

Vyšla najevo shoda u zařízení s malou kapacitou a zařízení s velkou kapacitou, neboť se ve dvou zařízeních s malou kapacitou a ve dvou v zařízeních s velkou kapacitou provádí muzikoterapie pod školeným muzikoterapeutem. Dále se obě výše uvedené skupiny

více shodují v četnosti muzikoterapie a hudební aktivity, a nakonec i v hodnocení, kde vyjadřují sice spokojenost, ale s dovětkem, že je pořád co zlepšovat.

V zařízení s malou kapacitou a zařízení se střední kapacitou shodně poskytují individuální formu muzikoterapie a hudební aktivity. Obě skupiny provádějí muzikoterapii a hudební aktivitu v dopoledních i odpoledních hodinách.

Zařízení se střední kapacitou a zařízení s velkou kapacitou hudební aktivity a muzikoterapii na pokojích uživatelů neprovádějí. Z vybavení používají běžné i speciální nástroje.

### Canisterapie

Zde se objevuje shoda v tom, že zařízení s malou kapacitou a zařízení s velkou kapacitou získala současného canisterapeuta na základě doporučení, dlouholeté zkušenosti, nebo se jim sami canisterapeuti nabídli. Zařízení se střední kapacitou navázala spolupráci s canisterapeutem a jeho psem pouze na základě doporučení. Navíc zařízení s malou kapacitou umožňují návštěvu canisterapeuta se psem oproti zařízením se střední kapacitou a zařízením s velkou kapacitou jednou za měsíc.

### Ergoterapie

U ergoterapie se žádné rozdíly nevyskytují. Lze si jen povšimnout toho, že rehabilitační pracovník se vyskytuje u jednoho zařízení s malou kapacitou a u jednoho zařízení se střední kapacitou. V hodnocení spokojenosti je jedno zařízení s malou kapacitou sice spokojené, ale naráží na problém nedostatku personálu.

Z výše uvedeného jsme zjistili, že kapacita zařízení nemá žádný zásadní vliv ani nevykazuje žádné velké rozdíly v poskytování terapií.



## **b) Vyhodnocení dílčích cílů a hlavního cíle**

**Dílčí cíl č. 1** měl zjistit, jak často a jaký způsobem terapie v zařízeních probíhají.

Podařilo se nám popsat četnost a způsob provádění jednotlivých terapií. Zjistili jsme, že muzikoterapie pod školeným muzikoterapeutem probíhá jen ve 4 zařízeních, canisterapie pouze v 8 zařízeních a ergoterapie neprobíhá v žádném z oslovených zařízení. Všechna zařízení se snaží terapie nějakým způsobem provádět. Místo muzikoterapie zařízení uskutečňují různé hudební aktivity. U canisterapie jedno zařízení je v procesu hledání nového canisterapeuta a druhé umožňuje návštěvy psa bez canisterapeutických zkoušek. Ergoterapii sice žádné zařízení neposkytuje, za to všechna se snaží svým uživatelům dopřát určité aktivity a činnosti, které svou povahou lze zařadit do činností ergoterapie. V průměru terapie probíhají jednou týdně, jednou za 14 dní anebo jednou za měsíc. Terapie provádí buď externí pracovník (muzikoterapeut, canisterapeut) nebo interní pracovník (aktivizační pracovník, pracovník v sociálních službách, rehabilitační pracovník nebo fyzioterapeut). V některých zařízeních provádějí terapie externí pracovníci a interní pracovníci zároveň. Externí pracovníci, kteří navštěvují pravidelně zařízení, se nestřídají, jedná se o stálé pracovníky. Terapie se provádějí ve skupinové i v individuální formě a probíhají v dopoledních i odpoledních hodinách. Aktivity a činnosti prováděné v zařízeních se řídí harmonogramem aktivit. U muzikoterapie či hudebních aktivit se uživatelé zapojují a ve svých projevech se vyjadřují za pomoci zpěvu, těla (dupání, tleskání) a hudebních nástrojů. V činnostech ergoterapie je nejčastěji prováděna primární forma ergoterapie, zahrnující pomoc a podporu v každodenních běžných činnostech. Činnosti pracovní, herní a rekreační formy ergoterapie jsou prováděny jen v některých zařízeních.

