Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Management aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
MANAGEMENT SOCIÁLNÍ PRÁCE V ORGANIZACÍCH

Autor: Bc. Lenka Hloušková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice, 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem ***„Management aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory“*** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5.2022

.....

Bc. Lenka Hloušková

Poděkování

Děkuji své vedoucí diplomové práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D., za cenné rady, věnovaný čas a odborné vedení, její pomoc a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat řediteli/ředitelce vybraného domova pro seniory za umožnění realizace výzkumu a následně všem informantům, kteří se daného výzkumu zúčastnili.

Management aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo popsat management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče“. Následně byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka: „Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?“ a jedna dílčí: „Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče? “.

Zodpovězení cíle, hlavní a vedlejší výzkumné otázky bylo dosaženo pomocí kvalitativní výzkumné strategie, kdy pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory byly provedeny v rámci členů multidisciplinárního týmu (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti, staniční sestry) zajišťující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti ve vybraném domově pro seniory. K vyhodnocení získaných dat bylo využito otevřené kódování, kdy prostřednictvím získaných kódů vnikly kategorie.

Diplomová práce poskytuje komplexní pohled na problematiku managmentu poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností ve vybraném domově pro seniory v České republice. Z výzkumu vyplývá, že vybrané zařízení nemá přesně koncipován managment aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci vedoucího postavení zde na vzdory sociální službě převažuje sektor zdravotní, který se ujímá managmentu. Managment aktivizačních a sociálně terapeutických činností je spíše neorganizovaný a propojení v kontextu multidisciplinární péče není přímo zajištěno.

Výsledky diplomové práce budou nabídnuty domovu pro seniory ve, kterém výzkum probíhal a ve kterém je možné prostřednictvím získaných výsledků provést transformaci stávajících aktivizačních a sociálně terapeutických činností se zapojením managmentu. Následně mohou získané výsledky složit jako možná opora při zavádění managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností pro jiná zařízení poskytující domov pro seniory.

Klíčová slova

managment; aktivizační a sociálně terapeutické činnosti; domov pro seniory; multidisciplinární péče; klient

Management of Activation and Social Therapeutic Activities in Nursing Homes

Abstract

The diploma thesis aimed at "Description of the management of the provision of activation and social therapeutic activities in a home for the elderly and the method of their implementation in the context of multidisciplinary care". Subsequently, one main research question was identified: "How is the management of the provision of activation and socio-therapeutic activities in the home for the elderly?" " and one partial: "How are activation and social therapeutic activities implemented in the home for the elderly in the context of multidisciplinary care? ".

The answer to the goal, the main and secondary research questions was achieved by means of a qualitative research strategy, where the method of questioning and the technique of semi-structured interview were chosen for data collection. The semi-structured interviews were conducted within the members of a multidisciplinary team (social workers, worker in social services, activation workers, physiotherapists, station nurses) providing activation and social therapeutic activities in a selected home for the elderly. Open coding was used to evaluate the obtained data, when categories were obtained through the obtained codes.

The diploma thesis provides a comprehensive view of the issue of managing the provision of activation and social therapeutic activities in a selected home for the elderly in the Czech Republic. The research shows that the selected facility does not have a precisely designed management of activation and social therapeutic activities. In spite of the leading position, the health sector, which takes over the management, predominates here, despite the social service. The management of activation and socio-therapeutic activities is rather unorganized and the connection in the context of multidisciplinary care is not directly ensured.

The results of the diploma thesis will be offered to the home for the elderly, in which the research took place and in which it is possible to transform the existing activation and social therapeutic activities with the involvement of management through the obtained results. Subsequently, the obtained results can serve as a possible support in the implementation of the management of activation and socio-therapeutic activities for other

facilities providing a home for the elderly.

Keywords

management; activation and socio-therapeutic activities; nursing home; multidisciplinary care; client

Obsah

1 Teoretická část 11

1.1 Domov pro seniory v systému sociálních služeb 11

1.1.1 Domov pro seniory 11

1.1.2 Individuální plánování 13

1.1.3 Potřeby seniorů 15

1.2 Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v Domově pro seniory 17

1.2.1 Aktivizační činnosti 18

1.2.2 Sociálně terapeutické činnosti 19

1.2.3 Formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností 21

1.2.4 Multidisciplinární tým poskytující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v domově pro seniory 25

1.3 Managment domovů pro seniory 28

1.3.1 Management a jeho funkce 28

1.3.2 Kompetence manažerských funkcí 29

2 Praktická část 32

2.1 Cíl práce 32

2.2 Výzkumné otázky 32

3 Metodika 33

3.1 Použitá výzkumná strategie 33

3.2 Použitá metoda a technika sběru dat 34

3.3 Charakteristika výzkumného souboru 34

3.4 Předvýzkum 35

3.5 Realizace výzkumu 36

3.6 Způsob vyhodnocení dat 37

3.7 Etika výzkumu 38

4 Výsledky 41

4.1 Výsledky rozhovorů – sociální pracovníci 41
4.2 Výsledky rozhovorů – pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů) 54
4.3 Výsledky rozhovorů – aktivizační pracovníci 66
4.4 Výsledky rozhovorů – fyzioterapeuti 77
4.5 Výsledky rozhovorů – staniční sestry 88
4.6 Shrnutí výsledků výzkumu 99
5 Diskuse 102
6 Závěr 110
7 Seznam použitých zdrojů 111
8 Seznam příloh 117
9 Seznam tabulek a schémat 121
10 Seznam zkratek 123

Úvod

Domov pro seniory, jako pobytová sociální služba podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, poskytuje komplexní péči o osoby se sníženou soběstačnosti. Tuto sociální službu využívají klienti, jejichž zdravotní stav nebo vyšší věk vyžaduje trvalou pomoc jiné fyzické osoby a není zde možnost ji zprostředkovat v rámci rodiny, jiné pečující osoby nebo v rámci jiných sociálních služeb. Zařízení zajišťuje svým klientů ubytování, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, pomoc pří zvládání každodenních úkonů, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti aj. Zmiňované aktivizační a sociálně terapeutické činností vedou ke spokojenosti a naplnění potřeb uživatelů daného zařízení, a proto je zde velice důležitý proces managmentu zaměřený na plánování, organizování, vedení a koordinování poskytovaných činností v rámci aktivizace.

Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze třech hlavních kapitol. První kapitola nese název Domov pro seniory v systému sociálních služeb, zde jsou popsány domovy pro seniory, individuální plánování a potřeby seniorů. Následující kapitola se nazývá Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v Domově pro seniory. Tato část přináší poznatky v rámci aktivizačních činností, sociálně terapeutických činností, a následně realizátorů zajištující tyto činnosti v rámci multidisciplinární spolupráce. Poslední třetí kapitola se nazývá Managmentem domovů pro seniory. Zde jsou popsány funkce managmentu a kompetence manažerských funkcí. V empirické části je proveden kvalitativní výzkum, který odpovídá na stanovené výzkumné otázky a na stanovený cíl celé diplomové práce.

Cílem diplomové práce byl: „Popis managementu poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče. Následně byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka: „Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?“ a jedna dílčí: „Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče? “. Výzkum byl zpracován kvalitativní výzkumnou strategii, metodou dotazování a technikou polostrukturovaných rozhovorů.

Dále je součástí diplomové práce diskuse, závěr a další náležité kapitoly, jenž dle náležitostí musí obsahovat diplomové práce.

1 Teoretická část

1.1 Domov pro seniory v systému sociálních služeb

Podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů se vymezuje domov pro seniory jako druh služby sociální péče, která je poskytována formou pobytové sociální služby. Ta je dle Čevely et al. (2012) poskytována osobám se sníženou soběstačností především z důvodu vyššího věku, kdy jejich situace vyžaduje soustavnou pomoc jiné fyzické osoby. Matoušek et al., (2013) pohlíží na domovy pro seniory jako na možnou formu náhradního či alternativního bydlení seniorů. Ti dle autora nemohou, nebo nechtějí setrvávat v jejich přirozeném domácím prostředí, potažmo v komunitě, která je obklopuje a volí si bydlení v okruhu společenství svých vrstevníků. Dle Žumárové (2012) je tento odchod do domova pro seniory velice náročná životní etapa a představuje přechod do nového prostředí, kde senior nikoho nezná a musí si tak zvyknout na vše nové co život v domově pro seniory představuje.

1.1.1 Domov pro seniory

Domov pro seniory je dle Matouška et al., (2013) sociální služba, která poskytuje soubor možných činností, jenž odpovídá skutečným potřebám seniorů a aktivním poskytováním usiluje o jejich neplnění. Hrozenská a Dvořáčková (2013) dále kladou velký důraz nejenom na dodržování lidských práv, ale především na individualitu každého jedince, respektování svobodné vůle a možný rozvoj sociálního začleňování.

Základní činnosti dle odstavce 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

a) poskytnutí ubytování;
b) poskytnutí stravy;
c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
f) sociálně terapeutické činnosti;
g) aktivizační činnosti;
h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dílčí základní činnosti pak detailně rozpracované nalezneme ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dle Krhutové (2013) se především jedná o zajištění maximálně možné podpory nebo pomoci jedinci při řešení jeho nepříznivé sociální situace. Dle této autorky je zde kladen velký důraz na míru soběstačnosti, aktivit a komplexní ochranu lidských práv. Matoušek et al., (2013) uvádí, že tyto instituce by se měly podílena na tom, aby senioři mohli prožívat život obdobný tomu před nástupem do domova pro seniory a nadále tak mohli uspokojovat své individuální potřeby a rozvíjet své stávající i nové schopnosti a dovednosti.

Domovy pro seniory svým fungováním zajišťují především dlouhodobou péči jedincům. Ta je dle Čevely et al. (2014) zpravidla vymezena nejenom jako soubor sociálních služeb, ale především i těch zdravotních. Současná představa této dlouhodobé zdravotně-sociální péče dle Mlýnkové (2011) směřuje k její deinstitucionalizaci, sociální integraci a přímé orientaci na klienty. Tento přístup má dle autorky za cíl přechod z poskytování sociálních služeb institucionální formou na poskytování sociálních služeb v přirozeném domácím prostředí jedince. K dosažení tohoto cíle autorka popisuje nutné posílení a zefektivnění působení terénních a ambulantních služeb.

Kvalita domovů pro seniory

Významná role v rámci správného fungování domovů pro seniory a zvyšování jejich kvality je dle Matouška et al. (2013) na straně standardů kvality sociálních služeb. Ty jsou dle autora zákonem závazné a dělí se do tří okruhů, a to na procedurální (důkladný návod podoby, jakou mají poskytované sociální služby mít), personální (personální zajištění poskytovaných sociálních služeb) a provozní standardy (předpoklady k poskytování a zkvalitňování poskytovaných služeb). Tyto standardy se dle tohoto autora zaměřují především na dodržování práv uživatelů, individuální přístup, plánování služby dle osobních cílů, zachování soukromí a aktivní podporu důstojnosti seniorů. Dle Horeckého a Luskové (2019) nemusí vždy dojít ke zvyšování kvality z důvodu obecnosti standardů kvality sociálních služeb pro všechny typy sociálních zařízení. Ty se pak dle autora nevěnují specifikům dané služby a muže zde být hodnocen jiný rozměr kvality.
Dalším nástrojem zvyšování kvality domovů pro seniory je také možné prostřednictvím Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Značkou kvality v sociálních službách.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015) zpracovala Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, kde je pozornost věnována pěti oblastem působení:

a) ubytování – ubytování, společné prostory, objekt, okolí domova, služby;
b) stravování – výběr z jídel, struktura a čas podávání jídel;
c) kultura a volný čas – kultura, sport a pohyb, vzdělávání, duchovní programy, dobrovolnictví, hobby aktivity, doprava a asistence mimo domov;
d) partnerství – komunikace, zpětná vazba, individuální přístup, respektování osobního prostor a dodržování etnických pravidel;
e) péče – sociální péče, terapeutická péče, zdravotní péče.

Značka kvality v sociálních službách je soustava externí certifikace pro sociální služby podléhající Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR. Záměrem Značky kvality v sociálních službách je poskytnout komplexní a jasné informace o představě, kterou mohou noví klienti, zájemci či jejich rodinným příslušníci očekávat v daném zařízení sociálních služeb (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, © 2011).

1.1.2 Individuální plánování

Malíková (2011) ve své publikaci popisuje změnu, kterou prošly všechny sociální služby, a to díky uvedení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon dle autorky zavedl individuální plánování, a tak odstranil z pobytových sociálních služeb stereotypní činnosti, které byly zaměřeny na skupinovou péči, a tak potlačovaly individuální rozvoj každého klienta. Tento zpátečnický způsob poskytování péče dle autorky potlačoval individualitu, nerozvíjel jedinečnou osobnost klienta, nepodporoval soběstačnost a možné očekávání klientů. Dále tato autorka popisuje ztrátu optimismu, životních návyků, apatie a možnou životní rezignaci spojenou s porušováním lidských práv (např. v oblasti svobody projevu, pohybu a ponižování důstojnosti člověka), nemožnosti se spolupodílet na rozhodování o poskytované péči, nedostatek komunikace a spolupráce s pracovníky.

Hauke (2011) popisuje, že přijetím zákona o sociálních službách z roku 2006 se individuální plánování stalo nejen jedním ze základních požadavků na kvalitu sociálních služeb, ale také jedním ze symbolů přeměny v této oblasti.

Tvorba individuálního plánu má dle Hauke, et al., (2017) přesně stanovenou lhůtu, která začíná běžet již od podpisu smlouvy v daném zařízení. Sobek (2019) uvádí, že

individuální plán by měl být tvořen nejenom se samotným klientem na míru, ale především v rámci spolupráce celého týmu pracovníků. Malíková (2011) popisuje individuální plánovaní jako činnosti, které jsou prováděny v rámci celého multidisciplinárního týmu.

Tento tým muže být dle Malíkové (2011) tvořen z:

a) Koordinátora – složení pracovního týmu, stanovení vhodných klíčových pracovníků pro klienty, poradce pro klíčové pracovníky a komplexní odpovědnost za funkční a plynulé uskutečňování individuálního plánování (nejčastěji sociální pracovník).
b) Moderátora – řízení pracovních porad, jejich koordinace a týmová spolupráce, odhalení problému a hledání nejlepších možností jejich řešení, nestrannost.
c) Klíčový pracovník – přidělení dle koordinátora následně po adaptačním procesu možnost změny, spolupráce s klientem a podpora klienta v dosažení stanovených cílů, tvorba individuálního plánu jeho realizace a kontrola (nejčastěji pracovník v sociálních službách).
d) Důvěrníka klienta – člověk, kterému klient plně důvěřuje a nemá obavy sdílet své problémy, pocity, radosti i starosti (nejčastěji pracovník v sociálních službách ale také možnost jiných pracovníků v zařízení).

Mezi další pracovníky, kteří se mohou podílet na individuálním plánovaní, řadí Malíková (2011) všeobecné sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, aktivizační pracovníky, psychology a další pracovníky zařízení. Pokud vyvstane potřeba, uvádí autorka, že je možné také zapojení rodiny, přátel a dalších oprávněných jedinců. Dle Sobka (2019), je velice důležité, aby individuální plán byl tvořen tak, aby mu klient sám rozuměl, byl jasný a srozumitelný.

Složení samotného individuálního plánu Sobek (2019), rozděluje do třech základních částí, kterými jsou:

a) Osobní profil klienta – zajištění potřeb, přání a očekávání.
b) Popis podpory – zajištění aktivit a činností při, kterých klient potřebuje nutnou pomoc a podporu.
c) Cíle – jednotlivé kroky, které vedou k naplnění stanovených cílů klienta.

Dále tento autor uvádí, že individuální plán je živý dokument, který podléhá průběžnému vyhodnocování a aktualizacím. Vyhodnocení probíhá dle autora zpravidla po šesti měsících, kdy se zhodnocují stanovené cíle a spolupráce, která byla stanovena.

Proces individuálního plánování

Samotný proces individuálního plánování je dle Hauke (2011) velice náročný, avšak velice důležitý. Slouží dle autorky nejenom ke stanovení cílů a naplnění potřeb klienta, ale také k dobré adaptaci a nastavení správných aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které jsou často zmíněny v rámci identifikovaných cílů klienta, a tak jsou obsahem individuálního plánování.

Dle Hauke (2011) má tento proces čtyři fáze, které se cyklicky opakují a to:

1. fáze: zkoumání situace – porozumění sociální situace, ve které se klient nalézá, navázaní spolupráce s klíčovým pracovníkem a vymezení si rolí a očekávání, vyhodnocení získaných informací a nastavení správné motivace.

2. fáze: plánování – pojmenování změn, kterých by mělo být dosaženo, stanovení cíle (kritéria, časový harmonogram, odpovědné osoby), analyzování rizik a stanovení jejich preventivních opatření.

3. fáze: realizace plánu – naplňování jednotlivých kroků směřujících k stanoveným cílům, zaměření se na náročnost kroků v porovnání se schopnostmi a samostatností klienta.

4. fáze: vyhodnocení – zhodnocení, zda bylo dosaženo stanovených cílů dle adekvátních podmínek pomoci a podpory klienta.

1.1.3 Potřeby seniorů

Přibyl (2015) se zaměřuje na vymezení a samotné pochopení potřeby. Potřeba je dle autora projev možného nedostatku, či absence něčeho, jehož možné odstranění je žádoucí jev. Mlýnková (2011) dále uvádí rozšířenější pohled na potřeby, a to nejen z pohledu, že něco v organismu chybí, ale naopak, se může jednat i projev nadbytku. V tomto případě se dle autorky může jednat o nadbytek podmětů z okolí, který může vyústit v potřebu vlastní intimity a klidu. Právě zmiňovaný pohled dle autorky je hlavním motivátorem, který podněcuje jedince k tomu, aby se chovali či jednali takovým způsobem, jaký vede k uspokojení jejich potřeb. Dle mnohých autorů existují různé způsoby dělení potřeb seniorů.

Dle Přibyla (2015) můžeme rozdělit potřeby v rámci holistického přístupu, které se zaměřují na potřeby:

a) biologické – spánek, potrava, tekutiny, pohyb aj;
b) psychologické – respektování lidské důstojnosti, bezpečí, jistota aj;
c) sociální – láska, přijetí, společnost lidí, aj;
d) spirituální – hledání smyslu života, odpuštění, porozumění.

Podle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012) jsou senioři více vnímaví a citlivější v rámci uspokojování svých potřeb a převládají zde změny v rámci jejich žebříčku potřeb.

Tato změna souvisí dle autorů s periodizací stáří, která je vymezena dle potřeb na:

a) Počínající stáří (mladí senioři 60–65–74 let), zde je pozornost zaměřená na možné další pracovní uplatnění, zabývání se tomu, čemu se dříve nebyl čas věnovat z důvodu zaměstnání a péče o děti či vnoučata.
b) Vlastní stáří (staří senioři 75-84-89 let), zde často vstupuje problematika zdravotních problémů, kdy u seniorů narůstá potřeba odpočinku, snížení zátěže a zajištění optimalizace podmínek pro různé volnočasové aktivity.
c) Dlouhověkost (velmi staří senioři 85-90 a více let), zvýšení potřeba podpory a pomoc v rámci péče z důvodu snížené soběstačnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Jiné dělení potřeb nám nabízí Šamánková et. al. (2011), kdy potřeby jsou vnímány dle počtu osob, kterých se tykají a jejich stránky materiálnosti. Tyto potřeby se podle těchto autorů dělí na:

a) potřeby individuální – možnosti seberealizace, sebeuplatní, sebekontroly, osobního růstu a naplnění svých osobních cílů aj;
b) potřeby kolektivní – se zaměřují na pojetí potřeb v rámci skupiny či společenství lidí, kdy se jedná o potřebu sociální a zdravotnické péče, ochrany životního prostředí aj;
c) potřeby materiální – představující potřebu něco vlastnit jakož to dům, auto, byt, oblečení aj;
d) potřeby nemateriální – tyto potřeby mají duchovní stránku spojenou s jedincem a jedná se o jeho sdílení ideály, hodnoty, které představují, které potřebu lásky, přátelství, osobní svobody aj;

Dle Matouška et. al (2010) je důležité, aby poskytovaná péče v domovech pro seniory, mezi kterou řadíme i aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, řádně odpovídala na potřeby svých klientů. Hrozenská a Dvořáčková (2013) popisují propojení mezi aktivizačními a sociálně terapeutickými činnostmi, které mají vycházet ze zmiňovaných potřeb a mají tak plnit očekávání seniorů a naplňovaní jejich zjištěných potřeb, jejž směřují k naplnění stanovených cílů z individuálního plánovaní.

Samotné zhodnocení potřeb klienta tedy seniora našeho zařízení je dle Mlýnkové (2011) velice náročný proces, na kterém by se měl podílet senior, jeho rodina a členové multidisciplinárního týmu, kteří zajišťují péči danému klientovi v sociálním zařízení. Nalezení a zmapování potřeb seniora, je dle autorky klíčové pro dobré individuální plánování a nastavení aktivizačních a sociálně terapeutických činností, především spokojenosti seniora v daném zařízení sociálních služeb. Autorka dále dodává, že je velice důležité přijímat každého klienta individuálně a zaměřit se na komplexní stránku tedy na posouzení potřeb dle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Čevela et al. (2012) vyzdvihuje potřebu respektu a autonomie, které se stává nejvíce společnou potřebou seniorů. Dvořáčková (2012) dále uvádí, že je nezbytné usilovat o lepší vymezení a pochopení potřeb seniorů, které by zvyšovalo jejich kvalitu života.

1.2 Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v Domově pro seniory

Odchod seniora do domova pro seniory je dle Kalvacha et. al. (2004) jednou z nejnáročnějších etap života ve které je nejdůležitější správná adaptace seniora v záření. Dle autora se senior musí správně adaptovat na jeho nové, neznámé prostředí a najít si v tomto zařízení vhodné aktivity, které mu zaplní efektivně volný čas, pomohou mu najít jeho nový smysl života a budou ho vhodně rozvíjet po všech jeho stránkách. Dle Hauke (2011) je v tomto procesu klíčové individuální plánování a nastavení vhodných aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které nejčastěji vedou k naplňování potřeb klientů, k dobré adaptaci a nastavení novému života v daném zařízení.

1.2.1 Aktivizační činnosti

Pojem aktivizace je odvozen od *slova „aktivovat", tj. uvést něco do pohybu, do činnosti; přimět ke (zvýšené) činnosti, zintenzivnit působení něčeho, vyvolat působení něčeho; pomoci něčemu k vyšší účinnosti."* (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 11).

V domovech pro seniory je na aktivizaci dbán velký důraz, jelikož správně nastavené aktivizační činnosti vedou k podpoře soběstačnosti klienta a ta dle Malíkové (2011) přispívá k udržení důstojného prožití stáří. Tyto činnosti se dle Medlíkové (2011) nejvíce rozšířily s přijetím zákona o sociálních službách, kdy aktivizační činnosti jsou vedeny jako jedna z poskytovaných činností v domovech pro seniory.

Dále aktivizační činnosti upravuje §15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

a) volnočasové a zájmové aktivity;
b) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím;
c) nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Pro zmíněné aktivizační činnosti neexistuje dle Medlíkové (2011) přesná definice, pouze tak vznikl určitý legislativní rámec, který ukotvuje tyto činnosti a ukládá vybraným poskytovatelům sociálních služeb povinnost poskytovat tyto činnosti dle jejich představ. Do aktivizačních činností poskytovaných v domovech pro seniory řadíme především ty činnosti, které se u klientů podílejí na rozvoji či udržení jejich dosavadních schopností, dovedností a jejímž cílem je aktivní předcházení sociálnímu vyloučení (APSS ČR, 2015). Díky správně zvoleným činnostem dle Malíkové aktivně vyplňujeme čas klientům a podílíme se na vzniku jejich pravidelného režimu. Dle Hlaváčkové (2013) je velmi důležité, aby pracovníci sociálních služeb nalezli vhodné metody a postupy takových aktivizačních činností, které by vyhovovaly jedinečnosti každého klienta, a tak by aktivně udržovaly či zvyšovaly subjektivní pocit kvality života na co nejvyšší možné úrovni.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydala doporučený standard kvality pro domovy pro seniory (APSS ČR, 2015), kde uvádí doporučení jak pro individuální, tak skupinové činnosti (různé oblasti působení), které musí být prováděny dostatečně kvalifikovaným personálem. Tento standard dále doporučuje, aby se klienti domova pro seniory účastnili minimálně dvou vhodných činností. Suchá et. al. (2013) ve své publikaci upozorňuje nejenom na vhodnou a dostatečnou nabídku aktivizačních

činností. ale také klade velký důraz na respektování rozhodnutí klientů, u kterých musí být přijata jejich svobodná volba. Dále se autorka zaměřuje na správnou a pravidelnou nabídku těchto činností a na iniciativní motivování ke vzájemné spolupráci.

Hlavními přínosy poskytování aktivizačních činností v domovech pro seniory jsou dle Suché et. al. (2013) v komplexí a kvalitně poskytované péči, která přináší svým klientům:

a) aktivní mobilizace fyzických a psychických schopností – pasivita by mohla vést depresím, rozpadu osobnosti, agrese, apatie aj;
b) navázání či udržení nových vztahů a kontaktů, které vede k možnému překonávání pocitu osamělosti aj;
c) upevnění pocitu užitečnosti, uznání a participace – pozitivní ovlivnění vlastních hodno;
d) uvolnění se od ponurých myšlenek, tedy myšlenek na bolest, nemoc, smrt aj;
e) vzbuzení pocitů radosti, štěstí, potěšení, zábavy aj.

Navržení vhodných aktivizačních činností

Matoušek et. al. (2010) popisují důležitosti v procesu navržení vhodného prostředí, které má u klientů podpůrný charakter v rámci materiálního, psychologického, sociálního a duchovního prostředí. Autoři popisují důležitosti prostředí, které by na klienty mělo působit takovým způsobem, aby v nich rozvíjelo inspiraci, motivaci, smysl a podporovalo by je v jejich činnostech. Důležitosti podpory klienta spatřují autoři v pomoci hledání jeho naplnění, radosti, smyslu a v příznivých dojmech prožívání. Aktivity v domově pro seniory mohou přirozeně navazovat na to, co bylo pozastaveno (nemoc, bolest, hospitalizace aj.) nebo mohou rozvinout to, co klient uvnitř skrývá a mohlo by se přirozeně využít k možnému růstu rozvoje.

1.2.2 Sociálně terapeutické činnosti

Vymezení sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory nalezneme v zákoně o sociálních služných a blíže se jim pak věnuje § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Poskytování těchto činnosti dle této vyhlášky vede k možnému rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Dle Malíková (2011) se sociálně terapeutické činnosti cíleně zaměřují na zlepšování sociálních dovedností, právě ty můžeme najít v nastaveném individuálním plánování, kdy

získání těchto dovedností může být jeden z jeho hlavních stanovených cílů. Tyto dovednosti dle autorky podporují nebo rozvíjejí osobnostní a sociální schopnosti klientů, a tak předcházejí možnému sociálnímu vyloučení. Dále autorka popisuje snahu o navázání dobré spolupráce a získání pozornosti klienta, která by se měla soustředit na přítomnost a odrážet jeho silné stránky tak, aby neustále rozvíjela jeho schopnosti a dovednosti. Na sociálně terapeutických činnostech se stejně jako na těch aktivizačních podílí dle autorky celá řada odborníků, mezi kterými je velice důležitý tok informací sdílený s klientem. Cílem této spolupráce je dle této autorky podpora a rozvoj aktivit, které směřují k prevenci úbytku fyzických, duševních a sociálních funkcí, a tak zvyšují soběstačnost klientů. Hartl a Hartlová (2015) užívají ve spojení se sociálně terapeutickými činnostmi též synonyma jako socioterapie, nebo jen terapeutické činnosti, jejichž cílem začleňování klientů zpět do společnosti. Se synonymem socioterapie se také ztotožňuje Malíková (2011), kdy tzv. socioterapie je součástí systematického paradigmatu, kdy jeho podstata je zaměřená na nastavenou vzájemnou spolupráci s klientem a vhodně nastaveným komunikačním vztahem. Díky této spolupráci se dle autorky můžeme zaměřit především na přítomný prožívaný okamžik, není zde důležité se zaměřovat na analýzu celé životní situace klienta. Díky tomuto přístupu můžeme dle autorky přímo řešit aktuální problémy bez soustředění se na zkoumání příčin za využití aplikace silných stránek a potlačení těch slabých.

Další pohled na sociálně terapeutické činnosti nám nabízí Kozáková a Müller (2006), kteří tyto specializované odborné činnosti definují jako cílené jednání člověka s člověkem, směřující k odstranění či oslabení nežádoucích problémů, které vedou k prospěšným změnám (např. změny v prožívání, chování, jednání nebo fyzickém výkonu aj.).

Dále podle Kozákové a Müllera (2006) všechny nastavené terapie mají společné prvky, mezi které se řadí:

a) čas (pravidelnost/nepravidelnost či dlouhodobé/krátkodobé aj.);
b) struktura (metod, technik a terapeutických přístupů aj.);
c) individuální přístup (s ohledem na věk, pohlaví, zdravotní stav, soběstačnost aj.);
d) dobrovolnost (respektování svobodné vůle rozhodování);
e) záměr (preventivní, edukativní, rehabilitační aj.);
f) forma (individuální, skupinové aj.).

1.2.3 Formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností

Dle Suché et. al. (2013) by aktivizační a sociálně terapeutické činnosti měly být součástí každého domova pro seniory a měly by se neustále rozvíjet. Právě tyto činnosti dle autorky naplňují potřeby klientům a svým působením snižují nežádoucí důsledky stáří a poskytují prevenci sociálního vyloučení.

A. Formy aktivizačních a sociálně terapeutických činností

U forem aktivizačních a sociálně terapeutických činností nabízí mnoho autorů nespočet definic a dělení.

Dle Suché et. al (2013) můžeme tyto činnosti rozdělit do čtyř oblastí dle určitých hledisek, a to zejména podle:

Podle počtu klientů můžeme rozlišovat činnosti:

a) Individuální – výhodou individuálních činností je především individuální přístup, který cíleně uspokojuje potřeby a dané zájmy na míru klienta. Naopak nevýhodou individuálních činností je menší množství sociálních interakcí a komunikace jakož to u aktivit skupinových.
b) Skupinové – výhodou skupinových činností je větší počet zapojených klientů, vzájemná komunikace mezi nimi, interakce, možné navázání nových kontaktů. Díky skupinové dynamice můžeme využívat vícero aktivit, posilovat a udržovat kolektiv. Naopak nevýhodou skupinových činností může být možná frustrace klientů, kteří jsou introverti, nemají zájem se družit s kolektivem, nejsou průbojní a byli by skupinou utlačováni.

Podle míry zapojení klienta do aktivit rozlišujeme:

a) aktivity aktivní (cvičení, trénink paměti aj.);
b) pasivní (relaxaci, poslech hudby aj.).

V rámci těchto aktivit by měla panovat harmonie, která by propojovala působení obou druhů, a tak by přirozeně simulovala běžný život.

Podle orientace aktivit dle jednotlivých stránek osobnosti klienta:

a) zaměření se na fyzickou stránku klienta;
b) zaměření se na kognitivní stránku.

Podle zaměření činností

a) pracovní;
b) sebeobslužné;
c) zájmové.

Dalším formám činností se věnují také autoři Janiš a Skopalová (2016), kteří aktivizační a sociálně terapeutické činnosti dělí do následujících oblastí: kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací, veřejné, rekreační a cestovatelské, hobby a manuální aktivity.

Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) je velice důležitá pestrost možných aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které odpovídají potřebám klientů. Klienti si pak dle autorek mohou přirozeně vybrat, jakých činností se chtějí účastnit a v jakých oblastech se chtějí nejvíce rozvíjet.

B. Druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností

Stejně jakož to formy aktivizačních asociálně terapeutických činností nabízejí nespočet definic a možností tak i jejich druhy. Autoři Kroutilová Nováková et. al. (2011) upozorňují, že před samotným začátkem realizace je velice důležitá komplexní příprava. Dle autorů je důležité si stanovit vhodné formy, druhy poskytovaných činností a správně zvolený cíl, ke kterému budeme směřovat. Dále autoři nezapomínají na časový harmonogram, kde by měla být zaznamenaná délka činností a jejich četnost.

Vybrané aktivizační činnosti a terapie v domovech pro seniory:

Arteterapie

Arteterapie je druh terapie, která dle Müller et. al. (2014) využívá prostředky umění k ztvárnění prožívaných pocitů, nálad a stavů. Prostřednictvím tohoto sdílení je dle autorů navázáno hlubší propojení mezi klientem a terapeutem, a tak dochází k možnému lepšímu poznání sama sebe, pochopení prožívaných skutečností a pomoc při řešení vzniklých problémů. Arteterapie dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) slouží, jako prostředek k osobnímu projevu komunikace, u kterého nejde o estetický výsledek nýbrž o vlastní aktivitu, produktivní činnost a smysluplné trávení volného času. Další pohled na arteterapii nám nabízí Šicková a Fabrici (2016), kteří ji definují jako komplexní přehled technik a postupů, jejímž záměrem je úsilí pozměnit sebehodnocení seniora, zabezpečení smysluplné naplnění jeho života a vzbuzovat seniorovo sebevědomí. Z tohoto důvodu je arteterapie velice oblíbená a dle Wang a Mei-li (2016) je dobré ji využívat i u seniorů s demencí. Potměšilová a Sobková (2012) udávají faktorky, které se podílejí na

odpovídající volbě formy tohoto druhu terapie, a to v rámci: přání, potřeb, zájmu, závažnosti problému a na stylu práce terapeuta. Cílem tohoto druhu terapie je dle Lhotové a Perouta (2018) rozvoj kognitivních, duchovní a citové oblasti. Jones (2005) dodává, že cílem provádění tohoto druhu terapie je především zvýšení sebeúcty, sebedůvěry, sebehodnocení, identifikace pocitů a sebepoznání.

Muzikoterapie

Tento druh terapie je dle Beníčkové (2011) specializovaná léčebná metoda, která využívá hudbu jako styl léčebného prostředku. Autorka Gerlichová (2014) popisuje muzikoterapii, jako jeden z terapeutických oborů, který vede k procvičování mentálních a fyzických funkcí seniora, kdy k získání nehudebních cílů používá hudbu nebo hudební prvky. Kantor et. al. (2009) poskytuje jiný pohled na tuto terapii, která je vnímaná jako druh expresivní metody, jejíž klíčovým nástrojem je hudba. Dle autorů vzniká unikátní propojení jak mezi klientem a terapeutem tak i hudbou. Hudba má dle autorů pozitivní vliv na stav jedince, podílí se na utváření nových sociálních kontaktů, naplňuje lidské potřeby (emocionální, spirituální, seberealizační, tělesné, sociální aj.). Cílem dle těchto autorů je poskytnutí léčby, motivování, sociální interakce, seberozvoj, seberealizace, sebekontrola, uvolnění napětí a stresu nebo také zlepšení kvality života. Hudební aktivity dle Suché et. al. (2013) mohou vytvářet jeden terapeutický blok například v rámci poslechu oblíbené hudby, relaxace nebo se může jednat o součást jiných aktivizačních programů (kognitivní tréninky, reminiscenční terapie, snoezelen aj.). Za klíčové považují autoři správně nastavenou muzikoterapii, ve které se odráží klient v podobě jeho potřeb, preferencí, vztahu k hudbě, životnímu příběhu a aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu.

Smyslová aktivizace

Na smyslovou aktivizaci pohlížení autorky Wehner a Schwinghemmer (2013), jako na druh terapie, u které je důležité u klientů zapojit jejich všechny smysly. Pomocí takového působení na smysly u klienta, dle autorek vzbuzujeme příjemné pocity, jež rozvíjejí oblast motoriky, kognitivních funkcí a verbální komunikace. Cílem smyslové aktivizace je dle KlekRubin (2008) stimulovat všechny smysly klienta (zrak, sluch, hmat, pohyb, chuť, čich). Jestliže aktivně stimulujeme všechny tyto smysly, dochází tak dle autorů k redukci pocitu osamělosti, stresu, depresím a izolaci od okolí.

Taneční a pohybová terapie

Pohyb je v této terapii klíčovým prvkem. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013), je právě zmiňovaný pohyb součástí našeho celého života. Taneční a pohybové aktivity pak ve stáří dle Bowman et al. (2017) mohou tvořit velice důležitou složku možného rozvoje seniorů. V průběhu našeho života se v procesu stárnutí setkáváme dle autorek s poklesem fyzické výkonosti, která je zcela přirozená, avšak musíme usilovat o její udržování, jež má společenský a rehabilitační charakter. Navržené pohybové činnosti musí vždy odrážet individualitu klienta v rámci jeho zdravotní stavu a respektování úroveň tělesných schopností (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Na důležitost pohybových aktivit ve stáří upozorňuje Da Fonte et al. (2016).

Validace

Pojem validace uvedla jeho zakladatelka Naomi Feil, dle získaných dlouholetých zkušeností na pozici sociální pracovnice. U této terapie se jedná o přístup zaměřený na klienty s demencí s cílem jejich porozumění (Klevetová a Dlabalová, 2017). Dle Klevetové a Dlabalová (2017) se jedná o pochopení prožívaných emocí klienta a ujištění se o jejich opravdovosti. Dle autorek nepřijímání emocí klienta vede k znejistění, a naopak jejich přijetí je bránou do vcítění, důvěry, jistoty a síly, jenž pozitivně působí na zvyšující se sebevědomí, a tak snižuje stres. Tuto terapii popisuje také autorka De Klerk-Rubin (2008) jednoduchým, ale jasným přirovnáním, které zní je to jako „chození v botách toho druhého“ s cílem maximálního vcítění a porozumění.

Reminiscenční terapie

Dle autorek Janečkové a Vackové (2010) se reminiscenční terapie vyznačuje rozhovorem mezi klientem/klienty a terapeutem. Tento rozhovor je dle autorek specializovaně zaměřený na prožitý život, oblíbené aktivity, zkušenosti, vzpomínky aj. V rámci vzpomínání můžeme dle autorek využít nejrůznější pomůcky, jako jsou staré fotografie, nástroje, filmy, hudba, pracovní nářadí, módní doplňky, obrazy aj. Dle autorek Špatenkové a Bolomské (2011) jsou rozhodující dva faktory, a to daný terapeut jeho zkušenosti, dovednosti a ochota klientů se zúčastňovat této terapie.

Psychoterapie

Psychoterapie je dle Vymětala (2010) specializované odvětví. Toto odvětví se dle autora skládá z teoretického a aplikačního směru, který se svým působením zaměřuje na duševní stránku jedince, jeho chování a možné projevy. Tyto projevy a chování se dle autora po vzájemné dohodě snažíme společným úsilím změnit, jelikož nejsou zcela optimální pro daný okamžik. Výsledkem tohoto druhu terapie je dle Vymětala (2010) jasně daný cíl, který je předem definovaný, srozumitelný, reálný a průběžně sledovaný tak abychom mohli vyhodnocovat, v jaké fázi naší terapie se právě nacházíme.

Zooterapie

Zooterapie představuje dle Šoltésová (2015) aktivity, které mají charakter rekreační, edukační či terapeutický. Zvířata jsou dle autorek pečlivě vybrána a připravená na různé metody zooterapie, jenž směřují ke zlepšení kvality života klientů daného zařízení. Dle Bickové (2020) je zooterapie obor specializovaného vedení zvířete a představuje soubor úkonů a dovedností terapeuta. Cílem zooterapie je dle autorky využití pozitivního vlivu zvířat na všechny stránky klienta, tedy pozitivní působení na bio-psycho-sociální-spirituální stánky.

1.2.4 Multidisciplinární tým poskytující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v domově pro seniory

Dle Musila et. al. (2006) neexistuje přesná definice a vymezení pracovníků podílejících se na aktivizačních a sociálně terapeutických činností z důvodu rozdílnosti multidisciplinárních týmů v jednotlivých domovech pro seniory v ČR. Obecným posláním těchto pracovníků je dle autorů zajištění, organizování a vedení těchto činností směrem k naplňování potřeb svých klientů, jejich rozvoj a životní pokojnost. Vztah těchto pracovníků a klientů vede dle autorů k navázání dobré psychické a sociální podpory, uvolnění, psychické úlevy a může přispívat k udržování jejich potenciálu, jemné motoriky a kognitivních funkcí.

Dle Dohnalové, Nečasové a Trboli (2019) je multidisciplinární tým tvořen mnoha odborníky z různých profesí. Zmiňovaní autoři popisují fungování takového týmu, jenž je postaveno na vzájemné spolupráci, rovném postavení a zastupování své odbornosti. Díky takovému fungování multidisciplinárního týmu můžeme dle autorů přinášet do vzájemné spolupráce možný ucelený pohled na klienta ze všech stránek. Gulová (2011)

poukazuje na přesně definované cíle, znalosti rolí jednotlivých členů a komunikačním tokům, bez nichž by nedocházelo k úspěšné spolupráci. Bariéry, jimž bychom se měli bránit v rámci efektivního fungování multidisciplinárního týmu, popisuje ve své publikaci Matoušková a Vrabcová (2015).

Nejčastější bariery ve fungování multidisciplinárních týmech dle Matouškové a Vrabcové (2015) jsou:

a) neznalost náplně a rozsahu své role v týmu multidisciplinárním;
b) jiné nebo skryté domněnky od své role či od rolí ostatních členů týmů;
c) nevyhovující vzdělání nebo dispozice pro výkon role;
d) nastavení špatné vnitřní dynamiku týmu;
e) ochablá komunikace mezi členy týmu.

Nedílnou součástí multidisciplinární péče o klienty domovů pro seniory v kontextu aktivizačních a sociálně terapeutických činností je také dle Gabrielové (2018) navázání možné spolupráce s rodinou, přáteli klienta a zapojení dobrovolníků.

A. Členové multidisciplinárních týmu – nelékařští zdravotničtí pracovníci

Pojem nelékařský zdravotní pracovník nalezneme v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon vymezuje získáním způsobilosti u jednotlivých nelékařských zdravotních povolání. Mezi nelékařské zdravotnické povolání v domovech pro seniory podílející se na aktivizačních a sociálně terapeutické činností nejčastěji řadíme následující povolání:

Všeobecná sestra/bratr – hlavní úlohou tohoto povolání se v domovech pro seniory stává participace při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Všeobecná sestra/bratr dokáže správně vést ošetřovatelskou dokumentaci, ochrání osobní údaje klientů, spolupracuje s dalšími nelékařskými a pracovníky, vede specializovanou ošetřovatelskou péči, vypracovává ošetřovatelský plán, usiluje o posílení životní aktivizace klienta, uspokojuje psychosociální potřeby a podílí se na řadě dalších činnosti (Malíková, 2011).

Ergoterapeut – nastavuje léčebné cíle prostřednictvím ergoterapeutických vyšetření a zpracovává krátkodobé či dlouhodobé ergoterapeutické plány. Pomocí těchto plánů dochází pak k volbě nejvhodnější kombinace ergoterapeutických možností a postupů. Na tvorbě plánu se ergoterapeut nejčastěji podílí s fyzioterapeutem v rámci nastavené

komplexní rehabilitace prostřednictvím kondiční ergoterapie, kondičního cvičení, relaxačních metodách, metodách arteterapie aj. činnosti (Malíková, 2011).

Fyzioterapeut – péče v oblasti poruch pohybového aparátu prostřednictvím léčebné, diagnostické a preventivní péče. Provádění aktivních, pasivních, individuálních a skupinových cvičení s klienty, kdy pomocí nastaveného krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu se provádí hodnocení efektu nastavené terapie (Malíková, 2020).

B. Členové multidisciplinárních týmů – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a další povolání

Mezi další realizátory podílejících se na aktivizačních a sociálně terapeutických činnosti v domovech pro seniory jsou následující povolání:

Sociální pracovník – povolání sociálního pracovníka, jeho činnosti, kompetence, vzdávání a předpoklady k výkonu tohoto povolání nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Malíková (2020) uvádí seznam činností, se kterými se nejčastěji můžeme setkat u sociálních pracovníků v domovech pro seniory. V rámci tohoto seznamu činností se dle autorky nejčasněji jedná o: sdílení informací potencionálních zájemců o službu, sociální šetření, základní či odborné sociální poradenství, vedení sociální agendy, spolupráce při vytváření aktivizačních plánů klientů, vyřizování a podávání žádostí o invalidní a starobní důchod či přiznání příspěvku na péči či jeho zvýšení aj. činnosti.

Pracovník v sociálních službách – povolání pracovníka v sociálních službách, jeho činnosti, kompetence, vzdávání a předpoklady k výkonu tohoto povolání nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dle Malíkové (2020) mají právě pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory nejpočetnější zastoupení. Dle autorky zde vykonávají přímou obslužnou péči o klienty, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelské činnosti, a činnosti pod dohledem sociálního pracovníka.

Aktivizační pracovník – povolání aktivizačního pracovníka jako takového nenalezneme v žádném zákoně. Hlavní úlohou aktivizačního pracovníka v domově pro seniory je dle Musila, Kubalčíkové a Hubalíkové (2006) tvorba aktivizačních programů, jež se zaměřují na zájmy klientů a naplňování jejich potřeb. Dle autorů se aktivizační pracovník zaměřuje

na pohybové, smyslové, kognitivní, terapeutické a další podoby aktivizace, které se liší dle utvořené nabídky jednotlivých programů a pracovníků, kteří toto povolání vykonávají v jednotlivých domovech pro seniory.

Duchovní – duchovní složka jako součást multidisciplinární péče představuje dle Svatošové (2012) nezastupitelnou úlohu, která se zaměřuje na spirituální neboli duševní bolesti, jež nejsou možné vyléčit či zmírnit prostřednictvím zdravotnických pracovníků. Autorka popisuje duchovní složku jako péči, která je nejčastěji poskytovaná prostřednictvím externistů, kteří docházejí do zařízení dle potřeb klientů, nebo podle smluvních vztahů s danou organizací. Suchomelová (2016) poukazuje na problém ve fungování multidisciplinárních týmů, do kterých často nejsou zahrnuti duchovní a tím nedochází k adekvátní spolupráci mezi všemi členy týmu.

1.3 Managment domovů pro seniory

Managment v sociálních službách je pojem, jenž se dle Vebera et al. (2009) zaměřuje na umění dosáhnout stanovených cílů dané organizace. Dle autorů se jedná o přehled činností, bez níž by žádná větší organizace poskytující sociální služby nemohla efektivně fungovat. Dle Vodáčeka a Vodáčkové (2013) se managment v sociálních službách definuje jako vedení lidí, funkce vykonávané vedoucími pracovníky nebo dle účelu a užitých nástrojů.

1.3.1 Management a jeho funkce

Dle Matouška (2008) je managment v organizacích poskytující sociální služby prostředek, jenž umožnuje přímé zaměření na poslání a na kvalitní odbornou poskytovanou péči ve prospěch klientů. Na managment v organizacích také pohlíží Robbins a Coulter (2017) kdy jej definují jako určitý proces koordinace pracovních činností, přičemž skupiny pracovníků mají vytyčený společný cíl a usilují o jeho dosažení. Manažerem je pak dle autorů ten, kdo se podílí na možné koordinaci aktivit směřovaných k danému cíli. Magretta a Stone (2012) ve své publikaci vyzdvihují schopnosti vedoucích pracovníků, jimiž jsou umění pracovníky vést, účelně a cílevědomě organizovat nastavené procesy i dovednosti.