**Dílčí cíl č. 2** zkoumal, jaké mají zařízení možnosti pro realizaci terapií.

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že všechna zařízení pro zajištění terapií disponují potřebnými prostory (společenské prostory, další prostory a pokoje uživatelů), vybavením, prostředky k vytváření záznamů průběhů terapií (interní program Cygnus 2 nebo sešity), potřebnými pracovníky (externí a interní pracovníci) a možnostmi pro další vzdělávání (školení, kurzy, literatura, předchozí zkušenosti).

**Dílčí cíl č. 3** se zaměřil na zjištění spokojenosti pracovníků a uživatelů s probíhajícími terapiemi.

Z vyjádření pracovníků a uživatelů vyplynulo, že jsou s probíhajícími terapiemi spokojeni. Uživatelé se v jednotlivých terapiích zapojují, těší se na ně, jsou pro ně přínosné, protože se po nich cítí lépe.

**Dílčí cíl č. 4** analyzoval, zdali má kapacita zařízení vliv na poskytování terapií.

Zjistili jsme, že kapacita zařízení nemá žádný zásadní vliv ani nevykazuje žádné velké rozdíly v poskytování terapií.

**Hlavní cíl** byl prostřednictvím dílčích cílů naplněn. Popsali jsme si způsob provádění terapií v oslovených zařízeních a možnosti zařízení pro jejich realizaci. Pracovníci a uživatelé vyjádřili s probíhajícími terapiemi spokojenost. Velikost zařízení nemá vliv na poskytování jednotlivých terapií.

## ZÁVĚR

V České republice dochází v populaci k postupnému zvyšování procenta seniorů, a proto je důležité začít věnovat více pozornosti oblasti péče o seniory. Pokud je jedinec schopný se v rámci svých možností sám o sebe postarat, může zůstat ve svém přirozeném prostředí – doma. Pokud tomu tak není, je nutné seniora umístit do pobytového zařízení sociálních služeb. V pobytových zařízeních tráví senioři veškerý svůj volný čas. Jsou to právě aktivity, které seniorům zaplňují volný čas, motivují a podporují je k dalším činnostem a zvyšují tak kvalitu jejich života.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak oslovená zařízení v Pardubickém kraji přistupují k provádění terapií při práci s uživateli a jak jsou uživatelé spokojeni s terapiemi. Výsledky výzkumného šetření jsou postupně prezentovány v předchozí kapitole. Hlavní i dílčí cíle byly naplněny.

Teoretická část byla věnována charakteristice volného času seniorů, aktivizačního programu, individuálního plánu, pracovníků zajišťujících aktivizační činnosti, vlivu a přínosu aktivit pro seniory a limitům seniorů vůči aktivitám. Podstatná část byla věnována terapiím, a to její obecné definice, dělení terapií a následně byly podrobně popsány vybrané terapie – muzikoterapie, canisterapie a ergoterapie. Popis jednotlivých terapií měl za úkol seznámit čtenáře s jejich historií, definicí, cíli, prostředky, formami a dělením, poukázal na léčebný proces ergoterapie a canisterapie, muzikoterapeutický vztah, osobnost zajišťující terapie, způsob vedení dokumentace a na provádění terapie u seniorů. Dále se zaměřila na základní vymezení sociálních služeb z hlediska zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, na jejich cíle, popis sociální služby domov pro seniory, způsob přijetí uživatele do zařízení, na popis zřizovatelů a poskytovatelů, na financování, registraci, na pracovníky působící v sociálních službách, na smlouvu o poskytování sociální služby, na způsob vedení dokumentace a na podstatu standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.