Dle Molka (2019) je nezbytné myslet na zdroje bez niž bychom nemohli dosahovat vytyčených cílů. Tyto zdroje jsou dle autora: lidské, materiální, finanční, informační. Dle

autora je důležité zajistit správnou koordinaci a efektivní využití zmiňovaných zdrojů tak aby vedli organizaci k plnění stanovených cílů a podíleli se na vytváření vhodných podmínek k splnění cílů organizace (primární úkol managmentu).

Funkce managmentu ve své publikaci uvádí Molek (2019), který tyto základní činnosti dělí do čtyř oblasti působení a to na:

a) Plánování – zaměření se na zodpovězení otázek co, kdo, kdy, jak zajistí v rámci stanoveného směřovaní organizace, a to prostřednictvím stanovení cílů a způsobů jejich možného dosažení.
b) Organizování – nastavení struktury prostřednictvím uspořádání hmotných a pracovních zdrojů. Vymezení určitých pravomocí, povinností a odpovědnosti jednotlivých pracovníků.
c) Vedení – proces zaměřený na ovlivňování a směřování pracovníků, nastavení správné koordinace činností, motivování a komunikaci.
d) Kontrola – zajištění konfrontace mezi skutečným stavem a plánovanými cíli.

1.3.2 Kompetence manažerských funkcí

Správný manažer se v sociálních službách neobejde dle Pitnerové (2008) bez osobnostních kompetencí, mezi které dle autorky můžeme řadit způsobilost k vnímání, umět nabídnout adekvátní pomoc, stanovit si klíčové priority, přijmout rozhodnutí a s tím spojená rizika, rozvíjet iniciativu, ponaučení se z vlastního jednání a chování, přijímat změny a podílet se na rozvoji etických postojů. Dle Molka (2019) se jedná o jednu z nejnáročnějších profesí představující mnoho dovedností a zkušeností spojených s vytvořením ambiciózního, intelektuálního a tvořivého týmu spolupracovníku podílejících se na dosahování vytyčených cílů.

Plánování

Vodáček a Vodáčková (2013) ve své publikaci uvádějí plánování jako tzv. informační proces, jenž se zaměřuje na stanovení cílů a relevantních realizačních postupů vedoucí k jejich dosažení. Při procesu plánování se dle autorů mohou nabízet nejrůznější možnosti toho, jak k danému cíli dojít, pro nás by však mělo být vždy důležité vybrat ty nejvhodnější, nejefektivnější a nejkratší. Při plánování nesmíme dále dle autorů zapomínat na zdroje, ze kterých bychom měli vždy vycházet.

Organizování

Proces organizování dle Molka (2019) vymezuje konkrétní úkoly a činnosti bez niž bychom nedosáhli požadovaných stanovených cílů. Dle autora je klíčové pro jednotlivé kroky a činnosti mít pověřené konkrétní jedince, týmy či útvary, kteří se budou na celém procesu podílet. Amstrong a Taylor (2014) uvádí, že vlivem organizování nastává sdružování lidí, a tak vzniká daná organizační struktura, jež je rozdílná dle každé organizace. Autoři zmiňovanou organizační strukturu dělí do dvou možných typů. První typ je dle autorů formální organizační struktura představující předem dané seskupení pracovníků, jenž mají od managmentu přesně daná pravidla, normy, činnosti a jiné požadavky směřované od managmentu dané organizace. Druhý typ je dle Molka (2019) neformální organizace, která představuje seskupení pracovníků dle vlastních potřeb, vztahu, chování a vzájemnou spolupráci ovlivněnou dalšími okolnostmi probíhající v rámci organizace.

Výběr a rozmístění pracovníků

Vajner (2007) ve své publikaci popisuje důležitosti vhodného výběru jednotlivých členů pracovního týmu, jenž tvoří jeden z předpokladů úspěšného chodu zařízení. Při výběru nových pracovníku musíme brát v úvahu nespočet faktorů, které nám dle autora nasměrují k výběru toho nejlepšího pracovníka pro naše zařízení. Molek (2019) udává cíl, který spatřuje v každé organizaci v rámci zaměstnávání špičkového personálu. Lidé jsou dle autora jedním z nejdůležitějších zdrojů, představují soubor znalostí, schopností, dovedností, tvořivosti, ambicí aj. schopností, jenž pro naše zařízení představuje možné odlišení od ostatních zařízení, a to ať ve formě silných či slabých stránek.

Vedení a kontroling

Vedení je dle Molka (2019) proces zaměřující se na ovlivňování lidí směrem k dosahování cílů, a to v kontextu skupiny spolupracovníků a celé organizace. Dle autora se jedná o způsob ovlivňování lidí, jenž je vnímán jako umění, které tvoří jednu v nejtěžších a zároveň nejzajímavějších manažerských dovedností. Správný manažer dle autora musí disponovat nejrůznějšími dovednostmi a schopnostmi mezi, které řadíme: Time managment, krizová komunikace, motivace komunikační techniky apod. Správným lídrem tedy manažerem se dle autora nerodíme, ale stáváme se jim v průběhu našeho života.

Dle McGrath, a Bates (2017) můžeme vedení rozdělit do třech základních stylů řízení:

a) Autokratický – autokratický lídr potlačuje iniciativu a možnou seberealizaci svých podřízených pracovníků, pracuje autonomně, dává příkazy, u nichž očekává jejich plnění.
b) Demokratický – demokratický lídr aktivně spolupracuje s podřízenými, komunikuje s nimi, vede diskusi, podněcuje ke spolupráci a je brán jako vzor.
c) Liberální – liberální lídr svěřuje zaměstnancům velkou volnost a svou moc využívá jen zřídka. Tento způsob práce je zaměřen na předávání informací, podpoře a pomocí při překonávání vzniklých překážek.

Kontroling je dle Vodáčka a Vodáčkové (2013) zaměřen na poskytnutí zpětné vazby, jenž nám slouží k možnému odhalení rizik ve správný čas, abychom se mohli efektivně vyhnout možnému odchýlení se od stanoveného cíle. Dle výše uvedených autorů se jedná o zhodnocení aktuální skutečnosti oproti požadované.

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce „Management aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory“ je popsat management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče.

Výsledky z provedeného výzkumu poskytnou zmapování poskytovaných aktivizačních a sociálně terapeutických činností a možný pohled do procesu managmentu tedy do plánování, organizování a vedení zmiňovaných činností. Tyto výsledky budou mít veliký význam, pro vybraný domov pro seniory, kde bude realizován výzkum a také pro ostatní domovy pro seniory, které prostřednictvím aktivizačních a sociálně terapeutických činností přispívají ke spokojenosti a rozvoji schopností svých klientů.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě hlavního cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka (HVO) a následně i jedna dílčí výzkumná otázka (DVO1). Tyto otázky vedou k naplnění cíle výzkumné části diplomové práce a jsou následující:

HVO: Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?

DVO1: Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče?

3 Metodika

Teoretická část diplomové práce byla vypracována na základě studia odborné literatury a zdrojů, jenž se zabýval tématikou péče v domovech pro seniory, aktivizačními a sociálně terapeutickými činnostmi a managmentem domovů pro seniory.

Praktická část diplomové práce byla zpracovaná pomocí strategie kvalitativního výzkumu prostřednictvím metody dotazování a techniky polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturované rozhovory byly provedeny v rámci členů multidisciplinárního týmu (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti, staniční sestry) jenž zajišťují aktivizační a sociálně terapeutické činnosti ve vybraném domově pro seniory.

Samotný výzkum postupoval ve dvou předem navržených fázích, kdy byl nejprve realizován předvýzkum a následně se uskutečnil vlastní výzkum.

3.1 Použitá výzkumná strategie

Jak již bylo zmíněno, pro zpracování diplomové práce byla vybrána strategie kvalitativního výzkumu, kterou popisuje ve své publikaci Hendl (2016). Autor se zaměřuje na popis kvalitativního způsobu z pohledu procesu, jenž je orientován na hledání porozumění v rámci metodologických tradic zkoumání v nastavených lidských či sociálních nesnázích. Dále však autor upozorňuje na nejednoznačné vymezení způsobu provedení kvalitativní strategie. Mnoho autorů spatřuje v kvalitativní strategii nesnáze v tom, že se jedná o příliš rozmanité označení pro rozdílné přístupy, však Hendl (2016) tyto nesnáze vnímá jinak. Kvalitativní výzkum se dle tohoto autora zaměřuje na vytvoření možného komplexního, holistického obrazu na daný zkoumaný jev.

Kvalitativním výzkumem se také zabývají Švaříček a Šeďová et. al. (2014), kteří spatřují podstatu této strategie ve zkoumaném jevu, který je možné prozkoumat do hloubky a podstaty jeho bytí prostřednictvím získání možného maximálního množství informací. Následně po nabití těchto komplexních informací se začíná výzkumník dle autorek zabývat opakujícími souvislostmi.

3.2 Použitá metoda a technika sběru dat

Pro získání potřebných dat k provedení výzkumu byla využita metoda dotazování a technika polostrukturovaných rozhovorů s předem stanovenými otevřenými otázkami.

Dle Mišoviče (2019) se u využití dotazovaní prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů pomáhá výzkumníkovi se zaměřit na zásadní smysl výzkumu, jenž je kompletně naplněný stanoveným cílem a výzkumnými otázkami. Této autor dále uvádí, že zmiňovaná technika dotazování je jednou z nejužívanějších z důvodu své pochopitelnosti, pružnosti, dostupnosti, a má schopnost odhalit hlavní a často i skryté stránky zkoumaného jevu.

Metoda dotazování a technika polostrukturovaných rozhovorů, byla provedena v rámci účelového výběru s členy multidisciplinárního týmu zajišťující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti ve vybraném domově pro seniory. Rozhovory byly strukturovány na základě dvou stanovených výzkumných otázek v korespondenci se stanoveným cílem celého výzkumu. Záznamový arch s otázky je pak k dispozici v Příloze č.2.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl získán prostřednictvím účelového výběru, kdy byly provedeny polostrukturované rozhovory s členy multidisciplinárního týmu, jenž zajišťují aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, které jsou výzkumným jevem diplomové práce. Výzkumu se zúčastnili tři sociální pracovníci, tři aktivizační pracovníci, tři pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů), tři fyzioterapeuti a tři staniční sestry. Získání informantů bylo poměrně náročné z důvodu strachu některých pracovníků poskytnout informace ohledně fungování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tento strach spočíval v odhalení informantů, i když všichni byli ubezpečeni, že, anonymita je jednou z hlavních principů provedení výzkumu.

Sběr dat byl následně u všech pěti pracovních skupin informantů ukončen na základě saturace odpovědí. Dle Seidmana (2006) je saturace odpovědí situace, kdy od informantů nejsou získávaný nové informace, a tak dochází k vysycení výzkumného souboru.

Kritéria výzkumu:

1. Kritériem výzkumu byl domov pro seniory, který se nachází v Jihomoravském kraji.

2. Kritériem výzkumu byl písemný souhlas s ředitelem/ředitelkou domova pro seniory o realizaci výzkumu v zařízení.

3. Kritériem výzkumu byl výběr členů multidisciplinárního týmu, jenž poskytuje aktivizační a sociálně terapeutické činnosti ve vybraném domově pro seniory v rozsahu déle jak jeden rok.

4. Kritérium výzkumu byl ústní souhlas s provedením výzkumu se všemi informanty.

3.4 Předvýzkum

Pro efektivní realizaci výzkumu a zodpovězení cíle s výzkumnými otázky byl realizován předvýzkum v prosinci 2021. Předvýzkum spočíval v ověření si stanovených otázek do předem strukturovaného polostrukturovaného rozhovoru. Otázky musely být formulovány tak, aby byly co nejvhodnější, jasné, srozumitelné a jejich formulace byla nastavená správně a přispívala k získání dat, jenž směřuje k požadovanému zodpovězení cíle diplomové práce. Z tohoto důvodu byl realizován předvýzkum tak, aby odhalil případné potíže a mohly se včas realizovat případné změny či doplnění stanovených otázek.

Předvýzkum sloužil pro tuto diplomovou práci jako možný přehledový ukazatel průměrné časové náročnosti, kterou bylo nutné věnovat zvlášť každé informantce. U každého člena multidisciplinárního týmu byl proveden vždy zvlášť jeden rozhovor. Tak, aby bylo zajištěno, že všechny informantky (členové multidisciplinárního týmu), jež se podílejí společně na poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, rozumí v rámci své profese všem kladeným otázkám v rámci nastaveného polostrukturovaného rozhovoru.

Po ukončení předvýzkumu bylo zjištění takové, že požadované otázky do polostrukturovaného rozhovoru jsou formulovány správně tedy jasně, srozumitelně, a tak aby aktivně získávaly požadované informace, na niž se tážeme. Z tohoto důvodu již nebylo nutné do nastavených otázek zasahovat a upravovat je či je doplňovat. Rozhovor s každým informantem, jak v rámci předvýzkumu, tak v rámci samotného výzkumu, trval přibližně 30 minut, což bylo pro potřeby výzkumu dostačující.

3.5 Realizace výzkumu

Pro efektivní rozvržení času byl stanoven harmonogram (viz Tabulka č. 1), jenž reflektoval celý výzkum od jeho začátku po jeho výsledné ukončení. Dle harmonogramu byly náležitě splňovány jednotlivé aktivity, které byly rozvrženy do jednotlivých měsíců v roce tak, aby došlo k řádnému odevzdání diplomové práce v požadované časové lhůtě.

Harmonogram jednotlivých aktivit a časového rozmezí byl rozdělen do čtyř následujících fází procesu:

a) První fáze výzkumu se zaměřovala na rešerši odborné literatury a získání veškerých zdrojů v tištené či internetové podobě, jež se zaměřovaly na danou problematiku diplomové práce. Požadované minimum těchto zdrojů byl stanoven na padesát odborných zdrojů a minimálně deset z toho cizojazyčných. Po získání všech odborných zdrojů nastalo samotné zahájení a sepsání teoretické části diplomové práce.

b) V druhé fázi byly stanoveny otázky do polostrukturovaných rozhovorů, jenž reflektovaly zodpovězení cíle diplomové práce a stanovené výzkumné otázky. Následně byl proveden předvýzkum, jenž umožnil ověření, zda tyto otázky jsou jasné, srozumitelné a zda díky nim budou získána požadovaná data do výzkumu.

c) V třetí fázi byla provedena samotná realizace výzkumu, které předcházel písemný souhlas s ředitelem/ředitelkou domova pro seniory, ve kterém výzkum probíhal. Celkový počet získaných informantů byl patnáct (tři sociální pracovníci, tři aktivizační pracovníci, tři pracovníku v sociálních službách a tři staniční sestry) Rozhovor s každým informantem probíhal zvlášť a byl anonymní. Na začátku každého rozhovoru byl představen výzkumník, cíl diplomové práce a její využití, informace o dobrovolné účasti, předpokládaná délka společného rozhovoru. Následně byla všem informantům nabídnuta možnost se na veškeré informace ohledně výzkumu doptat případně z výzkumu kdykoliv odstoupit. Informanti, kteří se zapojili do výzkumu, vyslovili souhlas s realizací výzkumu, a tak samotné získávání informací o dané problematice mohlo započít. Před každým rozhovorem bylo, každému informantovi poděkováno za ochotu, otevřenost, opravdovost a pravdivost jejich odpovědí. Samotné rozhovory, které byly uskutečněny, trvaly přibližně třicet minut. Informantům bylo položeno dvacet strukturálně daných otázek a několik doplňujících. Nastavené otázky byly rozděleny do čtyř okruhů, které se týkaly sociodemografických údajů (viz

Tabulka č. 2,3,4,5,6), průběhu managementu aktivizačních a sociálně terapeutických činností, způsobu realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče. V rámci každého rozhovoru převládal klid a přátelská atmosféra. Tyto subjektivní pocity byly následně ověřeny prostřednictvím zpětné vazby. Rozhovory měly nejenom velký přínos pro diplomovou práci, ale i pro samotného výzkumníka a informanty. Výzkum byl následně ukončen na základě saturace odpovědí jednotlivých skupin pracovníků.

d) Ve čtvrté fázi proběhlo zpracování všech výsledků výzkumu a následně byla sepsána diskuse a závěr celé diplomové práce.

Tabulka č. 1 – Harmonogram diplomové práce

Fáze diplomové práce	Aktivita	Časové vymezení
1. fáze	Sběr a práce s odbornou literaturou a zdroji určených pro sepsání teoretické části diplomové práce.	Září–Listopad 2021
2. fáze	Stanovení otázek do polostrukturovaných rozhovorů a předvýzkum.	Prosinec–2021
3. fáze	Realizace výzkumu a zpracování praktické části diplomové práce.	Leden–Březen 2022
4. fáze	Zpracování všech získaných výsledků výzkumu, diskuse a závěr diplomové práce.	Duben–2022

Zdroj: Vlastní výzkum

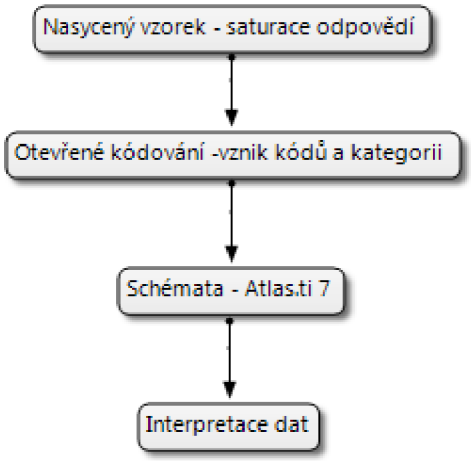
3.6 Způsob vyhodnocení dat

Jako nejvhodnější způsob, pro vyhodnocení získaných dat v rámci zvolené strategie kvalitativního výzkumu bylo zvoleno otevřené kódování, kdy vzniklé kódy a kategorie byly zpracovány jako schémata prostřednictvím programu Atlas.ti7. Tento způsob vyhodnocení dat nám dle Fejenčíka (2006) přináší induktivně odvozenou teorii v rámci procesu zkoumaného jevu. Tato teorie je vytvořena a prozatímně ověřená pomocí systematického seskupení údajů o právě zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů.

Logický rámec analýzy postupu výzkumu

Ve stádiu, kdy se odpovědi informantů opakovaly, byl sběr dat ukončen z důvodu nasycení výzkumných vzorků. Následně byly rozhovory zpracovány v programu Atlas.ti 7, kdy prostřednictvím tohoto programu bylo zahájeno otevřené kódování. Kódy byly následně kategorizovány a následně zanalyzovány.

Schéma č. 1 Logický rámec analýzy postupu výzkumu



Zdroj: vlastní výzkum

3.7 Etika výzkumu

Etika výzkumu hraje dle Hendla (2016) velmi důležitou a nezastupitelnou úlohu, případné nedodržování zásad u zpracovávání získaných dat výzkum znehodnocuje a výzkum se tak může stát neetický.

Výzkumu se zúčastnilo pět výzkumných souborů, které představovaly zastoupení pěti pracovních pozic, které se v rámci svého multidisciplinárního působení podílejí na poskytovaní aktivizačních a sociálně terapeutických činností ve vybraném domově pro seniory.

Výzkumné soubory byly tvořeny následovně:

a) první výzkumný soubor – sociální pracovníci;
b) druhý výzkumný soubor – aktivizační pracovníci;
c) třetí výzkumný soubor – pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů);
d) čtvrtý výzkumný soubor – fyzioterapeuti;

e) pátý výzkumný soubor – staniční sestry.

Jelikož se výzkum realizoval v jednom vybraném domově pro seniory, byl sjednán písemný souhlas o možnosti provedení výzkumu s ředitelem/ředitelkou daného zařízení. Ředitel/ředitelka daného zařízení si přál/a aby jeho zařízení zůstalo v anonymitě, a tak písemný souhlas s daným zařízením je uložen v mém osobním archivu a v diplomové práci ho nalezneme pouze ve formě vzoru (Příloha č. 1.). Účast na tomto výzkumu byla zcela dobrovolná a anonymní, kdy informanti byli před zahájením samotného sběru informací řádně obeznámeni o účelu sběru informací, na co a jak budou získané informace použity a jaký bude průběh našeho rozhovoru. V rámci realizace rozhovorů měli informanti možnost přerušit rozhovor, vynechat nepříjemné dotazované otázky či účast na výzkumu zcela dobrovolně kdykoliv ukončit. Všem informantům byla položena otázka, zda zmiňovaný rozhovor mohu nahrávat na mobilní zařízení s tím, že veškerý zvukový záznam slouží pro přepsání a následné zpracování. Dále jsem znovu obeznámila informanty, že zvukový záznam podléhá anonymitě a získané nahrávky nebudou nikde zveřejněny. Souhlas o provedení rozhovorů s jednotlivými informanty byl proveden ústní formou. Následně jsem předala informaci o možném předáním výsledů z celkového výzkumu. V rámci zachování anonymity lze nalézt v textu informanty pod identifikační zkratkou tak aby nebyly odhaleny jména ani jiné identifikační údaje všech účastníků výzkumu.

Identifikační zkratky:

a) sociální pracovníci – SP1, SP2, S3;
b) aktivizační pracovníci – AP1, AP2, AP3;
c) pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů) – PSS1, PSS2, PSS3;
d) fyzioterapeuti – FY1, FY2, FY3;
e) staniční sestry – SS1, SS2, SS3.

Po ukončení všech rozhovorů byly veškeré pořízené nahrávky z mobilního zařízení přepsány do textové podoby v textovém procesoru Microsoft Word a dále zpracovány v počítačovém programu Atlas.ti.7 Následně byly veškeré nahrávky smazány a písemně zaznamenané přepisy jsou uloženy v mém osobním archivu.

4 Výsledky

Tato kapitola diplomové práce je věnována výsledkům, které byly získány na základě vybrané strategie kvalitativního výzkumu prostřednictvím metody dotazování a techniky polostrukturovaných rozhovorů s pěti výzkumnými soubory (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách – klíčový pracovníci klientů, aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti, staniční sestry). Výzkum byl tvořen celkem z patnácti pracovníků, jež zastupovali zmiňované pracovní pozice v jednom vybraném domově pro seniory.

Cílem diplomové práce byl: „Popis managementu poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče ". Následně byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka: „Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?" a jedna dílčí: „Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče? ". Získané výsledky, které vedou k naplnění cíle a zodpovězení stanovených otázek jsou interpretovány níže v jednotlivých podkapitolách. Následně je důležité zmínit, že níže poskytnuté výsledky se týkají pouze účastníků výzkumu v jednom nejmenovaném domově pro seniory a nelze je zobecnit pro všechny domovy pro seniory a pracovníky, jež pracují na stejných pracovních pozicích. Části rozhovorů nalezneme v jednotlivých podkapitolách výsledků dle příslušné pracovní pozice a jsou v podobě přímé citace tedy doslovného přepisu bez jazykové korektury.

4.1 Výsledky rozhovorů – sociální pracovníci

V rámci třech provedených rozhovorů se sociálními pracovníky byly získaná data vyhodnocena prostřednictvím otevřeného kódování. Kódy pak byly rozděleny do kategorií, které budou v následující kapitole popsány. Pro lepší přehlednost nám k interpretaci dat pomůže tabulka se sociodemografickými údaji a schémata v rámci otevřeného kódování.

Vzniklé kategorie:

1. Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností
2. Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností
3. Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Sociodemografické údaje

Tabulka č. 2 – Sociodemografické údaje – sociální pracovníci

	Pohlaví	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka práce se seniory	Délka práce v pomáhající profesi	Vzdělávací aktivity v rámci ak. a soc. ter. činností
SP1	Žena	Sociální pracovník	Vysokoškolské Bc.	9 let	9 let	Aromaterapie, komunikační dovednosti s klienty a umírajícími, paliativní péče, prevence syndromu vyhoření
SP2	Žena	Sociální pracovník	Vysokoškolské Bc.	5 let	7 let	Aromaterapie Snoezelen
SP3	Žena	Sociální pracovník	Vysokoškolské Mgr.	13 let	13 let	Žádné

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 2 vyplývá, že se výzkumu na pracovní pozici sociální pracovník účastnili tři sociální pracovnice. Jejich vzdělání odpovídá požadavkům na tuto profesi v oblasti sociální práce. Po ukončení studia informantky SP1, SP2 a SP3 nastoupily do zaměstnání v rámci pomáhající profese. Informantka SP2 první dva roky působila v domově se zvláštním režimem a následně se všechny cesty informantek potkaly v domově pro seniory, kde byl realizovaný výzkum. Vzdělávací aktivity v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností nejvíce uvedla informantka SP1, která zmiňované aktivity zčásti realizovala v rámci svého osobního rozvoje bez zapojení podpory domova pro seniory. Informantka SP3 se neúčastnila žádných vzdělávacích aktivit v rámci zkoumaných oblastí z důvodu rodičovské dovolené. Všechny informantky vyjádřily potřebu rozvoje v této oblasti, kdy jsou v zařízení spíše vnímány jako tzv. úřednice a nevyužívají všechny kompetence, kterými sociální pracovníci mohou disponovat.

Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností

První kategorie, jež byla získána z provedených rozhovorů s informantky, se vztahuje k průběhu managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tato získaná kategorie popisuje, jak jsou v zařízení zaváděny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, jejich metodické vedení, průběh plánovaní, podílení se na vedoucích úlohách, stanovení cílů a způsob jejich vyhodnocení.

První otázka se zaměřovala na zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Z této oblasti bylo zjištěno, že zavádění nových zmiňovaných činností je záležitostí, která je nejčastěji řešena prostřednictvím pravidelných porad, jež probíhají s vedením jedenkrát za týden. Taková porada dle SP1 představuje: *„Je to takové ta naše klasická porada s vedením o kafíčku. Je to asi zhruba rok, co jsme na tyto porady už také zvány, jinak vždy vše jde přes vrchní sestru k přímému vedení.“* Shodné odpovědi měly všechny informantky. Toto tvrzení také bylo doplněno informantkou SP3, jež pociťuje tuto záležitost jako spíše neorganizovanou. V zařízení se dle informantek nevyhledávají nové možnosti aktivizačních a sociálně terapeutických činnosti a zavádění těchto nových činností je pouze v rukou zaměstnanců, kteří nové možnosti identifikují a následně je prezentují vedení.

Další otázka se zaměřila na již realizované aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, kdy bylo předmětem zkoumání jejich metodické vedení. Z této oblasti vyplynulo, že na metodickém vedení se podílí především staniční sestry v návaznosti s vrchní sestrou. Zdravotní sektor je zde klíčový a je součástí vedení společně s ekonomickým oddělením, kdy na samém vrcholu vedení je ředitel/ředitelka daného zařízení. Informantka SP2 uvedla*: „Ráda bych se z mé pozice podílela na metodickém vedením, není k tomu, ale prostor a ani iniciativa. Vše je pod zprávou zdravotního úseku, a to jsme sociální služba.”* I když iniciativa byla od všech informantek v rámci metodického vedení, všechny se také shodly, že v konečném důsledku není na metodické vedení vytvořená dostatečná podpora a vhodný časový prostor, jež by byl v rámci této kompetence významný.

Otázka, jež přirozeně navazovala na metodické vedení, byla zaměřena na vedoucí postavení v rámci nastavených činností. Odpovědi na tuto otázku byly zřejmé z předchozí otázky, která poukázala na problematiku postavení sociálních pracovníků v rámci organizační struktury domova pro seniory. Dle získaných informací z této otázky vyvstanu-la potřeba být součástí vedoucího týmu vedle zdravotního sektoru, jenž vnímají

informantky jako rovnocenného partnera. Informantky uvedly, že se jejich postavení lepší a přibližně rok se účastní pravidelných porad s vedením, i když spíše jako pasivní členové. Informantka SP3 uvedla*: „Jsme takový spíš realizátoři předem stanovených aktivit a činností. Za ty porady jsem fakt ráda a oceňuji je, ale bylo by potřeba protlačit víc ten náš sociál.“*

Průběh samotného plánovaní aktivizačních a sociálně terapeutických činností z pozice informantek je již dle získaných údajů pestřejší, kdy v rámci jednotlivých klientů vzniká provázaný systém plánování, jenž je zahájen právě se sociálními pracovníky. Informantky v rámci plánování uvedly, že se jedná o to velice náročný proces, jenž spočívá již před nástupem nového klienta a těsně po nástupu. Cílem plánování je zajištění potřeb a cílů klientů tak, aby byl proces adaptace co nejvíce přirozený a přívětivý. Dále tento proces doplnila informantka SP1*: „Hlavní je vždy dobře vést rozhovor, pak jde už vše samo. Představím nového klienta s týmem pečujících a zaznamenám základní potřeby a cíl.“* Dále v tomto procesu mají klíčovou roli pracovníci v sociálních službách, tedy klíčový pracovníci jednotlivých klientů a staniční sestry. Právě jim jsou předány zachycené informace od sociálních pracovníků. Pracovníci v sociálních službách a staniční sestry se pak podílejí na sestavení individuálního plánu, jehož součástí jsou aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které zasahují do celého chodu a týkají se všech klientů zařízení je dle informantek v režii ředitele/ředitelky zařízení a do této oblasti přímo nezasahují.

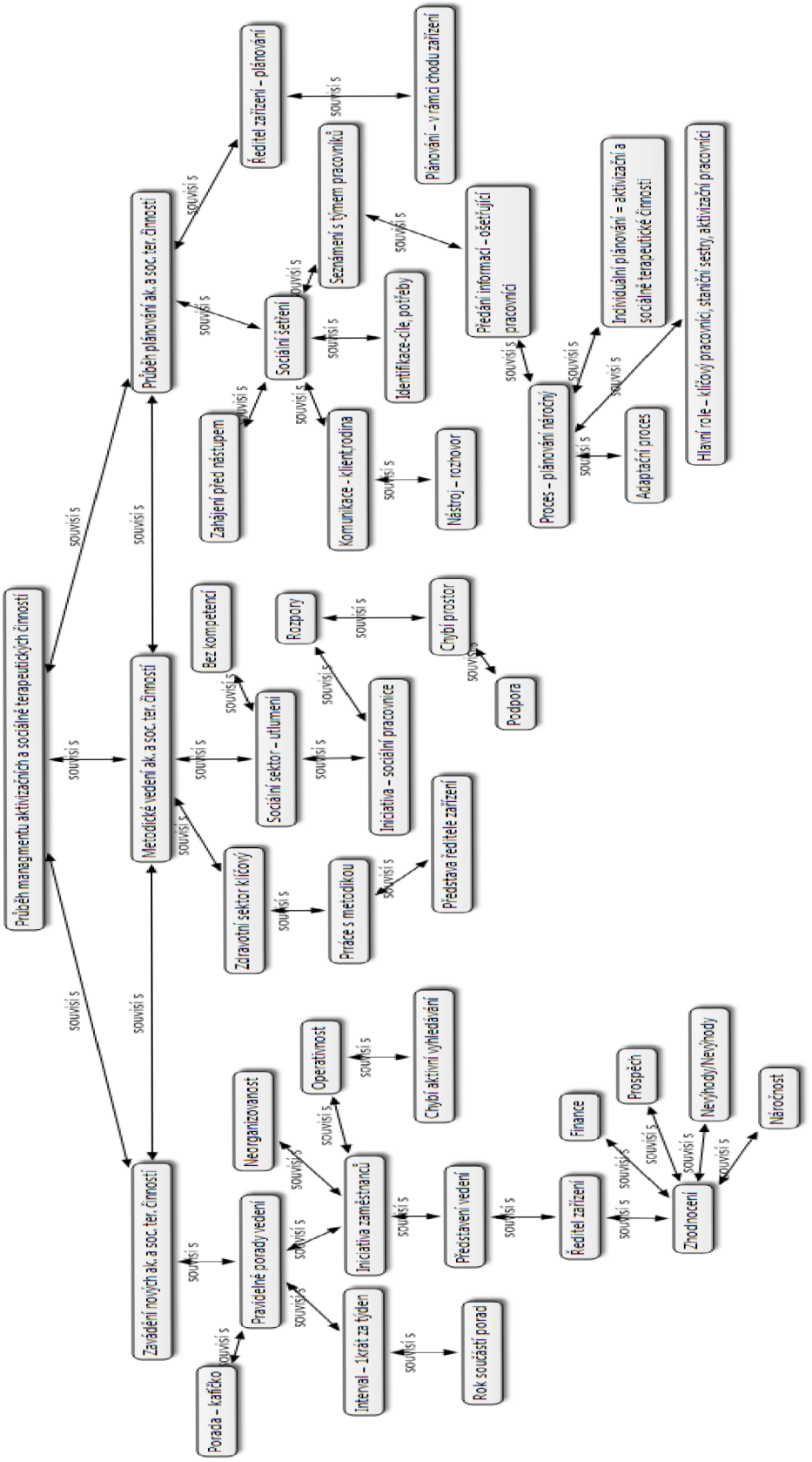
Otázka, jenž byla předposlední v rámci této kategorie, se zaměřovala na stanovení cílů v rámci nastavených aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci výše zmíněné otázky bylo zřejmé, že kompetence v rámci stanovování cílů sociální pracovnice tohoto zařízení nemají V této souvislosti informantka SP2 uvedla: *„Jsme tu, jako spojky pouze z kraje pak už jsou na řadě pouze pracovníci v sociálních službách a staniční sestry.“* Dále SP1 uvedla: *„Zajištění prvotních potřeb a očekávaní jaké má klient a jeho rodina mají od naší služby je naše gró, v rámci cílů a o zbytek agendy se už starají jiní členové pečujícího týmu*.“

Průběh vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činnosti tvoří závěr první kategorie. Na vyhodnocení se informantky nepodílejí přímo, avšak jestliže se jedná o skupinové aktivizační či sociálně terapeutické činnosti (společenské akce, koncerty, přizvání si specialistu v rámci určité přednášky, specializované terapie), tak vyhodnocení

samotných akcí je v rukou informantů, tedy sociálních pracovníků, kteří zpracovávají a vyhodnocují zprávu řediteli/ředitelce zařízení, na sociální sítě, do místního zpravodaje a případně do výročních zpráv. S ohledem na vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností u jednotlivých klientů se podílejí pouze pracovníci v sociálních službách, tedy klíčový pracovníci, popřípadě v ojedinělých případech staniční sestra, která tvoří jakousi dopomoc při celém procesu individuálního plánování.

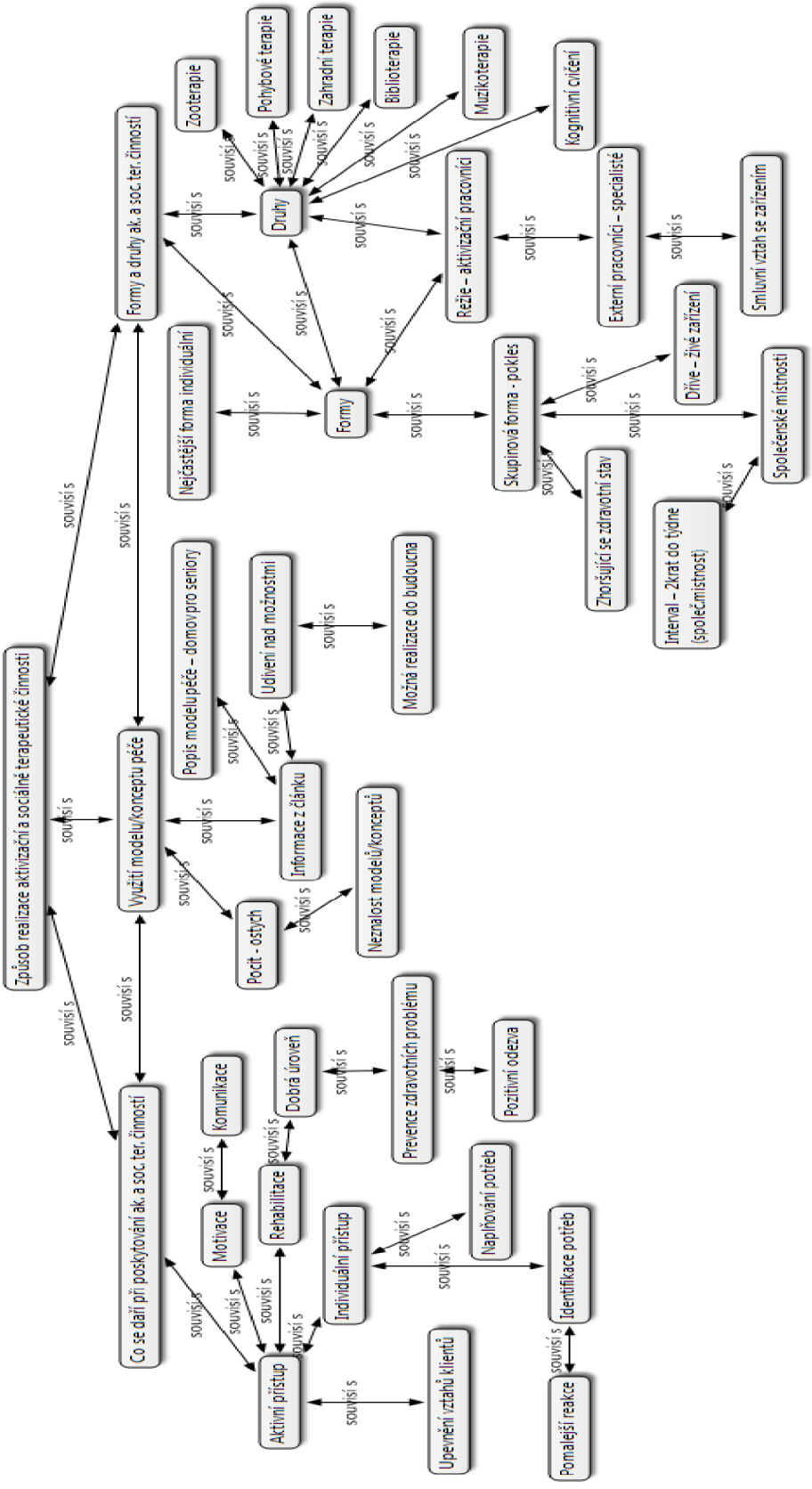
Nyní následuje schéma č. 2 a 3, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.2 – První kategorie 1/2 (sociální pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č.3 – První kategorie 2/2 (sociální pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Druhá kategorie, jež byla získána z provedených rozhovorů s informantkami, se vztahuje ke způsobu realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tato kategorie odpovídá na to, co se informantkám daří v rámci jejich pracovní pozice při poskytování zmiňovaných činností, na využití konceptu či modelu péče, jenž by výrazně ovlivňoval celý chod zařízení, na využívané druhy a formy aktivizačních a sociálně terapeutických činností, nabízení těchto činností s ohledem na individuální stránku každého klienta a v neposlední řadě na důležitost těchto činností v rámci subjektivního vnímání informantek.

Na otázku, co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností informantkám daří, byly získány pozitivní a opakující se odpovědi. Z polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že se celé zařízení snaží aktivně reagovat na potřeby svých klientů a přispívat k jejich naplňovaní. Následně informantka SP3 doplnila tuto skutečnost o*: „Rehabilitační cvičení tu máme opravdu na velmi dobré úrovni, jeho prostřednictvím zlepšujeme, posiluje a zachováváme rozsah hybnosti, na těchto cvičení si klienti také upevňují vztahy mezi sebou a motivují se.“*

V rámci druhé otázky byl z informantek cítit menší ostych a neznalost možných modelů či konceptu poskytované péče. Jedna informantka na tuto otázku nechtěla odpovědět a další odpovědi byly takové, že žádné koncepty či modely informantky přímo neznají. Pouze informantka SP3 uvedla, že se o určitém modelu dočetla v rámci jednoho článku v časopise, jenž byl popsaný model péče, který je aplikovaný v jednom domově pro seniory. Na název si informantka bohužel nevzpomněla, avšak k tomuto tématu doplnila*: „Když jsem o tom četla, byla jsem velice překvapená, jak vše může fungovat a jak by to i třeba tady jednou mohlo vypadat.“*

Třetí otázka se zaměřila na používané formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Nejčastější forma těchto činností zde měla zastoupení individuální z důvodu horšího zdravotního stavu a imobility klientů domova pro seniory. Následovalo doplnění o skupinovou formu. Ta je nejčastěji realizována ve venkovním prostředí v rámci areálu zařízení či ve společenských místnostech vždy dvakrát do týdne. Informantka SP3 uvedla: *„Dřív to tu bylo živější a veškeré aktivizace probíhaly se všemi. Nyní už se vše změnilo a dá se říci, že veškeré aktivizační a sociálně terapeutické činnosti probíhají u lůžka klienta.“* Co se týče druhů, které jsou dle informantek v zařízení

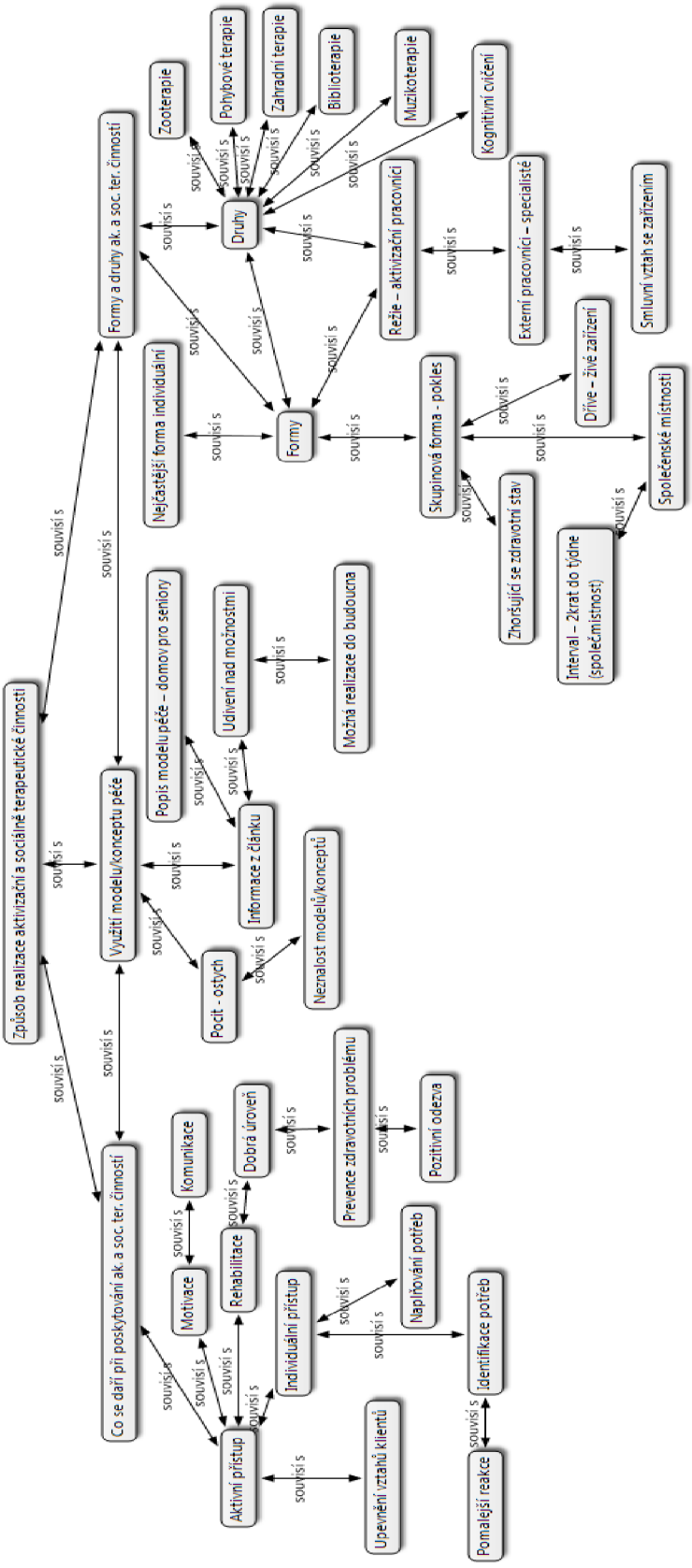
realizovány jedná se především o biblioterapii, pohybovou terapii, zooterapii, arteterapii a muzikoterapii. Tyto terapie jsou prováděny nejčastěji aktivizačními pracovníky či externě, kdy do zařízení dochází specialisté, jež mají smluvní vztah se zařízením a mají oprávnění poskytovat předem určené terapie. V tomto případě se dle informantek nejčastěji jedná o zooterapii.

Předposlední otázka byla zaměřena na nabídku aktivizačních a sociálně terapeutických činností s ohledem na individualitu každého klienta. Co se týče zmiňovaných individualit spojených s možnou nabídkou činností, tak ta zde dle informantek nehraje roli. Vždy se jedná o zaměření na potřeby a zdravotní způsobilost klientů, nikoliv na věk, pohlaví a jiné individuality. Informantka SP2 uvedla rozšířenější pohled na dané individuality, kdy zmínila*: „Hraje tu roli ještě adaptační proces. Tato doba je velmi citlivá a není dobré v rámci nejrůznějších činností tlačit na pilu.“*

Poslední otázka byla zaměřena na subjektivní zhodnocení toho, zda je pro informantky na pracovní pozici sociálních pracovníku důležitá aktivizace klientů. Na tuto otázku bylo zodpovězeno, že aktivizační a sociálně terapeutické činnosti jsou velmi důležité a tvoří jednu z priorit poskytované péče. Prostřednictvím aktivizace se dle informantek naplňují potřeby klientů, a to spěje ke zvyšování spokojenosti všech klientů žijících v domově pro seniory. Informantka SP1 dodala*: „Aktivizace rozvíjí, udržuje v dobré kondici a zlepšuje nejenom tu zdravotní stránku klientů, ale i tu duševní. Z tohoto důvodu vnímám poskytování aktivizace jako klíčové. “*

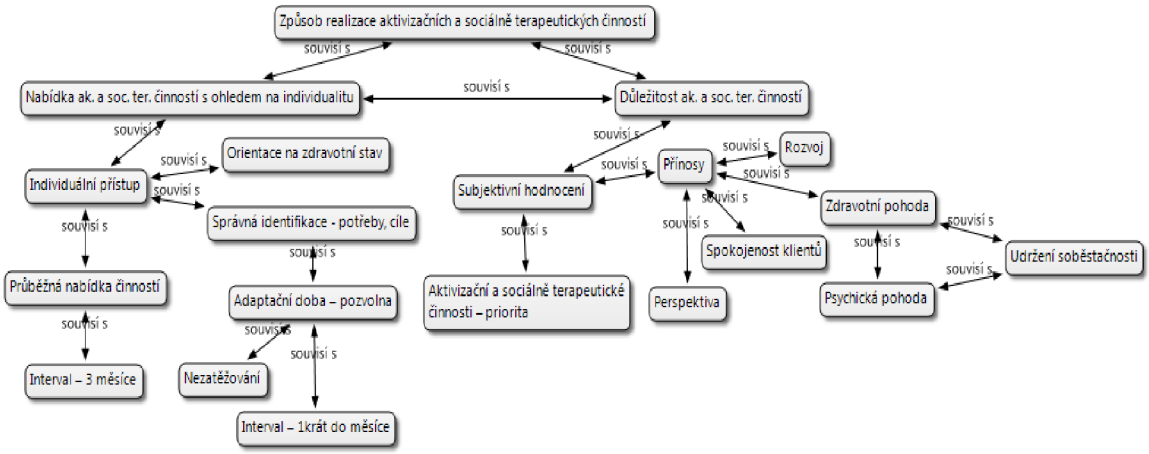
Nyní následuje schéma č. 4 a 5, jež vzniklo z druhé kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 4 – Druhá kategorie 1/2 (sociální pracovníci)



Zdroj: Vlastní Výzkum

Schéma č. 5 – Druhá kategorie 2/2 (sociální pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Třetí a zároveň poslední identifikovaná kategorie se zaměřila na to, jakým způsobem a s jakými členy multidisciplinárního týmu probíhá spolupráce při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností a jak jsou v rámci těchto činností využívány externí pracovníci potažmo rodinní příslušníci, dobrovolníci a další možní realizátoři.