Výzkumná část se soustředovala na zjištění, jak oslovená zařízení v Pardubickém kraji přistupují k provádění terapií při práci s uživateli. Pomocí rozhovorů se zástupci oslovených zařízení bylo zkoumáno, jak zařízení poskytují vybrané terapie – muzikoterapii, canisterapii a ergoterapii. Rozhovory byly doplněny anketou s uživateli a rozhovorem s canisterapeutkou, které měly pro úplnost zachytit vyjádření samotných účastníků terapií a u canisterapie samotného aktéra terapie. Ukázalo se, že oslovená zařízení terapie určitým způsobem provádějí. Některá zařízení sice nemají vzdělaného pracovníka v oblasti nabízené

terapie, za to se snaží vytvářet aktivity a činnosti svým uživatelům, které jsou součástí dané terapie. O tom, zdali to funguje dobře, vypovídají zpětné vazby samotných uživatelů, kteří vyjadřují spokojenost. Zpětnou vazbou je i tvrzení uživatelů, že se těší na další aktivity. Kromě vybraných terapií zařízení nabízejí svým uživatelům i jiné terapie. Je patrné, že se zařízení snaží svým uživatelům dopřát co nejlepší péči.

S výsledky výzkumného šetření budou seznámena všechna oslovená zařízení, aby měla zpětnou vazbu o tom, že práci, kterou vykonávají, odvádějí dobře. V oblasti muzikoterapie jsem pro zařízení připravila návrh hudební aktivity, podle kterého mohou hudební aktivitu pro uživatele zrealizovat (příloha č. 5). Pro zařízení, která v současné době neprovádějí canisterapii, jsem vytvořila seznam canisterapeutických sdružení, která evidují canisterapeutické týmy (příloha č. 6). Pro všechna zařízení jsem vytvořila leták „Co mi přináší muzikoterapie a canisterapie“, který zachycuje přínos terapií pro uživatele (příloha č. 7).

Díky této diplomové práci jsem si uvědomila, jak je hrozně důležité věnovat čas právě seniorům. Myslím si, že by domovy měli více navštěvovat dobrovolníci, kteří by mohli část svého času věnovat uživatelům a zároveň by na chvíli odlehčili pracovníkům, bez kterých by zařízení nemohlo fungovat. Přeci jenom vidět tvář spokojeného a vděčného seniora je zpětnou vazbou, která zahřeje u srdce každého člověka.

## SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
č.	číslo
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
odst.	odstavec
s.	strana
Sb.	sbírka
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvané

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Pomocné ruce .....	4
-----------------------------------	---

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Seznam zařízení .....	52
Tabulka č. 2 - Terapie .....	54
Tabulka č. 3 - Četnost terapií .....	55
Tabulka č. 4 - Pracovníci zajišťující muzikoterapii .....	56
Tabulka č. 5 - Vzdělávání pracovníka u muzikoterapii .....	57
Tabulka č. 6 - Forma muzikoterapie .....	58
Tabulka č. 7 - Denní doba muzikoterapie .....	59
Tabulka č. 8 - Zaznamenávání muzikoterapie .....	60
Tabulka č. 9 - Prostory a vybavení pro muzikoterapii .....	61
Tabulka č. 10 - Prostředky klienta pro komunikaci .....	62
Tabulka č. 11 - Spokojenost s muzikoterapií .....	63
Tabulka č. 12 - Četnost návštěv canisterapeuta se psem .....	64
Tabulka č. 13 - Forma canisterapie .....	65
Tabulka č. 14 - Návštěvy canisterapeuta se psem .....	66
Tabulka č. 15 - Vhodný canisterapeut .....	67
Tabulka č. 16 - Zaznamenávání canisterapie .....	68
Tabulka č. 17 - Prostory pro průběh canisterapie .....	69
Tabulka č. 18 - Spokojenost se současnou canisterapií .....	70
Tabulka č. 19 - Formy činnosti ergoterapie .....	71
Tabulka č. 20 - Zaměření ergoterapie .....	72
Tabulka č. 21 - Pracovník provádějící ergoterapii .....	74
Tabulka č. 22 - Zaznamenávání ergoterapie .....	75
Tabulka č. 23 - Spokojenost s průběhem ergoterapie .....	76
Tabulka č. 24 - Jiné terapie v zařízeních .....	77
Tabulka č. 25 - Anketa s uživateli o muzikoterapii .....	78
Tabulka č. 26 - Anketa s uživateli o canisterapii .....	79

## SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

1. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada, 2017, 248 s. ISBN 978-80-247-4238-0.
2. BRUSCIA, Kenneth. *Defining music therapy*, Spring City: Spring HouseBook, 2005, ISBN 189127807X.
3. FELBER, R., S. REINHOLD a A. STUCKERT. *Muzikoterapie – Terapie zpěvem*. Hranice: FABULA, 2005, 242 s., ISBN 80-86600-24-6.
4. GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše, aneb, Canisterapie*. Praha: Grada, 1999, 160 s. ISBN 80-7169-789-3.
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN – 80-7367-040-2.
7. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013, 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
9. JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
10. JUREČKOVÁ, Petra. *Aktivizace seniorů*. Sociální práce, 2003, ročník 2., č. 2, s. 192.
11. KANTOR, J., M. LIPSKÝ a J. WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9;
12. KLENER, Pavel. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1996. ISBN 80-7184-310-5.
13. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 816 s. ISBN: 978-80-7235-446-7.
14. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
15. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

16. KOLEKTIV AUTORŮ, VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
17. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
18. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
19. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
20. LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997, 155 s., ISBN 80-901-8344-1.
21. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
22. MAŇÁK, J., V. ŠVEC a Š. ŠVEC. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 134 s. ISBN 80-210-3802-0.
23. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN 978-80-247-3872-7.
24. MORENO, J. Joseph, *Rozehrát svou vnitřní hudbu: muzikoterapie a psychodrama*. Praha: Portál, 2005, 128 s., ISBN 80-7178-980-1.
25. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
26. NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí*. Praha: Albatros, 2006, 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
27. NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
28. PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2011. 270 s. ISBN 978-80-246-1916-3.
29. PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II*. Brno: IDV SZP, 1989. 196 s. ISBN 80-7013-020-2.
30. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 231 s.



31. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
32. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
33. STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvantitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999, 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
34. SUCHÁ, J., I. JINDROVÁ a B. HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013, 173 s. ISBN 978-80-262-0335-3
35. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál, 2011, 247 s. ISBN 978-80-7367-928-6.
36. WIGRAM, T., B. SAPERSTON a R. WEST. *The Art & Science of Music Therapy: A Handbook*. Hardwood Academic Publishers, 1995, 483 s. ISBN 3718656345.
37. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007, 366 s. 978-80-7367-237-9.

### **Legislativa**

1. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
2. ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
3. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

### **Internetové zdroje:**

1. Senior v nemocnici. *Aktivizace* [online]. © 2018 Senior v nemocnici. [cit. 2018-08-12]. Dostupné z: <http://seniorvnemocnici.cz/2017/06/23/aktivizace/>

2. Česká asociace ergoterapeutů. *Co je ergoterapie* [online]. © 2008 Ergoterapie. [cit. 2018-02-9]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
3. Asociace krajů České republiky. *Pardubický kraj* [online]. © 2013 Asociace krajů České republiky. [cit. 2018-10-1]. Dostupné z:
4. Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Vyhledávání služby* [online]. © 2008 Registr poskytovatelů sociálních služeb. [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: <http://www.asociacekrajů.cz/kraje-cr/pardubicky-kraj/>

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1** – Schéma výzkumného šetření

**Příloha č. 2** – Rozhovor se zástupcem zařízení

**Příloha č. 3** – Anketa s uživateli

**Příloha č. 4** – Rozhovor s canisterapeutkou

**Příloha č. 5** – Návrh hudební aktivity

**Příloha č. 6** - Seznam canisterapeutických sdružení

**Příloha č. 7** – Letáček „Co mi přináší muzikoterapie a canisterapie“

## Příloha č. 1 – SCHÉMA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**Hlavní cíl** - Zjistit, jak oslovená zařízení přistupují k provádění terapií při práci s uživateli.