První otázka přinesla zjištění, s jakými členy je zajištěna spolupráce při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Spolupráce je dle informantek nastavena mezi sociálními pracovníky navzájem, kdy následně do této spolupráce vstupují fyzioterapeuti, pracovníci v sociálních službách a staniční sestry. Tato spolupráce multidisciplinárního týmu není dle informantek jednoduchá a jednotliví členové se poměrně míjejí. Dle intenzity informantky poukázaly na běžnou spolupráci mezi sociálními pracovníky a staničními sestrami. Intenzivnější spolupráci je pak zmíněná mezi pracovníky v sociálních službách tedy klíčovými pracovníky, aktivizačními pracovníky a fyzioterapeuty.

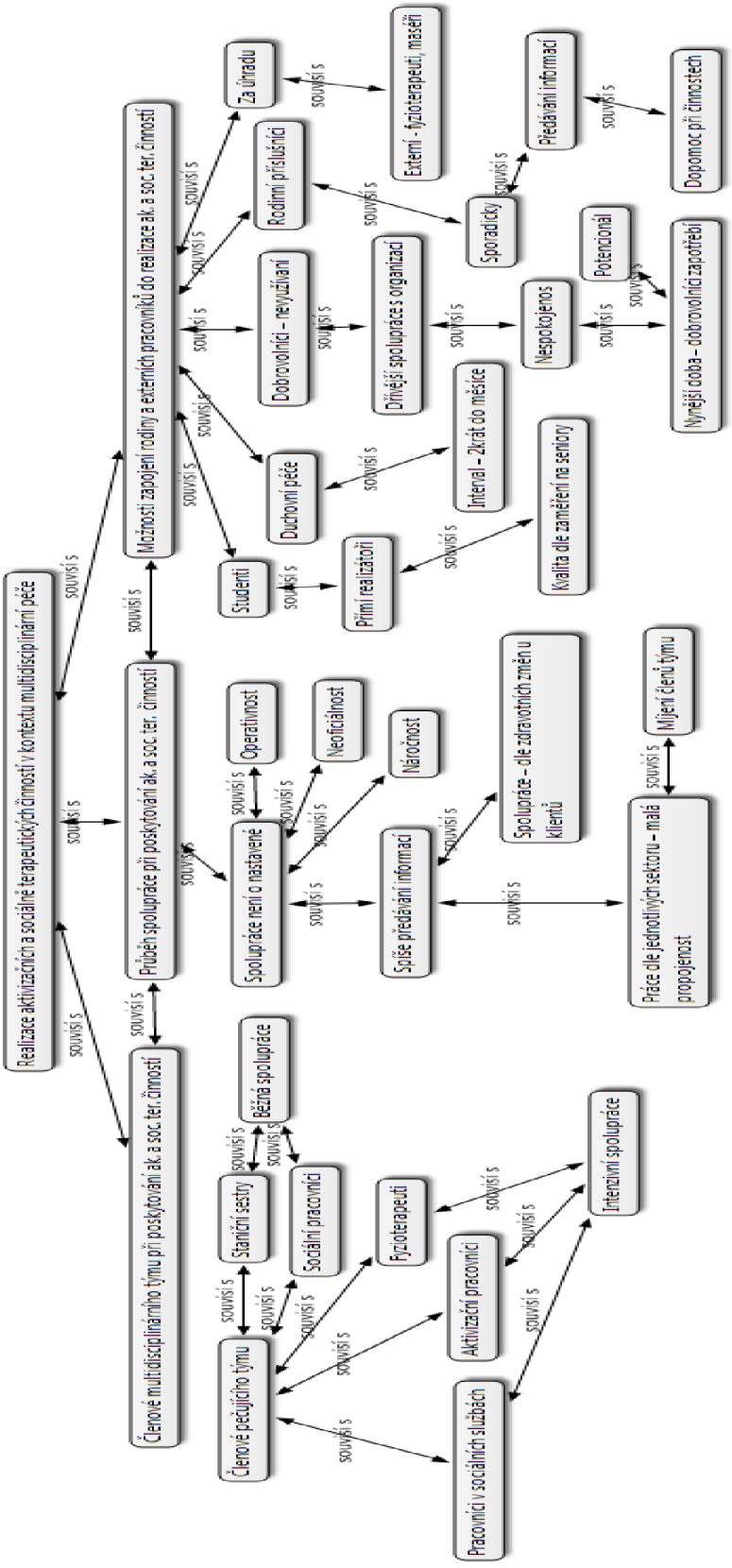
Z druhé otázky vyplynulo to, jak probíhá samotná spolupráce mezi těmito členy multidisciplinárního týmu, jejž se zaměřují na poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci této otázky bylo od informantek zjištěno, že spolupráce jako taková není přímo nastavena a předávání informací, plánování a realizace je spíše záležitostí neformální a operativní. Vzájemná spolupráce je zaměřena na aktuální změny

u klientů, u níž je nutná revizi cílů a naplnění nových potřeb, na nichž bude pracováno. Jestliže dojde k takovým změnám, začíná spolupráce mezi již zmíněnými členy tak, aby došlo k poskytování vhodných aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tato spolupráce je popsaná informantkami, jako předávání informací směrem k pracovníkům v sociálních službách, kteří zaznamenají zmíněnou revizi do individuálního plánu. Informantka SP2 dodala**:** *„Až, když přichází změna, tak se z nás stává tým, do té doby se dá říct, že pracujeme dle svého sektoru. "*

Poslední otázka ukázala na možné zapojení rodiny, externích pracovníků a dalších kompetentních realizátorů do poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Z této otázky byla od informantek zjištěna spolupráce s duchovním, jenž v domově pro seniory realizuje bohoslužby a zpovědi, a to dvakrát do měsíce. Duchovní péče o klienty je realizována skupinově po menších skupinkách ve společenských místnostech nebo v rámci potřeby individuálně. Za úhradu je možné v tomto zařízení využít také externích fyzioterapeutů a masérů. Dobrovolníci v tomto zařízení nejsou využíváni. Informantka SP3 uvedla**:** *„Dřív jsme spolupracovali s organizací, která nám sem posílala dobrovolníky, ale teď je situace jiná. S dobrovolníky jsme nebyli spokojeni, a tak byla naše spolupráce ukončena. "* Dále informantky uvedly, že by dobrovolníci byli znovu zapotřebí a rády by je v zařízení znovu uvítali. V neposlední řade, byly od informantek zmíněni rodinní příslušníci a studenti. Rodiny se v tomto zařízeni zapojují spíše ojediněle. V tomto případě se jedná spíše o dopomoc při realizaci některých aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Studenti jsou zde přímí realizátoři těchto činností a spolupracují při svých studentských praxích s pracovníky v sociálních službách a aktivizačními pracovníky. Informantka SP2 uvedla: *„Studenti jsou zde vždy vítání, a když dojde nějaký, který chce v této oblasti opravdu pracovat, vždy je znát jeho přístup ke klientům. "*

Nyní následuje schéma č. 6, jež vzniklo z třetí kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 6 – Třetí kategorie (sociální pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Výsledky rozhovorů – pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů)

V rámci třech provedených rozhovorů s pracovníky v sociálních službách byly získané informace zpracovány prostřednictvím otevřeného kódování. Kódy byly rozděleny do kategorií, které se shodují s předchozími. V následující kapitole budou také popsány. Pro lepší přehlednost nám k interpretaci pomůže tabulka se sociodemografickými údaji a schémata, které vznikly na základě otevřeného kódování.

Vzniklé kategorie:

1. Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností
2. Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností
3. Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče.

Sociodemografické údaje

Tabulka č. 3 – Sociodemografické údaje – pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů)

	Pohlaví	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka práce se seniory	Délka práce v pomáhající profesi	Vzdělávací aktivity v rámci ak. a soc. ter. činností
PSS1	Žena	Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník)	Středoškolské s maturitou (propagace)	6 let	6 let	Kurz pracovníka v sociálních službách Komunikace se seniory
PSS2	Žena	Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník)	Středoškolské s maturitou (průmyslová škola)	3 let	3 let	Kurz pracovníka v sociálních službách
PSS3	Žena	Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník)	Střední vzdělání s výučním listem (kuchař, číšník)	10 let	10 let	Kurz pracovníka v sociálních službách Aktivizace a motivace uživatelů sociálních služeb

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 3 vyplívá, že se výzkumu na pozici pracovníků v sociálních službách zúčastnily tři pracovnice v sociálních službách, které splňovaly podmínky dané zákonem v rámci dosaženého vzdělání na této pracovní pozici. Všechny informantky absolvovaly akreditovaný kurz MPSV pracovníka v sociálních službách, a tak zahájily svou pracovní působnost na této pracovní pozici a v domově pro seniory ve, kterém probíhal výzkum. Předchozí pracovní pozice všech informantek nebyly v sociální oblasti. Vzdělávací aktivity informantek spočívaly spíše v přímé péči o klienty, nikoliv v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Význam vzdělávání se v aktivizačních a sociálně terapeutických činností informantky neshledávaly za důležitý z důvodu časové vytíženosti. Avšak v případě změny pracovních podmínek by rozvoj v této oblasti uvítaly, jelikož se cítí jako realizátoři těchto činností společně s aktivizačními pracovníky.

Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností

První kategorie, jež byla získaná na základě polostrukturovaných rozhovorů s informantkami se zaměřuje na způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Prostřednictvím této kategorie byly získány informace, ohledně toho, jak jsou zaváděny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, jejich metodické řízení, vedoucí úlohy a nastavení plánovaní, cílů a jejich vyhodnocení.

Z první otázky vyplynulo zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci této otázky bylo od informantek zjištěno, že zavádění zmiňovaných činností je z pozice staniční sestry, která koncept předává vrchní sestře a ta následně vše konzultuje s vedením zařízení. Tato otázka probudila u informantek udiv a velké zamyšlení v tom, kdo vůbec řídí tyto činnosti a má pravomoc k zahájení nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Informantka PSS2 dále uvedla: *„Asi, než staniční sestra by to měly zavádět aktivizační pracovnice, ty tomu rozumí nejvíce a přímo tyto činnosti vykonávají, ale u nás vždy jde vše přes naši staniční. “*

Druhá otázka přinesla zjištění ohledně metodického vedení aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Již u této otázky nebylo překvapení, že na metodickém vedení se podílí především staniční sestra vždy na každém oddělení zvlášť. Metodické vedení v rámci zmiňovaných činností není dle informantek v zařízení přesně vypracováno, avšak s těmito činnostmi je pracováno v rámci individuálního plánování. V individuálních plánech jsou tyto činnosti identifikovány jako cíle klientů a následně jsou také vyhodnocovány. V případě změn, které spočívají v metodice, probíhá informování

pracovníků v sociálních službách od staničních sester. V rámci metodického vedení bylo také zjištěno, že sociální pracovníci v této souvislosti nemají žádné kompetence a jsou pouze článkem ke kterému se pracovníci v sociálních službách obracejí v případě, kdy potřebují určité souvislosti konzultovat se staniční sestrou a ta není přítomná. Informantka PSS1 uvedla: *„S holkami ze sociálu nic v této souvislosti opravdu neřešíme. Ony jsou spíše takové úřednice. "*

To, jak probíhá plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností je třetí otázka. Samotné plánování těchto činností je dle informantek součástí individuálního plánování, u něhož nalezneme právě zmiňované činnosti jako nejčastější cíle klientů. Informantky vyjádřily míru nespokojenosti v rámci edukace při individuálním plánováním. Informantka PSS2 uvedla jistou poznámku: *„Ani nevím, k čemu to je, je to pro klienty zbytečné."* Samotné plánování probíhá na základě předání informací od sociálních pracovníků a na základě rozhovorů s klienty. Plán je pak dle informantek sestaven v půlročním intervalu, kdy se ošetřující tým snaží prostřednictvím plánu naplnit klientovi cíle.

Čtvrtá otázka poukázala na vedoucí úlohy v rámci pracovní pozice informantek u aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tyto vedoucí úlohy zde nebyly ani u jedné z informantek identifikovány, i když se přímo podílejí společně s aktivizačními pracovníky na realizaci zmiňovaných činností. Od informantek byly zaznamenány nesnáze spojené se skutečností, že i když jsou v zařízení podporovány, a jsou na jejich pracovních místech rády, nepociťují, že by jejich hlas byl v této oblasti slyšet. Spojení aktivizačních a sociálně terapeutických činností ve spojitosti s přímou péči o klienty, je dle informantek takřka nemožná z důvodu časového vytížení.

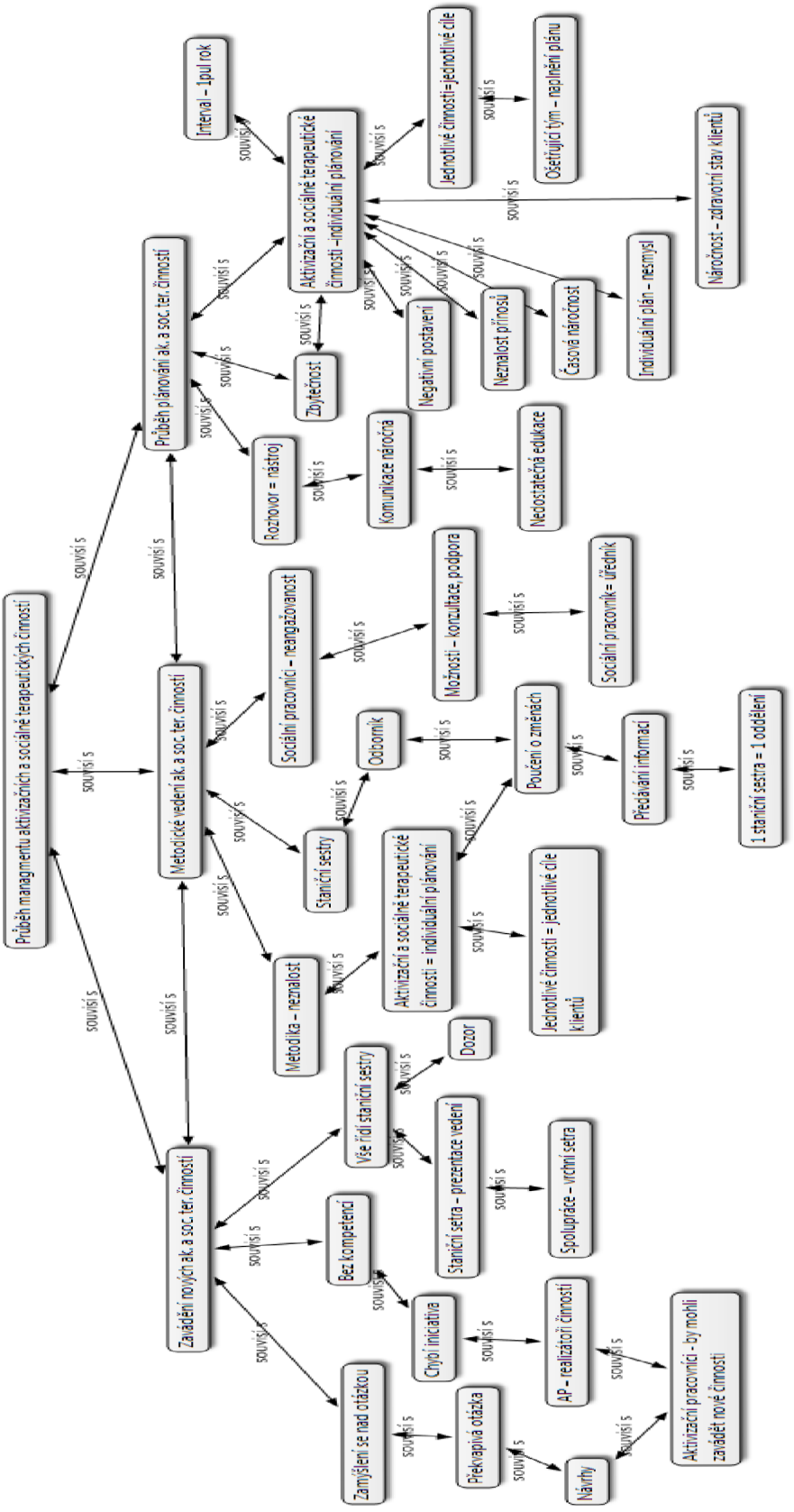
Pátá a zároveň předposlední otázka byla zaměřena na podílení se stanovováním cílů u nastavených aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tato otázka nám prostřednictvím informantek nastínila spolupráci sociálních pracovníků, kteří předávají informace o nových klientech pracovníkům v sociálních službách. Ti pak ve spolupráci s aktivizačními pracovníky zaznamenávají jednotlivé cíle, které se vytvářejí v rámci individuálního plánování u každého klienta zvlášť. Informantka PSS3 uvedla: *„Na ty cíle máme takový šikovný seznam možných cílů, bez tohoto seznamu bychom těžko něco speciálního vymýšlely. Ty cíle jsou skoro u všech stejné. "* S identifikací cílů také dle informantek pomáhá dotazník, který je klientům předkládán jedenkrát za rok, a to při

jejich příjmu. S dotazníkem pak pracují pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci.

Z poslední šesté otázka vyplynul průběh vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Tyto činnosti jsou dle informantek vyhodnocovány jeden krát za půl roku a představují hodnocení v rámci individuálního plánu, kde se odráží cíle spojené se zmiňovanými činnostmi. Vyhodnocení ukazuje, zda byly cíle naplněny, zda je nutná jejich revize nebo zda budou v cílech setrvávat a směřovat k jejich naplnění v dalším půlročním období. Informantka PSS1 uvedla: *„Je to neustálý koloběh cílů a vyhodnocování. Nevidím v tom moc smysl. „Naopak* PSS2 uvedla: *„Ono by se cíle plánovaly dobře, ale klienti nám strnou a zhoršuje se jim zdraví, a to je pak těžké plánovat a realizovat. “*

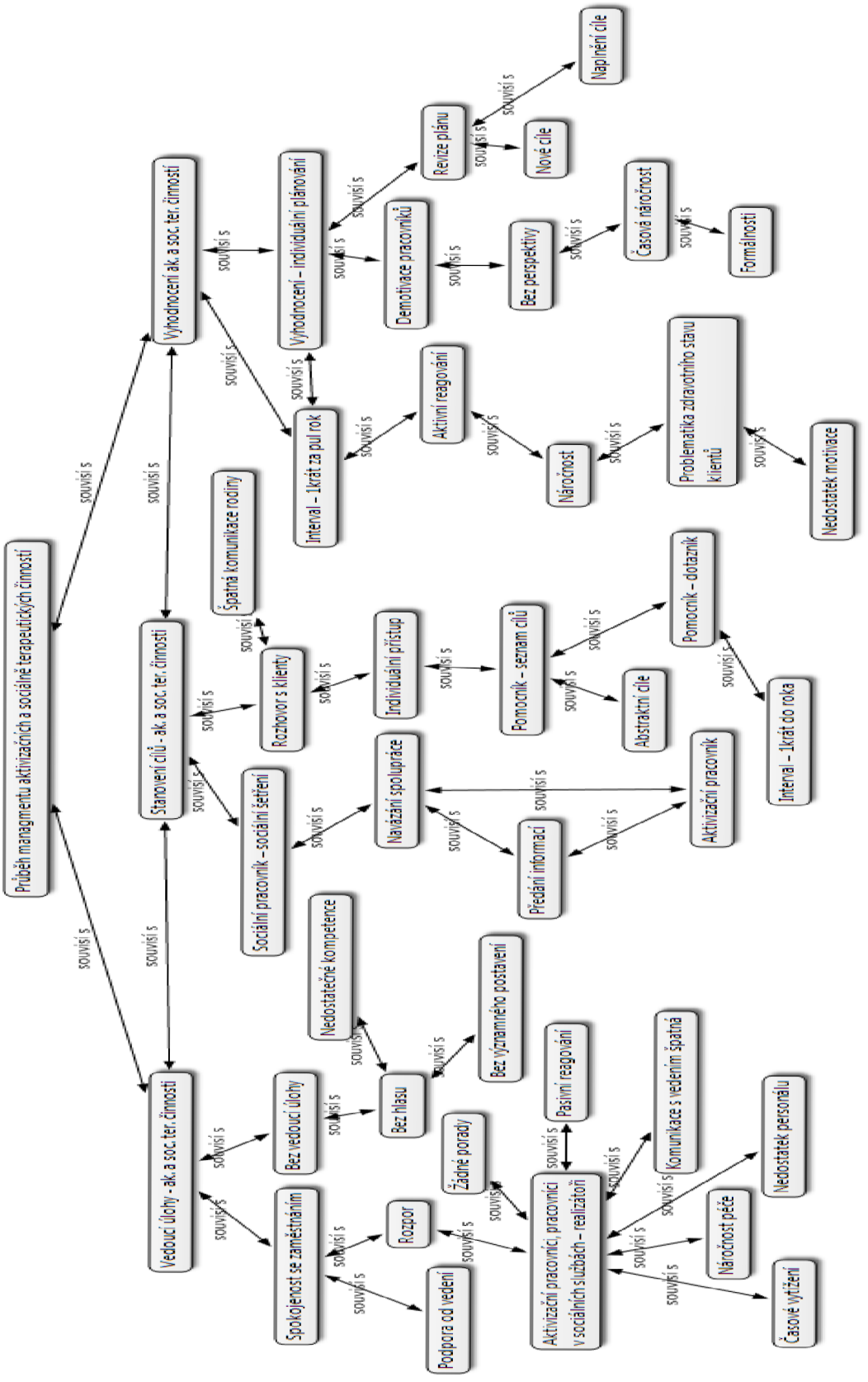
Nyní následuje schéma č. 7 a 8, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.7 – První kategorie 1/2 (pracovníci v sociálních službách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č.8 – První kategorie 2/2 (pracovníci v sociálních službách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Druhá kategorie, která vznikla z rozhovorů s informantky se soustřeďuje na oblasti spojené s tím co se informantkám daří při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, zda je v zařízení poskytován určitý model či koncept péče, jaké jsou využívány formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností, nabízení těchto činností s ohledem na individualitu každého klienta a subjektivního vnímání důležitosti těchto činností z pozice pracovníka v sociálních službách v rámci poskytování zmiňovaných činností.

Z první otázky bylo zjištěno, že při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností se nejvíce pracovníkům v sociálních službách daří nastavení dostatečného množství těchto činností směrem ke klientům, avšak tento zájem převyšuje poptávku ze strany klientů. Důvodem této nízké poptávky je dle informantek zdravotní stav a soběstačnost klientů, kteří se těchto činností často nechtějí účastnit. Informantka PSS2 uvedla: *„Jo dříve to bylo jiné, s klienty jsme jezdili i mimo zařízení, ale naši klienty stárnou a tím stárne i naše zařízení. "* S ohledem na motivaci klientů z pracovní pozice informantek nebyl nalezen žádný nástroj, který by aktivně pracoval na zvýšení zájmů klientů o aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Druhá otázka směřovala k možnému konceptu či modelu péče, jenž by byl realizovaný směrem ke klientům a chodu celého zařízení. V rámci této otázky nebyl od informantek zjištěn žádný model či koncept péče. Na tuto otázku byla sdělena jasná odpověď. Na doplňující otázku, zda informantky znají nějaké modely či koncepty péče bylo zjištěno, že jiné způsoby poskytování péče neznají a ani neví, jaký by byl jejich smysl či význam, vzhledem k chodu zařízení a klientů. Zájem o nové možnosti konceptu či modelu péče v rámci zařízení nebyl od informantek sdělen.