**Dílčí cíl č. 1** – Popsat, jak často a jakým způsobem terapie v zařízeních probíhají.

- **Výzkumná otázka č. 1** - Jak v zařízeních probíhají muzikoterapie?  
Tazatelská otázka č. 2 - Jak často v domově probíhá muzikoterapie?  
Tazatelská otázka č. 3 - Provádí ji externí pracovník, nebo některý z vašich pracovníků? Případně je více pracovníků, kteří tyto terapie zajišťují?  
Tazatelská otázka č. 5 - Muzikoterapii lze u klientů provádět individuální nebo skupinovou formou. Jaká forma je v domově nejčastěji využívána a proč tomu tak je?  
Tazatelská otázka č. 6 - Probíhají v domově terapie spíše dopoledne, odpoledne, nebo je denní doba různá? Na čem je to závislé?  
Tazatelská otázka č. 9 - V publikacích je muzikoterapie vnímána jako prostředek pro komunikaci, v rámci které může klient vytvářet nebo reprodukovat hudbu za pomoci hudebních prostředků, např. použitím těla (dupání, tleskání), hlasu, hudebních nástrojů, nástrojů vlastní výroby (předměty denní potřeby) anebo kompenzačních pomůcek. Využívají klienti těchto hudebních prostředků?
- **Výzkumná otázka č. 2** – Jak v zařízeních probíhají canisterapie?  
Tazatelská otázka č. 11 - Jak často do domova dochází canisterapeut se psem?  
Tazatelská otázka č. 12 - Probíhá canisterapie spíše individuálně, skupinově, nebo je to na stejno? Čím je to ovlivněno?  
Tazatelská otázka č. 13 - Navštěvuje domov stálý canisterapeut se psem, nebo je jich více, případně se střídají?

### Rozhovor s canisterapeutkou:

Tazatelská otázka č. 1 - Z rozhovoru vyplynulo, že v zařízeních nejčastěji probíhá canisterapie jednou týdně, jednou za 14 dní a jednou za měsíc. Jak to je u tebe? Případně čím je to ovlivněno?

Tazatelská otázka č. 2 - Canisterapie lze provádět individuální nebo skupinovou formou. Ve většině zařízeních provádějí obě formy. Jakou zkušenost máš ty a proč tomu tak je?

Tazatelská otázka č. 3 - Oslovená zařízení uvedla, že k nim dochází stálý canisterapeut. Jak to je u tebe? Provádíš canisterapii pouze v jednom zařízení, nebo ve více?

- **Výzkumná otázka č. 3** – Jak v zařízeních probíhají ergoterapie?  
Tazatelská otázka č. 18 - V ergoterapii rozlišujeme formu primární (zahrnuje každodenní běžné činnosti – oblékání, apod.), pracovní (práce, studium), herní (kulturní aktivity, záliby) a rekreační (cvičení, společenské události). Kterou z těchto forem v domově využíváte nejvíce a jakým způsobem?  
Tazatelská otázka č. 19 - V publikaci autoři dělí ergoterapii do čtyřech oblastí dle jejich zaměření, a to se zaměřením na postiženou oblast (cílem je cvičit a trénovat postiženou oblast, kdy se vyžaduje aktivní zapojení klienta), na nácvik soběstačnosti, na předpracovní rehabilitaci (pomáhá jedinci se zdravotními problémy zařadit se do pracovního procesu), na naplnění volného času a celkovému zlepšení fyzické

kondice. Zaměřujete se na všechny oblasti? Jak klienty v jednotlivých oblastech podporujete?

Tazatelská otázka č. 20 - Kdo z pracovníků ergoterapie provádí?

**Dílčí cíl č. 2** – Zkoumat, jaké mají zařízení možnosti pro realizaci terapií.

- **Výzkumná otázka č. 4** - Jakými možnostmi pro realizaci muzikoterapie disponuje zařízení?

Tazatelská otázka č. 4 - Provádí ji externí pracovník, nebo některý z vašich pracovníků? Případně je více pracovníků, kteří tyto terapie zajišťují?

Tazatelská otázka č. 7 - Zaznamenáváte nějakým způsobem hodinu muzikoterapie (např. zápisy denních aktivit, individuální plán, apod.)?

Tazatelská otázka č. 8 - Disponujete potřebnými prostory a vybavením?

- **Výzkumná otázka č. 5** – Jakými možnostmi pro realizaci canisterapie disponuje zařízení?

Tazatelská otázka č. 14 - Jakým způsobem hledáte vhodného canisterapeuta se psem?

Tazatelská otázka č. 15 - Zaznamenáváte nějakým způsobem průběh canisterapie?

Tazatelská otázka č. 16 - V jakých prostorách canisterapie probíhá, proč tomu tak je?

Rozhovor s canisterapeutkou:

Tazatelská otázka č. 4 - Jakým způsobem jsi navázala se zařízením spolupráci?

Tazatelská otázka č. 5 - Zaznamenáváš nějakým způsobem průběh canisterapie?

Tazatelská otázka č. 6 - V jakých prostorách ti zařízení umožňují provádět canisterapii?

- **Výzkumná otázka č. 6** – Jakými možnostmi pro realizaci ergoterapie disponuje zařízení?

Tazatelská otázka č. 20 - Vzdělává se pracovník v této oblasti nějakým způsobem?

Tazatelská otázka č. 21 - Jakým způsobem vedete záznamy vztahující se k ergoterapii u klientů?

**Dílčí cíl č. 3** – Zjistit spokojenost pracovníků a uživatelů s probíhajícími terapiemi.

- **Výzkumná otázka č. 7** – Jak hodnotí probíhající muzikoterapii pracovníci a uživatelé?

Tazatelská otázka č. 10 - Jste spokojená se současným fungováním muzikoterapie?

Případně napadá Vás nějaký způsob, jak provádění muzikoterapie zlepšit?

Anketa

Tazatelská otázka č. 5 - Cítíte se po hodině lépe?

Tazatelská otázka č. 6 - Jsou hodiny muzikoterapie pro vás přínosné?

- **Výzkumná otázka č. 8** – Jak hodnotí probíhající canisterapii pracovníci a uživatelé?

Tazatelská otázka č. 17 - Vyhovuje Vám současný canisterapeut se psem?

### Anketa

Tazatelská otázka č. 2 - Jak se v přítomnosti psa cítíte?

Tazatelská otázka č. 3 - Co vám kontakt se psem přináší?

### Rozhovor s canisterapeutkou:

Tazatelská otázka č. 7 - Jsi spokojena s tím, jak to funguje?

Tazatelská otázka č. 8 - Vnímáš, že canisterapie má nějaký přínos pro seniory? Pokud ano, tak jaký?

- **Výzkumná otázka č. 9** - Jak hodnotí probíhající ergoterapii pracovníci?  
Tazatelská otázka č. 22 - Jak vnímáte ergoterapii v domově? Jste s průběhem spokojena? Případně plánujete nějaké změny?

**Dílčí cíl č. 4** – Analyzovat, zdali má kapacita zařízení vliv na poskytování terapií.

- **Výzkumná otázka č. 10** – Je z hlediska kapacity zařízení rozdíl v poskytování terapií?