Z třetí otázky bylo možné určit jaké formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností informantky využívají. Forma, jež informantky využívají, je nejčastěji volena individuální. Ta je realizována na pokoji klienta vzhledem k jeho imobilitě, soběstačnosti a zájmu. Skupinové formy je také využíváno, avšak se ho neúčastní většina klientů. Informantka PSS2 uvedla: *„Dříve bylo více těch skupinových, teď jedeme spíše ty individuální. Ve výsledku to ale znamená, že aktivizačních a sociálně terapeutických činností se účastní menší počet klientů. Není totiž tolik času je poskytovat pravidelně všem individuálně na pokoji. "* Druhy aktivizačních a sociálně terapeutických

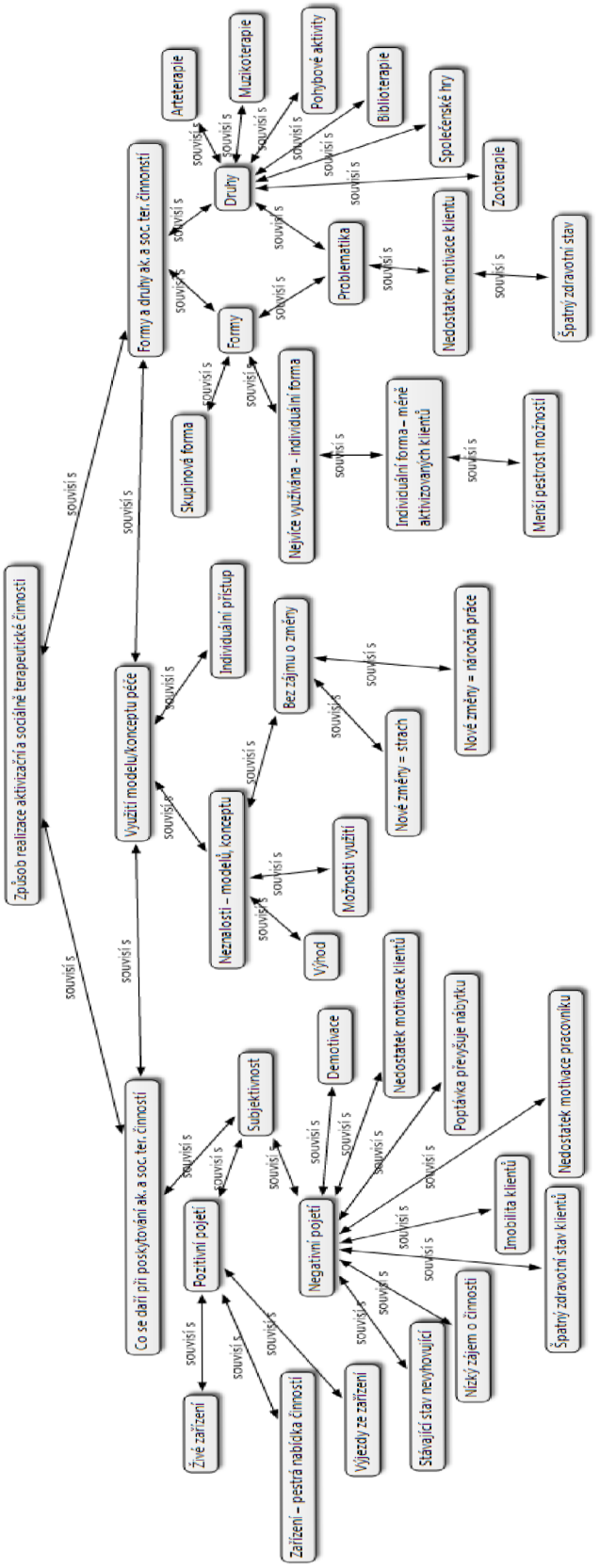
činností, které jsou realizovány v zařízení, nabízí dle informantek pestrou nabídku. Mezi druhy, které jsou v zařízení nabízeny, řadí informantky: biblioterapie, muzikoterapie, pohybová cvičení, zooterapie, arteterapie a společenské akce.

Čtvrtá otázka získala informace ohledně nabízení aktivizačních a sociálně terapeutických činností s ohledem na individualitu každého klienta. Prostřednictvím této otázky byly od informantek zjištěny skutečnosti, že klientům jsou aktivizační a sociálně terapeutické činnosti nabízeny každý den prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který zajišťuje péči o klienty. Velké akce nebo neobvyklé možnosti např. zooterapie prostřednictvím koně, osla, psa a dalších zvířat jsou vedením zařízení vyhlašovány rozhlasem s následnou pozvánkou. Dle slov informantek se spíše jedná o intuitivní nabízení vhodných činností určitým klientům, dle jejich preferencí a potřeb.

Poslední otázka v rámci této kategorie poukázala na důležitost aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které subjektivně vnímají informantky z jejich pracovní pozice. Tato otázka nám ukázala, že vnímání zmiňovaných činností je na dobré úrovni. Dle informantek jsou tyto činnosti velice důležité a napomáhají k dobré adaptaci nových klientů. Pomáhají navazovat vztahy mezi klienty, a především naplňují potřeby klientů. Naplněné potřeby jsou pak dle slov informantky PSS2: *„Odrazem spokojenosti klientů v zařízení. “* Informantka PSS1 uvedla následující shrnutí: *„Když se něco povede nebo dobře zavede, jsou klienti šťastní a dávají nám to dost znát. Celé zařízení září, když naši klienti září. “*

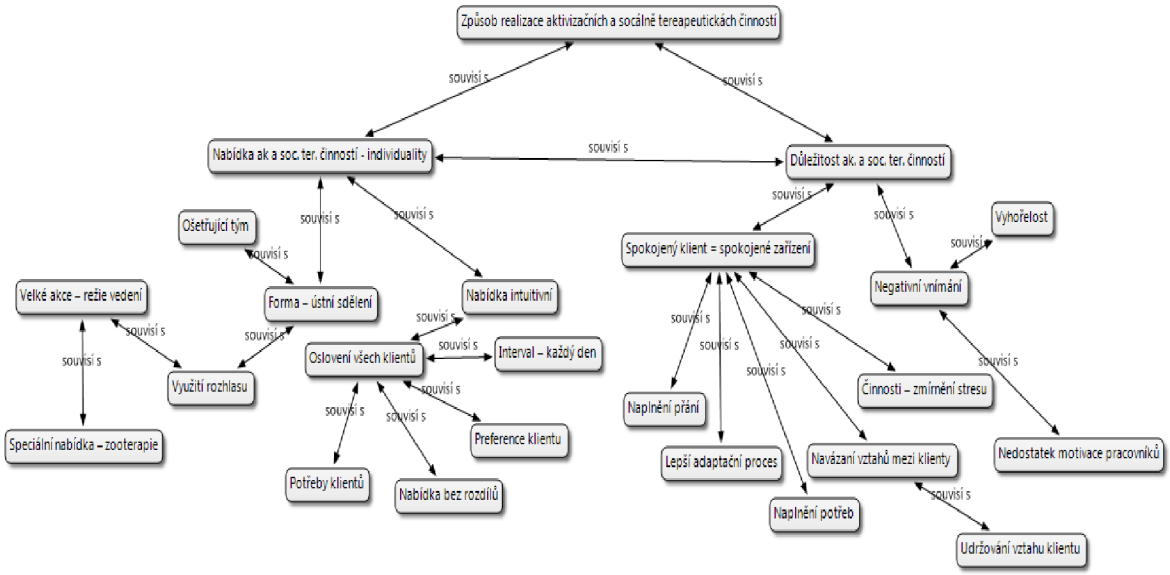
Nyní následuje schéma č. 9 a 10, jež vzniklo z druhé kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 9 – Druhá kategorie 1/2 (pracovníci v sociálních službách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č. 10 – Druhá kategorie 2/2 (pracovníci v sociálních službách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Třetí a zároveň poslední kategorie, která vznikla na základě polostrukturovaných rozhovorů s informantkami, se vztahuje k tomu, s jakými členy, popřípadě jak je navázaná spolupráce v rámci multidisciplinární péče při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností a jak je využíváno možné zapojení externích pracovníku, rodiny, dobrovolníků a dalších nepřímých realizátorů těchto činností.

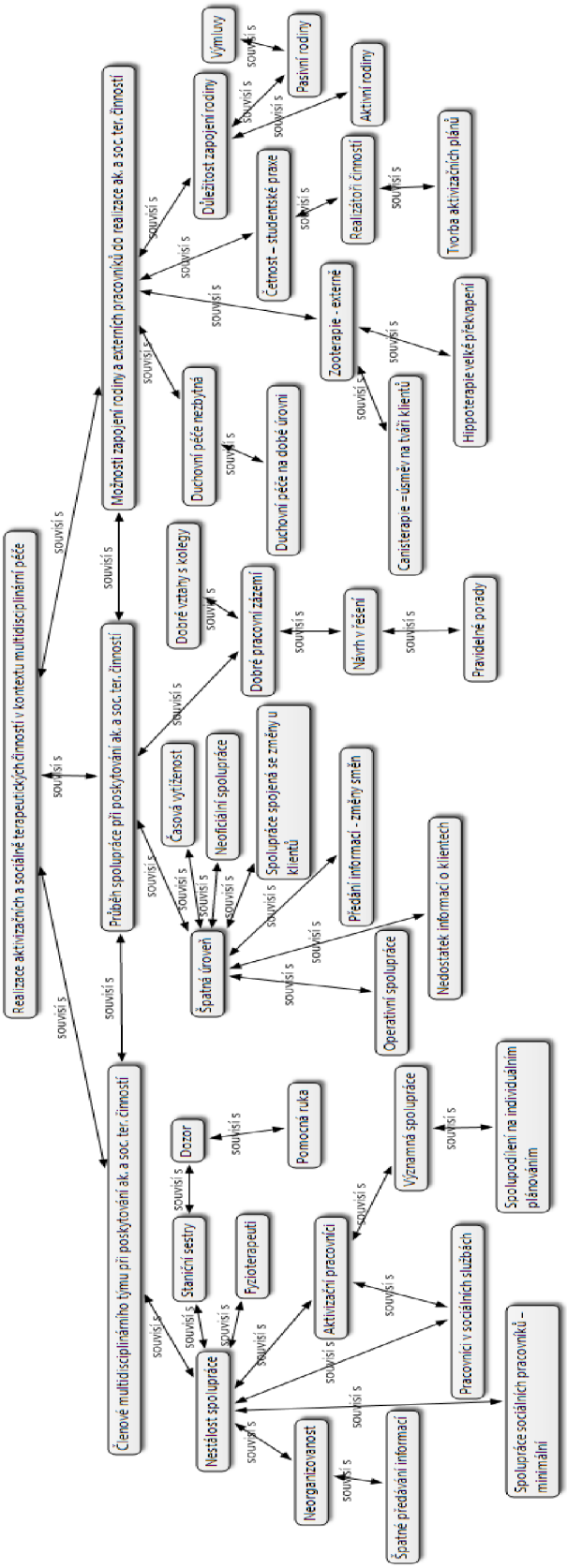
První otázka směřovala k členům multidisciplinárního týmu, kteří se podílejí na poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Z této otázky od informantek vyplynulo, že tým, který zajišťuje tyto činnosti u jednotlivých klientů se skládá ze staniční sestry, aktivizačních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a fyzioterapeutů. Multidisciplinární péče z pozice těchto výše zmíněných pracovních pozic není stálá a vztahy mezi jednotlivými členy jsou dle informantek proměnlivé. Sociální pracovník v rámci tohoto týmu vstupuje při příjmu klienta a následně je součástí týmu spíše ojediněle. Aktivními partnery, kteří se přímo podílejí a navzájem spolupracují, jsou dle informantek aktivizační pracovníci. Informantka PSS2 doplňuje: *„Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti nejčastěji řešíme s aktivizační v případě, když něco nevíme, nebo potřebujeme něco schválit, obracíme se na paní staniční. “*

Po zodpovězení první otázky, s jakými členy probíhá spolupráce, se dostáváme k druhé otázce, ve které nalezneme zjištění, jak dle informantek probíhá spolupráce mezi členy multidisciplinárního týmu zajišťující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Spolupráce dle informantek není na dobré úrovni. Především se zde ukazuje problém komunikace a neoficiální předávání informací. Pracovníci podílející se na zmiňovaných činnostech nemají dle informantek žádné porady, ani se pravidelně nesetkávají v rámci fungování jednotlivých aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Předání informací je spíše operativní pří zdravotních či psychických změn u klientů nebo v rámci předávání pracovních směn. Informantka PSS3 dodala: *„Spolu jako tým přímo nespolupracujeme, ale máme silné vazby mezi sebou, a tak je vše řešeno vlastně společně jako tým. "*

Třetí, a tedy i poslední otázka v rámci této kategorie ukázala na možné zapojení rodiny, externích pracovníků a dalších kompetentních realizátorů do multidisciplinárního týmu v rámci poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Informantka PSS1 uvedla: *„Dobrovolníky tu nemáme, ale rodina se zapojuje. Ta je opravdu důležitá. Někdy je opravdu až moc aktivní a někdy naopak nedělá pro své blízké naprosto nic. "* Informantky velice oceňují začlenění duchovní péče a vnímají ji jako velmi důležitou a nezbytnou. Dále také do zařízení dochází pravidelně canisterapeutka a jednou do roka se v zařízení provádí i hippoterapie. Dále také byla od informantek zmíněna pomoc od studentů, kteří zařízení aktivně vyhledávají pro místo realizace své studijní praxe. Studenti jsou nejčastěji přiřazeni k aktivizačním pracovníkům, a tak se z nich stávají přímí realizátoři aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

Nyní následuje schéma č. 11, jež vzniklo z třetí kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 11 – Třetí kategorie (pracovníci v sociálních službách)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Výsledky rozhovorů – aktivizační pracovníci

Aktivizační pracovníci, tvořili jednu z pěti zkoumaných pracovních pozic podílejících se na aktivizačních a sociálně terapeutických činnostech. Získané informace z rozhovorů byly zpracovány prostřednictvím otevřeného kódování. Následně rozděleny do třech vzniklých kategorií a jsou v následující kapitole popsány. Pro lepší přehlednost nám k interpretaci dat pomůže tabulka se sociodemografickými údaji a schémata, která vznikla na základě otevřeného kódování.

Vzniklé kategorie:

1. Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností
2. Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností
3. Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Tabulka č. 4 – Sociodemografické údaje – aktivizační pracovníci

	Pohlaví	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka práce se seniory	Délka práce v pomáhající profesi	Vzdělávací aktivity v rámci ak. a soc. ter. činností
AP1	Žena	Aktivizační pracovník	Středoškolské s maturitou (sociální pracovník)	2 let	2 let	Aktivizace seniorů v praxi
AP2	Žena	Aktivizační pracovník	Středoškolské s maturitou	1 let	1 let	Aktivizace seniorů v praxi
AP3	Žena	Aktivizační pracovník	Středoškolské s maturitou	5 let	5 let	Aromaterapie Komunikační dovednosti s klienty

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 4 vyplývá, že informanty na pozici aktivizačních pracovníků jsou ženy se středoškolským vzděláním s maturitou. Zaměření středoškolského vzdělání s maturitou bylo u všech informantek realizováno v oblasti sociální práce. Délka práce se seniory a v pomáhající profesi se shoduje u všech informantek, které dle jejich tvrzení po škole nastoupily rovnou do stávajícího zařízení, a to na jejich výše zmíněné pracovní pozice. Vzdělávací aktivity v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností nejvíce odpovídaly podobě přímo realizovaných aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které jsou předmětem zkoumání této diplomové práce. Jejich četnost dle informantek je adekvátní, avšak specializované kurzy dle jednotlivých druhů terapií, které nejsou v zařízení realizovány, by byly velice vítány. V tomto případě se dle informantek jedná o kurz Bazální stimulace, Snoezelen a reminiscenční terapie.

Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností

Získaná první kategorie odhalila prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jak jsou zaváděny nové aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, jejich metodické vedení, plánování, podílení se na vedoucích úlohách v rámci pracovní pozice informantek. Následně bylo také zjištěno, kdo se podílí na stanovení cílů ve spojitosti s aktivizačními a sociálně terapeutickými činnostmi a jejich vyhodnocování.

První otázka tedy to, jak jsou ve vybraném zařízení zaváděny nové aktivizační a sociálně terapeutické činnosti poukázala na určitou spojitost mezi aktivizačními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Z pohledu těchto dvou pracovních pozic je patrný stejný postup tedy předání návrhu nových činností staniční sestře a ta tento návrh předkládá vrchní sestře. Vrchní sestra, by dle svého zvážení konzultovala veškeré možnosti s vedením, což v konečném důsledku dle informantek vyzdvihuje to, co by nové aktivizační a sociálně terapeutické činnosti zařízení přinesly a jaká by byla možná rizika při jejich poskytování. Konečné slovo má vždy dle informantek celé vedení, které musí brát ohledy na všechny aspekty možného začlenění zmíněných činností. Informantka AP3 uvedla: *„Nikdy jsem ještě nezažila zavádění nových činností. “*

Druhá otázka směřovala k metodickému vedení aktivizačních a sociálně terapeutických činností. U této otázky bylo zjištěno že informantky se na metodickém vedení nepodílejí a neúčastní se ani průběžných porad vedení, kde se metodickému vedení dle informantek věnují. Metodické vedení je pak dle informantek pod taktovkou sester staničních, i když přímí realizátoři těchto činností jsou právě tázané informantky.

Třetí otázka zodpovídala průběh plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci této otázky se dle informantek jedná o individuální domluvu s každým klientem zvlášť. Tato domluva se realizuje při příchodu nového klienta a pak průběžně. Informantka AP1 ohledně průběžného plánování uvedla: *„Děláme to tak průběžně asi je to jedenkrát za dva až tři měsíce. "* Informantky mají u každého klienta sepsaný možný plán činností, které si klienti přejí využít. Klíčový je zde především individuální přístup a komunikační dovednosti, vedoucí ke vzniku plánu aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

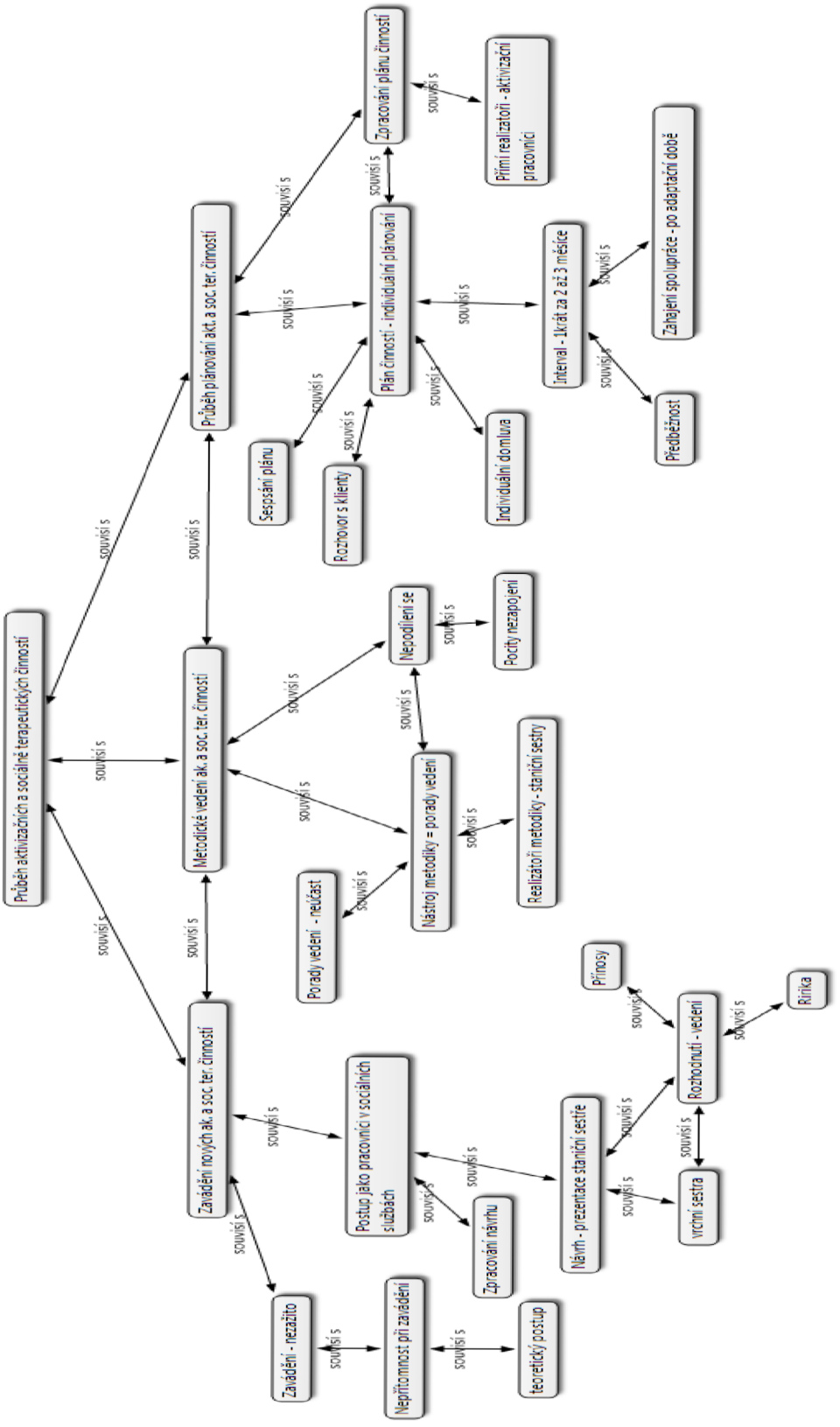
Čtvrtá otázka zodpovídala to, zda se informantky podílejí na vedoucích úlohách v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Informantky uvedly, že se na vedoucích úlohách nepodílejí, ale na druhou stranu uvedly, že si veškeré činnosti plánují, realizují a vyhodnocují sami. Vždy však veškeré činnosti jsou pod dohledem staniční sestry a ředitele/ředitelky zařízení. Dále informantka AP2 dodala: *„Navíc vždy je vše ještě pod taktovkou harmonogramu péče o klienty. "* Vedoucí úlohu v rámci zmiňovaných činností vidí informantky v průběžných poradách vedení, kterého se však neúčastní.

Předposlední otázka v rámci první kategorie nám zodpověděla, kdo se podílí na stanovení cílů v rámci nastavených aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Jednotlivé cíle jsou dle informantek zaznamenány v individuálních plánech péče klientů. Tyto plány obsahují cíle, které se dle informantek nejčastěji skládají právě z aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Informantka AP3 dodala: *„V individuálním plánu je úplně vše, také na nich spolupracujeme s holkami v přímé péči."*

Závěrem byla položena poslední otázka v rámci první kategorie. Ta zjistila, jakým způsobem jsou vyhodnocovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tyto činnosti jsou dle informantek vyhodnocovány pouze na základně individuálního plánovaní prostřednictvím pracovníků v sociálních službách. Neformální vyhodnocení pak probíhá prostřednictvím neformálních porad aktivizačních pracovníků zvlášť. Informantka AP3 uvedla*: „I když tyto činnosti provádíme my, jejich vyhodnocení je pouze mezi námi."* Dle informantek nemají aktivizační pracovníci žádný nástroj sloužící k správnému vyhodnocení realizovaných aktivizačních a sociálně terapeutických činností s klienty.

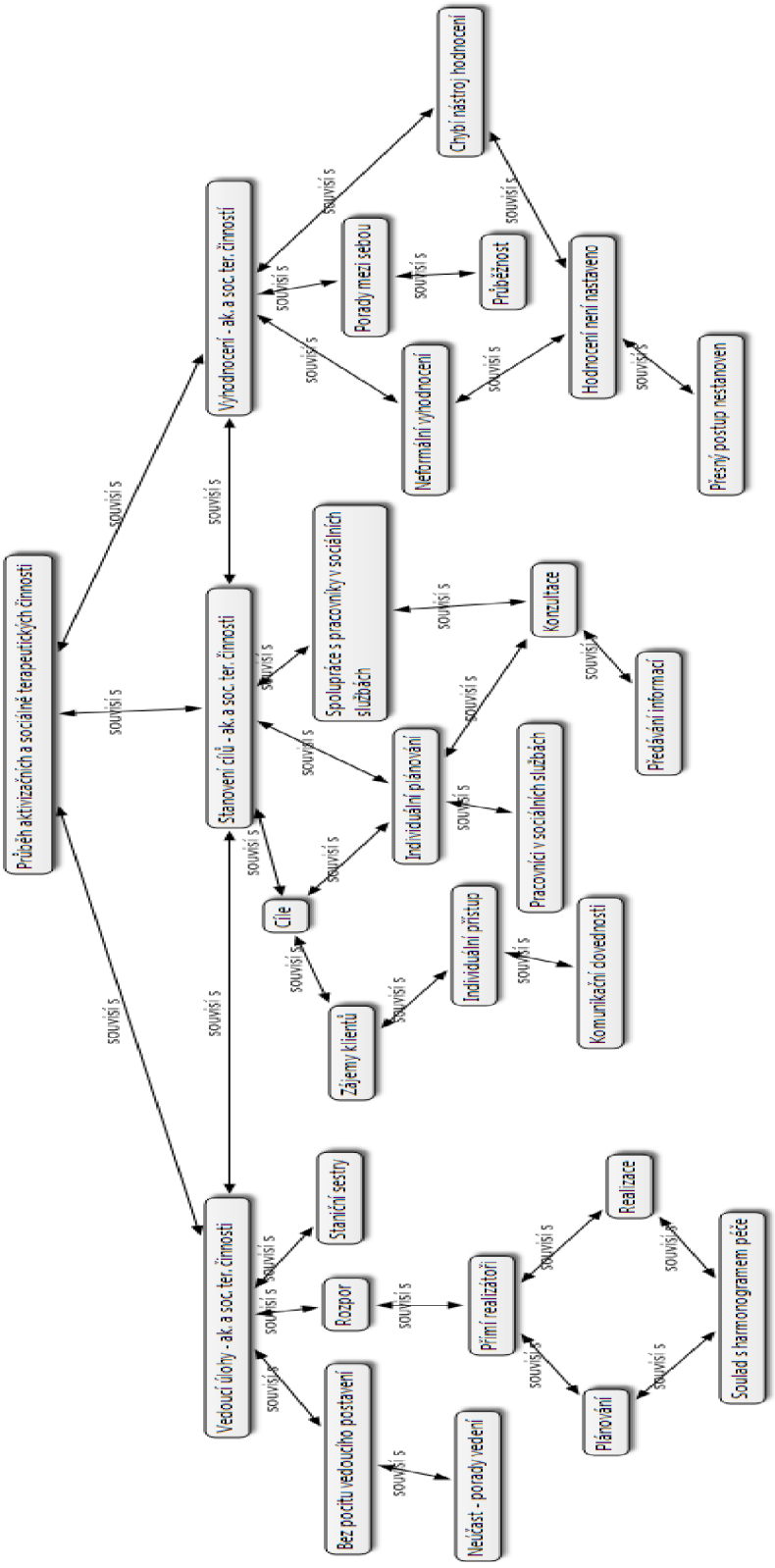
Nyní následuje schéma č. 12 a 13, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.12 – První kategorie 1/2 (aktivizační pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č.13 – První kategorie 2/2 (aktivizační pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Druhá kategorie v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností zodpovídá na otázky týkající se toho co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností informantkám daří, zda využívají určitý model či koncept péče, jaké jsou využívány formy a druhy zmiňovaných činností, jak jsou tyto činnosti nabízeny a zda hodnotí informantky tyto činnosti jako důležité.

První otázka této kategorie poukazovala na to, co se při realizaci aktivizačních a sociálně terapeutických činností informantkám daří. Informantky v rámci této otázky vyzdvihly naplnění potřeb klientů, individuální přístup a zajištění atraktivních činností. Informantka AP1 měla odlišný názor, kdy uvedla*: „Klienti už nejsou tak aktivní a pak není toho moc, co bychom jim nabídli nebo mohli s námi dělat.“* Dále také byla informantkami vyzdvižena komunikace směrem ke klientům a rodinným příslušníku.

Druhá otázka, zda je využit určitý koncept či model péče informantky dost zaskočil a všechny sdělily skutečnost, že žádný koncept ani model péče nevyužívají, a dokonce žádné realizovatelné neznají. Informantky také zmínily, že by případnou změnu či nastavení určitého konceptu či modelu péče uvítaly.

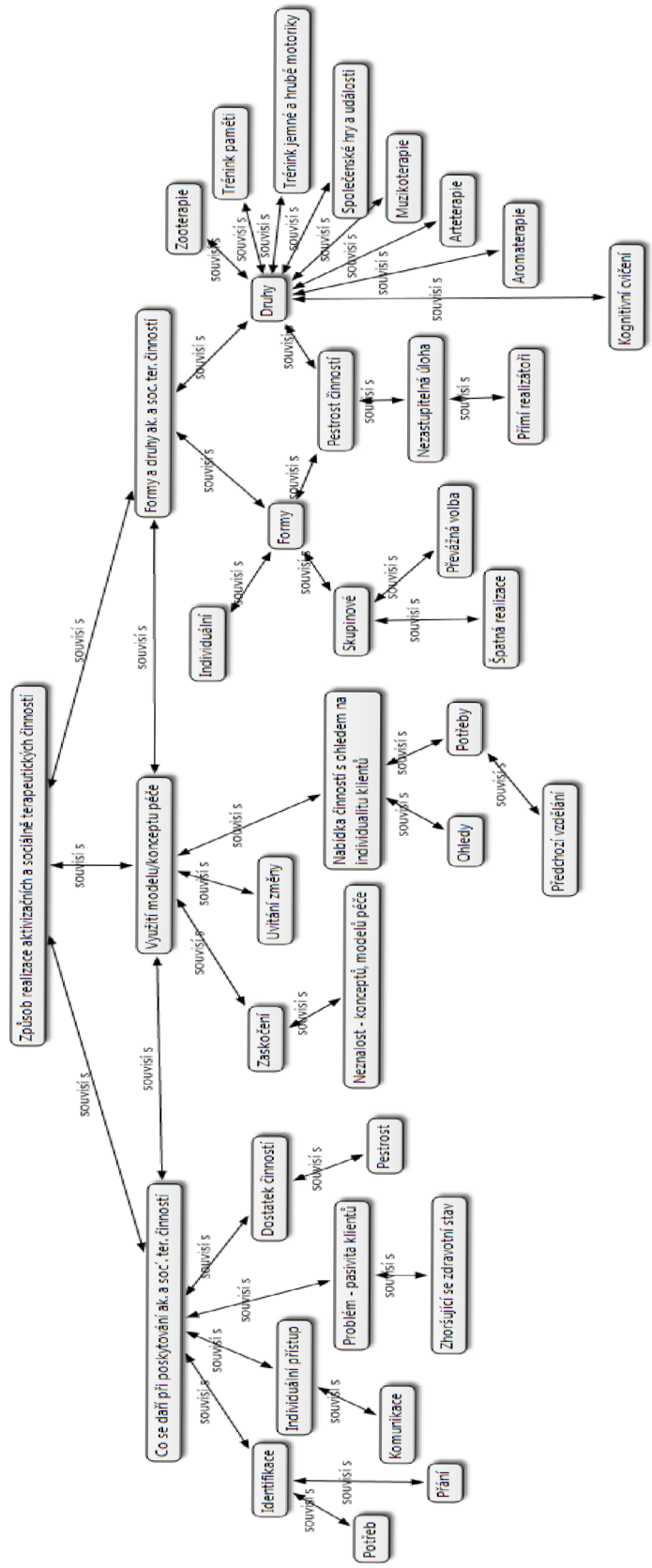
Otázka číslo tři se soustředila na využívané formy a druhy poskytovaných aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Zde byly informantky nejvíce angažované. Využívané formy byly nejčastěji zvoleny individuální a skupinové, kdy informantka AP3 uvedla*: „Chtěla bych využívat více skupinové činnosti, ale ty se nám moc nedaří, a tak volím spíše individuální.“* Mezi druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností byly dle všech informantek zmíněné následující: muzikoterapie, arteterapie, trénink paměti, společenské hry a události, trénink jemné a hrubé motoriky, kognitivní cvičení, aromaterapie a zooterapie.

To, jak jsou nabízeny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti odhalila předposlední otázka, u níž bylo zjištěno, že ohledy jako je věk, pohlaví, délka pobytu v zařízení a další aspekty zde nehrají u informantek roly. Informantky nejčastěji nabízejí zmiňované činnosti s ohledem na zdravotní stav klientů a jejich potřeby. Informantka AP1 uvedla*: „Už ve škole nám říkaly, že zajištění potřeb je to nejdůležitější, a tak je to má priorita při nabídce a zároveň i cíl.“* Samotná nabídka pak dle informantek probíhá individuálně na základě rozhovoru s jednotlivými klienty a také je vyvěšena v každé společenské místnosti.

Poslední otázka této kategorie poukázala na subjektivní hodnocení toho, zda jsou pro informantky aktivizační a sociálně terapeutické činností důležité. Při této otázce bylo znát, že pro informantky je tato pracovní pozice velice důležitá a naplňuje je. Ve své práci vidí smysl a výsledky v podobě spokojených klientů, a tak v kontextu této otázky byla důležitost těchto činností jednou z hlavních priorit. Důležitost těchto činností spatřují informantky ve spokojených klientech ve spojitosti s aktivním trávením volného času.

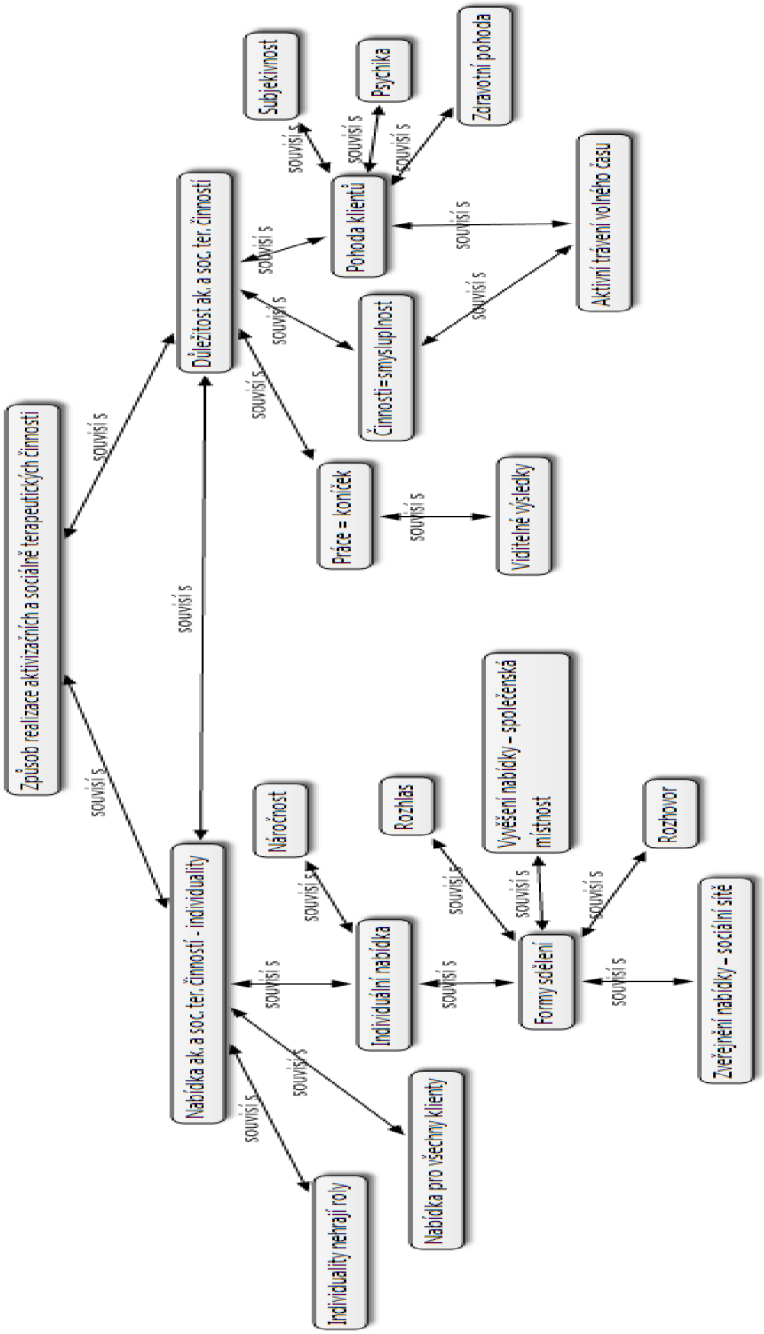
Nyní následuje schéma č. 14 a 15, jež vzniklo z druhé kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.14. – Druhá kategorie (aktivizační pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č.15 – Druhá kategorie (aktivizační pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Poslední kategorie ukazuje, jak potažmo s jakými členy multidisciplinárního týmu spolupracují informantky při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností a jak využívají možné zapojení externích pracovníků či jiných možných realizátoru těchto činností.

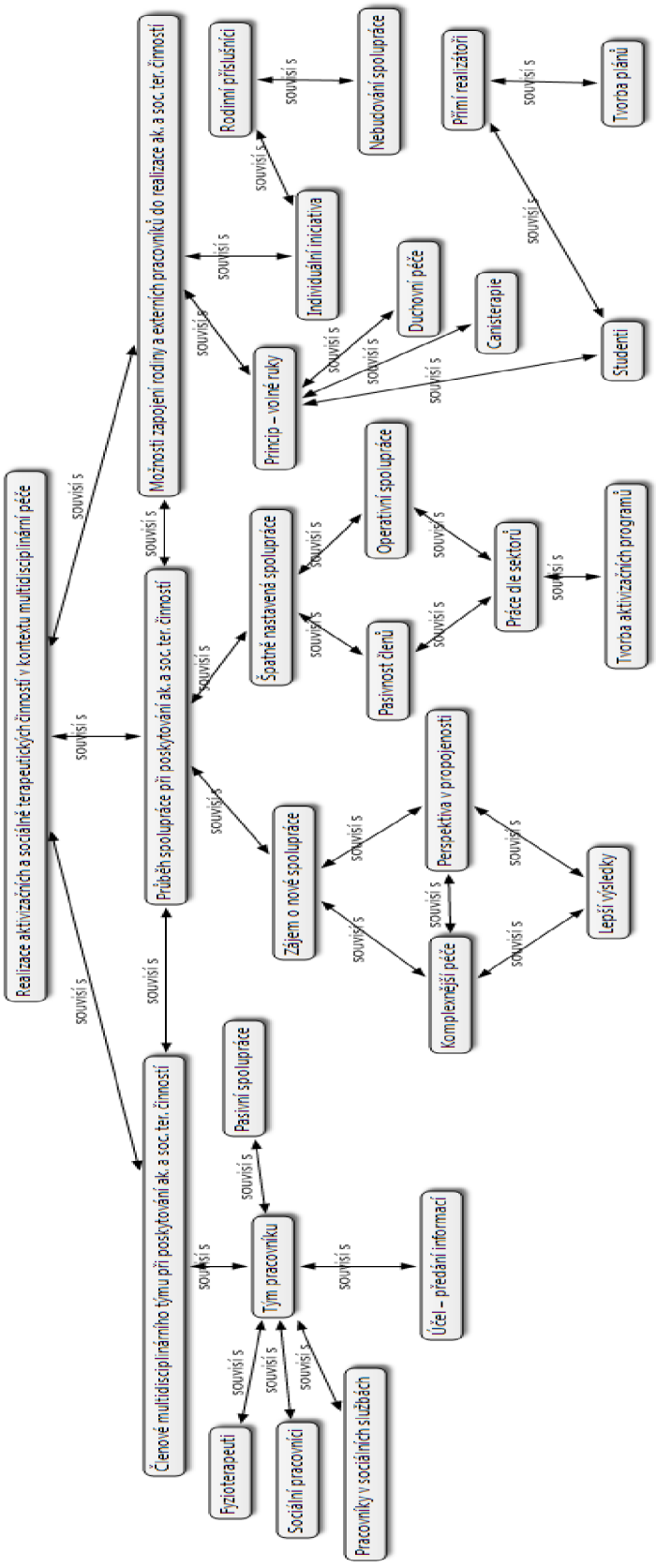
První otázka se soustředila na již vytvořený tým pracovníků, kteří se podílejí na aktivizačních a sociálně terapeutických činností v daném zařízení. Informantky nejčastěji spolupracují v týmu s pracovníky v sociálních službách, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty. Tento tým je tvořen pouze za účelem předání informací nikoliv jako aktivní složka multidisciplinární péče. Informantka AP2 uvedla*: „Pracujeme spíše samostatně a vše si realizujeme sami s klienty.“*

Druhá otázka byla zaměřena na to, jak daná spolupráce s členy multidisciplinárního týmu probíhá. Již z předchozí otázky bylo zřejmé, že spolupráce jako taková zde není nastavena. Všechny informantky vyzdvihly důležitost propojení všech členů multidisciplinárního týmu, kteří by sloužili pro lepší a komplexnější péči o klienty i právě v rámci zkoumaných aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

Závěrečná otázka v rámci využití externích pracovníků či jiných kompetentních jedinců do poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností vyzdvihla především rodinné příslušníky, kteří se do celého procesu zapojují pouze v rámci jejich samostatné iniciativy. Další využívanou možnosti jsou pak studenti v rámci studentské praxe. Ti se dle informantek zapojují nejvíce. Informantka v souvislosti se studenty dodala *„Snažíme se, aby studenti byli aktivní a vymysleli si celý aktivizační program pro klienty na jednotlivé týdny v měsíci.“* Dále od informantek byla zmíněna duchovní péče a canisterapie.

Nyní následuje schéma č. 16, jež vzniklo z třetí kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 16 – Třetí kategorie (aktivizační pracovníci)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Výsledky rozhovorů – fyzioterapeuti

V rámci třech provedených rozhovorů s informantkami na pozici fyzioterapeutek vznikli kódy, které vedly ke vzniku kategorii. Kategorie jsou v následující kapitole níže popsány. Pro lepší přehlednost nám k interpretaci dat pomůže schéma a tabulka se sociodemografickými údaji.

Vzniklé kategorie:

1. Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností
2. Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností
3. Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Sociodemografické údaje

Tabulka č. 5 – Sociodemografické údaje – fyzioterapeuti

	Pohlaví	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka práce se seniory	Délka práce v pomáhající profesi	Vzdělávací aktivity v rámci ak. a soc. ter. činností
FY1	Žena	Fyzioterapeut	Vysokoškolské Bc.	10 let	30 let	Fyziojga Mobilizační techniky Pohybové aktivity se seniory
FY2	Žena	Fyzioterapeut	Vyšší odborné	20 let	20 let	Žádné
FY3	Žena	Fyzioterapeut	Vyšší odborné	10 let	25 let	Kinezioterapie Léčba pohybem Aktivní a pasivní cvičení se seniory

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 5 vyplývá, že se polostrukturovaných rozhovorů, jak tomu bylo i u předchozích informantek zúčastnily tři ženy, které splňovaly podmínky vzdělání na této pracovní pozici. Informantky mají rozsáhlejší délku praxe v pomáhající profesi i délku práce se seniory než předešlé informantky na jiných pracovních pozicích. Rozsáhlejší délka práce v pomáhající profesi byla u FY1 a FY3 realizována v nemocničních

zařízeních. U vzdělávacích aktivit v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností se jedná spíše o nácvik a upevňování motorických dovedností a sociální začleňování klientů, jež probíhá prostřednictvím některých aktivit informantek.

Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností

Tato kategorie se zaměřovala na zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností jejich metodické vedení, průběh jejich plánování, vedoucích úlohách, stanovení cílů a způsobu jejich vyhodnocení.

První otázka určila, jak probíhá zavadění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Na základě této otázky bylo zjištěno, že informantky na pozici fyzioterapeutů se nepřímo účastní tohoto procesu. Dle informantek spíše zavádějí do procesu nová fyziologická cvičení, která mají charakter aktivizačních a sociálně terapeutických činností, jelikož se prostřednictvím nich upevňují motorické dovednosti a následně probíhá i sociální začleňování klientů, kteří se účastní skupinových cvičení. Informantka FY2 uvedla: *„Nové zavadění je v naší kompetenci, když k něčemu takovému dojde, prezentujeme výhody vrchní sestře a pak společně vedení.“* Po odsouhlasení zavedení nových činností pak probíhá dle informantek nabídka těchto činností klientům, jejich vysvětlení, praktická ukázka a případně dopomoc při jejich realizaci.

Metodické vedení z pracovní pozice fyzioterapeutů je pod správou staničních a vrchních sester, avšak tento fakt dle informantek spíše uveden formálně. Reálně se dle informantek jedná o metodické vedení fyzioterapeutických plánů, jenž má charakter aktivizačních a sociálně terapeutických činností, na niž se podílejí fyzioterapeuti samostatně. Informantka FY1 uvedla: *„Zde probíhá maximálně konzultace, ale vše si jinak vedeme a vykazujeme sami.“*

Třetí otázka se soustředila na plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které jak již bylo zmíněno, je prostřednictvím fyzioterapeutických plánů. Tyto plány jsou dle informantek navrženy po konzultaci s klienty a odpovídají zdravotnímu stavu klientů, soběstačnosti, potřebám a zájmům. Samotné plánovaní má dle informantek charakter spíše krátkodobý a každý den před začátkem aktivit probíhá jeho revize. Informantka FY 2 dodala: *„Veškeré plány jsou vždy ráno prodiskutovány, a tak odpovídají přesně potřebám a zdravotnímu stavu klientů.“*

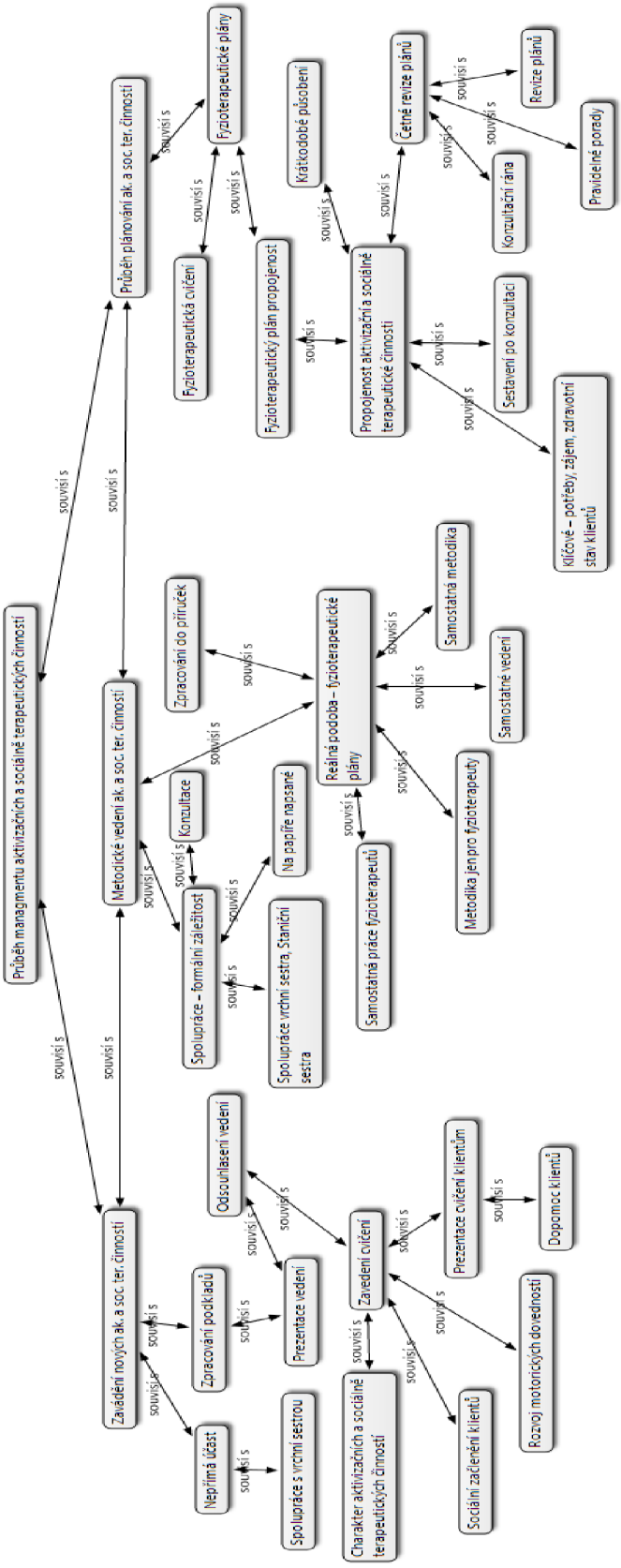
Následující čtvrtá otázka zodpovídala, zda se informantky podílejí na vedoucích úlohách v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností. U této otázky všechny informantky odpověděly, že vedoucí postavení ani úlohy v organizaci nemají a nejsou v jejich kompetencích. Pracovní pozice fyzioterapeutů dle informantek pracuje spíše samostatně a vedoucí postavení v rámci jejich zastoupení pak zastává staniční nebo spíše vrchní sestra, která se účastní porad vedení pořádaných jedenkrát do týdne.