## **Příloha č. 2 – ROZHOVOR SE ZÁSTUPCEM ZAŘÍZENÍ**

### **TERAPIE PROBÍHAJÍCÍ V DOMOVĚ**

1. Vzhledem k tomu, že píšu DP zaměřenou na muzikoterapii, canisterapii a ergoterapii, probíhají u Vás tyto terapie?

### **OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE K MUZIKOTERAPII**

2. Jak často v domově probíhá muzikoterapie?
3. Provádí ji externí pracovník, nebo některý z vašich pracovníků? Případně je více pracovníků, kteří tyto terapie zajišťují?
4. Absolvoval pracovník nějaké kurzy případně školení v této oblasti, nebo se o tuto oblast zajímá a zjišťuje si potřebné informace sám?
5. Muzikoterapii lze u klientů provádět individuální nebo skupinovou formou. Jaká forma je v domově nejčastěji využívaná a proč tomu tak je?
6. Probíhají v domově terapie spíše dopoledne, odpoledne, nebo je denní doba různá? Na čem je to závislé?
7. Zaznamenáváte nějakým způsobem hodinu muzikoterapie (např. zápisy denních aktivit, individuální plán, apod.)?
8. Disponujete potřebnými prostory a vybavením?
9. V publikacích je muzikoterapie vnímána jako prostředek pro komunikaci, v rámci které může klient vytvářet nebo reprodukovat hudbu za pomoci hudebních prostředků, např. použitím těla (dupání, tleskání), hlasu, hudebních nástrojů, nástrojů vlastní výroby (předměty denní potřeby) a nebo kompenzačních pomůcek. Využívají klienti těchto hudebních prostředků?
10. Jste spokojená se současným fungováním muzikoterapie? Případně napadá Vás nějaký způsob, jak provádění muzikoterapie zlepšit?

### **OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE KE CANISTERAPII**

11. Jak často do domova dochází canisterapeut se psem?
12. Probíhá canisterapie spíše individuálně, skupinově, nebo je to na stejno? Čím je to ovlivněno?
13. Navštěvuje domov stálý canisterapeut se psem, nebo je jich více, případně se střídají?
14. Jakým způsobem hledáte vhodného canisterapeuta se psem?
15. Zaznamenáváte nějakým způsobem canisterapii?
16. V jakých prostorách canisterapie probíhá a proč tomu tak je?
17. Vyhovuje Vám současný canisterapeut se psem?

### **OTÁZKY VZTAHUJÍCÍ SE K ERGOTERAPII**

18. V ergoterapii rozlišujeme formu primární (zahrnuje každodenní běžné činnosti – oblékání, apod.), pracovní (práce, studium), herní (kulturní aktivity, záliby) a rekreační (cvičení, společenské události). Kterou z těchto forem v domově využíváte nejvíce a jakým způsobem?
19. V publikaci autoři dělí ergoterapii do čtyřech oblastí dle jejich zaměření, a to se zaměřením na postiženou oblast (cílem je cvičit a trénovat postiženou oblast, kdy se vyžaduje aktivní zapojení klienta), na nácvik soběstačnosti, na předpracovní rehabilitaci (pomáhá jedinci se zdravotními problémy zařadit se do pracovního procesu), na naplnění volného času a celkovému zlepšení fyzické kondice. Zaměřujete se na všechny oblasti? Jak klienty v jednotlivých oblastech podporujete?
20. Kdo z pracovníků ergoterapii provádí? Vzdělává se v této oblasti nějakým způsobem?

21. Jakým způsobem vedete záznamy vztahující se k ergoterapii u klientů?
22. Jak vnímáte ergoterapii v domově? Jste s průběhem spokojena? Případně plánujete nějaké změny?

**OTÁZKA NA ZÁVĚR**

23. Probíhá ve vašem domově nějaká jiná terapie?



### **Příloha č. 3 – ANKETA S UŽIVATELI**

#### Muzikoterapie

Máte ráda hudbu? Jakou hudbu ráda posloucháte?

Co se vám na hodině nejvíce líbí?

Využíváte při muzikoterapii nějaké nástroje?

Cítíte se po hodině lépe?

Jsou hodiny muzikoterapie pro vás přínosné?

#### Canisterapie

Těšíte se na návštěvu psa?

Jak se v přítomnosti psa cítíte?

Co vám kontakt se psem přináší?

#### **Příloha č. 4 – ROZHOVOR S CANISTERAPEUTKOU**

1. „Z rozhovoru vyplynulo, že v zařízeních nejčastěji probíhá canisterapie jednou týdně, jednou za 14 dní a jednou za měsíc. Jak to bylo u Vás? Případně čím je to ovlivněno?“
2. „Canisterapie lze provádět individuální nebo skupinovou formou. Ve většině zařízeních provádějí obě formy. Jakou zkušenost máte Vy a proč tomu tak je?“
3. „Oslovená zařízení uvedla, že k nim dochází stálý canisterapeut. Jak to je u Vás? Provádíte canisterapii pouze v jednom zařízení, nebo ve více?“
4. „Jakým způsobem jsi navázala se zařízením spolupráci? “
5. „Zaznamenáváte nějakým způsobem průběh canisterapie?“
6. „Většina oslovených zařízení provádí canisterapii ve společenské místnosti, v dalších místnostech a v pokojích uživatelů. V jakých prostorách Vám zařízení umožňují provádět canisterapii?“
7. „Jste spokojena s tím, jak to funguje?“
8. „Vnímáte, že canisterapie má nějaký přínos pro seniory? Pokud ano, tak jaký?“

## **Příloha č. 5 – NÁVRH HUDEBNÍ AKTIVITY**

1. Seznámení a sdělení informací (10%)

Uživatel bude seznámen s cílem, účelem a osnovou hodiny.

2. Vybuzení k aktivitě (20%)

Snahou je uživatele nenásilně uvolnit a připravit ho k činnosti s hudebními nástroji.

Aktivní činnost je rozdělena na:

- a) seznámení se s hudebními nástroji,
- b) náladoměr,
- c) výběr nástroje.

3. Hlavní činnost hudební aktivity (40%)

- a) hudba – povolání v dětství,
- b) hudba – oblíbené zvíře,
- c) hudba – vyjádření emoce,
- d) společná hudba.

4. Navození pocitu uvolnění a relaxace – hudba a výtvarné vyjádření (20%)

Uživatel bude veden k uvolnění se a podpoříme ho k výtvarné činnosti.

5. Reflexe výtvarného vyjádření (5%)

Uživatel bude mít prostor pro vyjádření svých dojmů, pocitů a myšlenek související s právě ukončenou výtvarnou činností.

6. Reflexe a sdílení celé hodiny - náladoměr a rozloučení (5%)

Společné shrnutí a vyjádření dojmů, pocitů a myšlenek z celé hodiny případně z jednotlivých částí hodiny. Při sdílení by měla být dodržena tyto pravidla: pravidlo diskrétnosti, pravidlo mluvčího a pravidlo konkrétnosti.

**Příloha č. 6 – SEZNAM CANISTERAPEUTICKÝCH SDRUŽENÍ V PARDUBICKÉM  
KRAJI**

**Anitera o.p.s.**

Adresa: Vavřenova 1440/2, 142 00 Praha 4

IČ: 284 89 021

Webové stránky: <http://www.animoterapie.cz/kraje/pardubicky.htm>

**CANTES z.s.**

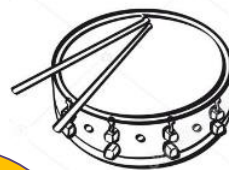
Adresa: U Trojice 570, 530 06 Pardubice

IČ: 720 23 864

Webové stránky: <http://www.cantes.cz/>

Obě organizace zveřejňují na svých webových stránkách seznam canisterapeutických týmů.

## Příloha č. 7 – LETÁČEK „CO MI PŘINÁŠÍ MUZIKOTERAPIE A CANISTERAPIE“



„Potěšení a přijdu na jiné myšlenky.“

„Hudba mě drží při životě“

„Po hodině muzikoterapie se cítím příjemně, uvolněně.“

„Zlepšení nálady, ráda vzpomínám na manžela, hrál na harmoniku. Zapomínám tím na samotu.“

**Co nám přináší muzikoterapie**

„Čas úplně jinak utíká, díky hudbě se pobavíme a zavzpomínáme na mládí.“

„Pomazlení, ráda jí házím míček, ona mi ho nosí a já jí pak můžu dát za odměnu pamlskek.“

**Co nám přináší canisterapie**

„Kontakt se psem mi přináší potěšení, mám ráda zvířata, psa jsme měli doma, když jsem byla malá a také jsem měla doma pejska jako dospělá, ale již zemřel.“

„Mám kontakt se živým tvorem, můžu se pomazlit a jsem za to rád.“

„Radost, hezké vzpomínky..“

„Pejsek mi dělá radost a přijdu na jiné myšlenky.“