Předposlední otázka zodpověděla oblast toho, kdo se podílí na stanovení cílů v rámci nastavených aktivizačních a sociálně terapeutických činností. U této otázky uvedly informantky v této souvislosti pouze sebe, kdy prostřednictvím fyzioterapeutických plánů stanovují cíle s klienty prostřednictvím rozhovoru a cvičení jenž poukazuje na čem je nutné v rámci jejich cvičení zapracovat. Informantka FY2 poukázala na problematiku cílů a uvedla: *„Všichni plánujeme cíle, které se vztahují k těm vašim činnostem, ale není nic propojeného, každý jedeme v tomto spíš sólo.“* Tuto problematiku také zmínily zbylé informantky a dále uvedly, že jim v zařízení chybí společné porady multidisciplinárního týmu, jenž by se podílel na komplexní péči o klienty.

Šestá a zároveň poslední otázka v rámci první kategorie získala informace ohledně vyhodnocování zmíněných aktivit. Vyhodnocení dle informantek probíhá jeden krát do měsíce, kdy proběhne vyhodnocení nastavených fyzioterapeutických plánů, ve kterých se posuzuje naplnění cíle. Informantka FY3 uvedla: *„Vyhodnocení je u nás takový nástroj motivace.“* Vyhodnocení fyzioterapeutických plánů informantky neprovádějí pouze interně mezi sebou, ale také o vyhodnocení informují daného klienta, a tak se pro ně vyhodnocení stává jednou z možných forem motivace. Motivace popisují informantky jako nástroj, který pomáhá klientům dosahovat vyšších výsledů v rámci jejich jemné a hrubé motoriky, pohybu, začleňování se, samostatnosti a mnohých dalších pozitiv.

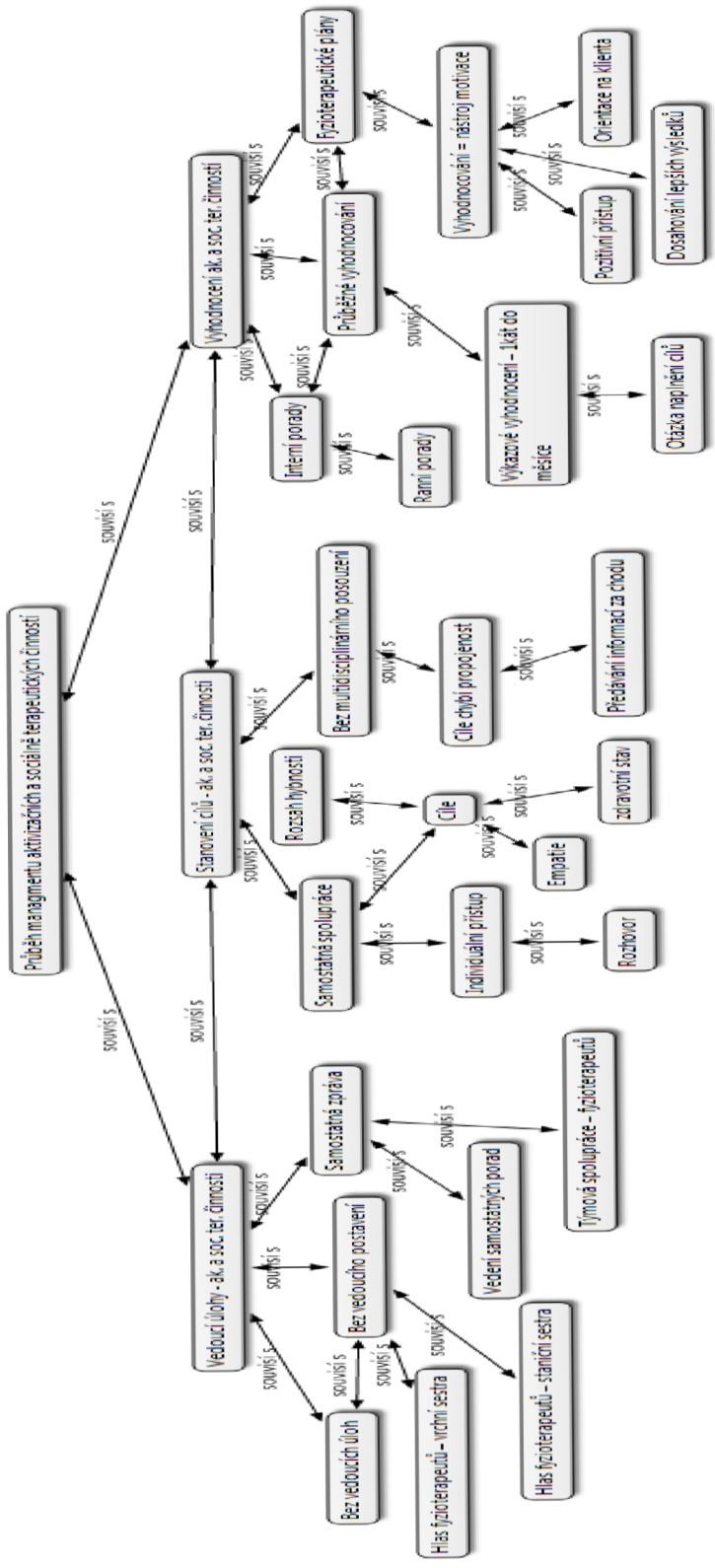
Nyní následuje schéma č. 17 a18, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.17 – První kategorie 1/2 (fyzioterapeuti)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č.18 – První kategorie 2/2(fyzioterapeuti)



Zdroj: Vlastní výzkum

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Druhá kategorie se jako ty předchozí dostala k oblastem toho, co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností daří, zda je v zařízení poskytován určitý koncept či model péče, jaké jsou využívaný formy a druhy zmiňovaných činností, jak jsou tyto činnosti nabízeny a zda je pro informantky důležité aktivizace klientů.

Informantky shledávají v rámci první otázky úspěchy prostřednictvím fyzioterapeutických plánu, kdy se jim nejvíce daří zachování, co nejdéle možné soběstačnosti klientů a navázání kontaktu mezi aktivizovanými klienty. Informantka FY1 doplnila: *„Klienti se mezi sebou vzájemně podporují. Skupinová cvičení mezi nimi udržují jejich vazby a motivují je.“*

Druhá otázka směřovala k možnému konceptu či modelu poskytované péče klientů. U této otázky bylo zjištěno, že ani informantky na pracovní pozici fyzioterapeutů nevyužívají žádný koncept či model péče z jejich pracovní pozice. Dále bylo zjištěno, že při práci s klienty domova pro seniory využívají spíše ověřené nástroje práce se seniory, které byly nasbírány prostřednictvím dlouholeté praxe. Tyto ověřené nástroje specifikovala informantka FY3, kdy uvedla: *„Především se jedná o individuální přístup, analýzu potřeb a zájmů klientů a celoživotní vzdělávání v této oblasti.“*

Třetí otázka se již zaměřovala na probíhající formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutické činnosti. Formy zmiňovaných činností prostřednictvím informantek jsou nejvíce využívány skupinové, právě ty jsou nejčastěji využívány ze zmiňovaného důvodu motivace a vztahů mezi klienty. Vybraným klientům, každé dopoledne začínají fyzioterapeutická cvičení ve společenských místnostech, kde jsou pro tyto účely nainstalovány příslušné rehabilitační stoje a pomůcky. Klienti, u nichž není možná forma skupinová, probíhá forma individuální na lůžku. Druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností jsou spíše pohybové a taneční. Informantka FY2 uvedla: *„Dříve jsme tu i tančili, ale to dnes to jde zcela výjimečně. U klientů se nám dost zhoršuje jejich zdravotní stav a míra soběstačnosti a angažování.“* Dále byly od informantek zmíněny i další druhy aktivizací, ale ty se již nevztahovaly k aktivizačním a sociálně terapeutickým činnostem, nýbrž pouze k těm, které slouží jako přímé nástroje fyzioterapie. Z tohoto důvodu zde nejsou dále uvedeny.

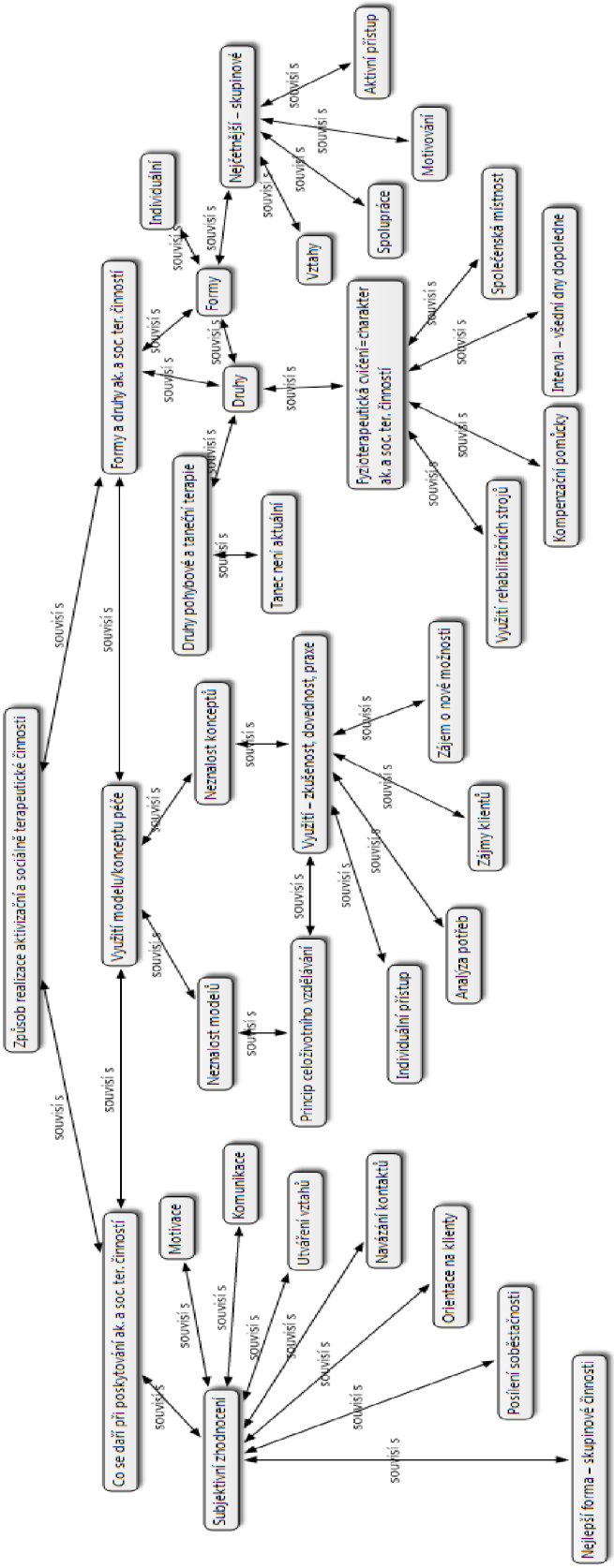
Předposlední otázka směřovala k nabízení vhodných aktivizačních a sociálně terapeutických činností s ohledem na individualitu každého klienta. U této otázky byly

jako hlavní individuality zmíněny: zdravotní stav, soběstačnost a míra chuti se do zmiňovaných činností zapojit. Tyto individuality byly hlavní a zároveň jediné, které od informantek zazněly.

Poslední otázka poukázala, zda je pro informantky důležitá aktivizace klientů prostřednictvím subjektivního zhodnocení v rámci jejich pracovní pozice. U této otázky bylo znát, že pro všechny informantky je aktivizace velice důležitý nástroj, který sebou přináší možný způsob seberealizace klientů, působící na jejich rozvoj, motivaci a celkovou spokojenost. Prostřednictvím aktivizací se naplňují dle informantek potřeby klientů, které vedou k jejich spokojenému životu v zařízení. Informantka FY3 uvedla: *„Posláním naší práce je aktivizovat, a to ve všech formách.“*

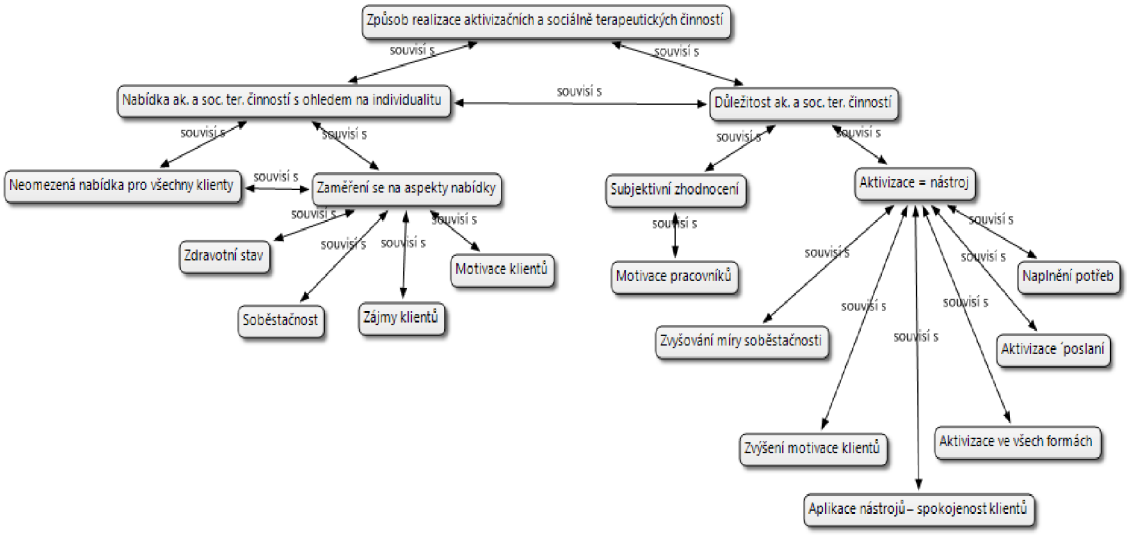
Nyní následuje schéma č. 19 a 20, jež vzniklo z druhé kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 19 – Druhá kategorie 1/2 (fyzioterapeuti)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č. 20 – Druhá kategorie 2/2 (fyzioterapeuti)



Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Závěrečná kategorie odhalila, s jakými členy a jak probíhá spolupráce při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v rámci multidisciplinárního týmu a také zda při těchto činnostech je využita spolupráce s externími pracovníky nebo s rodinou a dalšími možnými členy tohoto týmu.

První otázka, tedy s jakými členy probíhá spolupráce u zmiňovaných činností, odhalila možné nedostatky v rámci fungování multidisciplinárního týmu, kdy pozice fyzioterapeutů dle informantek pracuje spíše jako jeden samostatný celek nikoliv v týmu. Informantka FY1 uvedla: *„Ano, když přichází zhoršení zdravotního stavu klienta, nebo měl klient špatný den, poradíme se o tom, ale spolupráce jako taková není nastavená.“* Když dojde na samotnou spolupráci nejčastěji informantky spolupracují se staniční sestrou, aktivizačními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. S dalšími členy dle zjištění není navázána komunikace a nejsou předávány žádné informace.

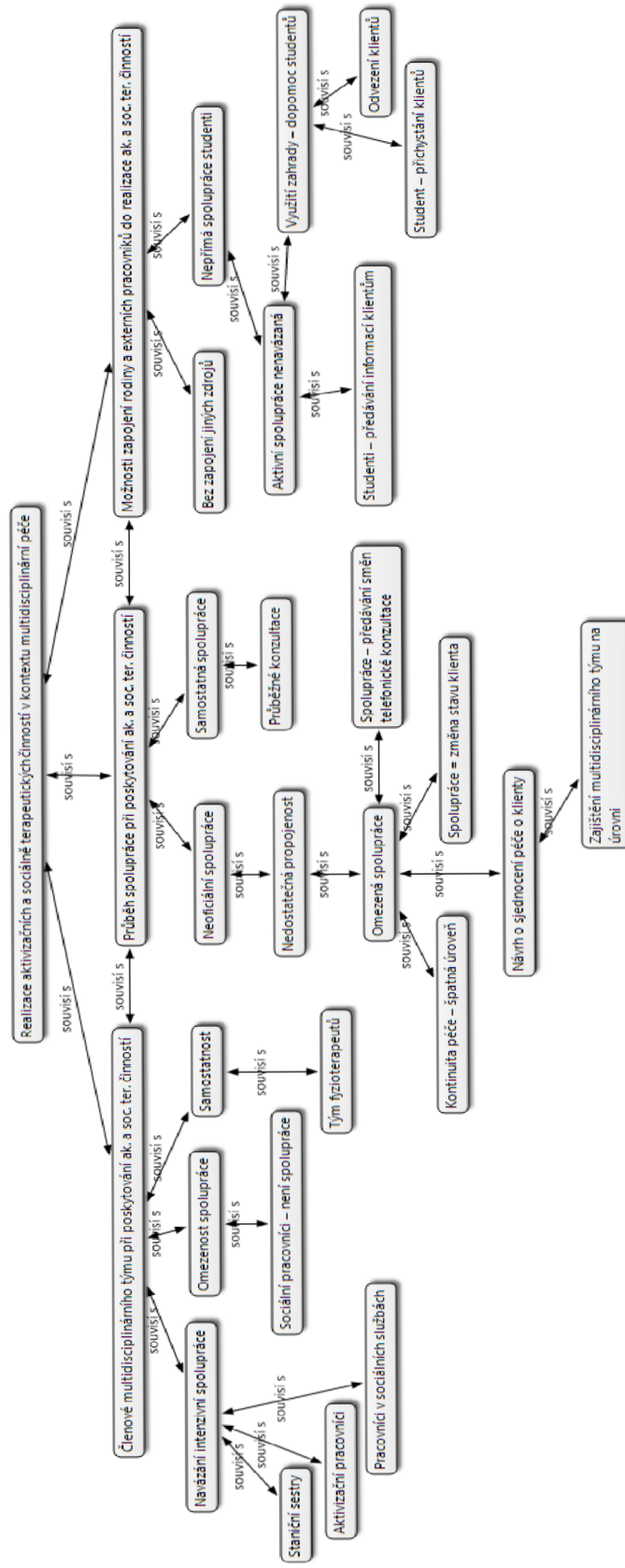
Druhá otázka zodpověděla to, jakým způsobem probíhá zmiňovaná spolupráce prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Jak již bylo v první otázce naznačeno, dle zjištění je spolupráce spíše operativní, a soustřeďuje se na aktuální předávání nových informací o klientech v čase předávání směn, při náhodném setkání v zařízení a po telefonní konzultaci. Tato spolupráce je dle informantek nevyhovující a nezajišťuje

kontinuitu péče. Informantky by uvítaly, kdyby jejich role byla zasazena do multidisciplinárního týmu, kde by vhodně probíhalo předávání informací o klientech a následně by bylo zajištěno sjednocení plánování péče o klienty.

Třetí a zároveň poslední otázka měla za cíl zjistit, jací externí pracovníci nebo jiní možní realizátoři, kteří se podílejí na poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností jsou využívání. Informantky uvedly, že do fyzioterapeutických plánů s klienty se žádní jiní realizátoři nezapojují. Jako nepřímé spolurealizátory jsou pak informantkami vnímáni studenti, kteří dopomáhají při doprovodu a přepravě klientů na místa skupinových činností. Informantka FY2 doplnila tuto skutečnost: „Studenty *využíváme často ale spíš jen na přepravu po zařízení anebo do naší nové zahrady, která je přizpůsobena klientům a našim požadavků.*“

Nyní následuje schéma č. 21, jež vzniklo z třetí kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č.21 – Třetí kategorie (fyzioterapeuti)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.5 Výsledky rozhovorů – staniční sestry

Z provedených rozhovorů s informantkami na pracovní pozici staničních sester byly získaná data zpracována prostřednictvím otevřeného kódování. Kódy byly následně rozděleny do kategorie a jsou v následující kapitole níže popsány. Pro lepší přehlednost slouží tabulka se sociodemografickými údaji a vzniklé schéma.

Vzniklé kategorie:

1. Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností
2. Způsob realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností
3. Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Sociodemografické údaje

Tabulka č. 6 – Sociodemografické údaje – staniční sestry

	Pohlaví	Pracovní pozice	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka práce se seniory	Délka práce v pomáhající profesi	Vzdělávací aktivity v rámci ak. a soc. ter. činností
SS1	Žena	Staniční sestra	Vysokoškolské Bc.	30 let	34 let	Kurz bazální stimulace
SS2	Žena	Staniční sestra	Vysokoškolské Mgr.	7 let	10 let	Žádné
SS3	Žena	Staniční sestra	Vysokoškolské Bc.	3 let	3 let	Žádné

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 6 vyplývá, že celého výzkumu se účastnily pouze ženy, a to na všech pracovních pozicích včetně staničních sester. Vzdělání staničních sester bylo u všech vysokoškolské. Délka práce se seniory byla nejdelší u informantky SS1, přičemž tvořila 30 let s tím, že předchozí zaměstnání bylo také v rámci pomáhající profese, a to v prostředí nemocničním. Toto předchozí nemocniční zaměstnání uvedla také informantka SS2. Jiné předchozí zaměstnání, než se seniory měla informantka SS3, které své původní zaměstnání v pomáhající profesi zahájila přímo ve vybraném zařízením

tohoto výzkumu. Vzdělávací aktivity v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností byly pouze u informantky SS1, a to kurz bazální stimulace.

Průběh managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností

První kategorie, která vznikla na základě polostrukturovaných rozhovorů poukázala na zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností jejich metodické vedení, průběh jejich plánovaní, vedoucí úlohy, stanovení cílů a způsob jejich vyhodnocení.

První otázka se soustředila na zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Dle této otázky bylo prostřednictvím informantek zjištěno, že s novým zaváděním aktivizačních a sociálně terapeutických činností mají právě ony dočinění. Informantky přijímají podměty a následně je zpracovávají k možné prezentaci vedení. Informantka SS1 uvedla: *„Za námi chodí pracovníci a naším úkolem je zpracovat podměty a následně je přednést vedení. Ti pak dle toho rozhodnou o realizaci.“* Následně bylo uvedeno, že při odsouhlasení nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností na jejich zpracování a následně zavádění dohlížejí právě staniční a vrchní sestry.

Druhá otázka odpovídala na metodické vedení aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V této oblasti také disponovaly především sestry staniční a sestra vrchní. Informantky popsaly spolupráci s vrchní sestrou, která spočívá ve správně nastavených zmiňovaných činnostech, které jsou nastaveny dle potřeb klientů a požadavků celého týmu vedení. Tyto požadavky na aktivizační a sociálně terapeutické činnosti představují pro informantky metodické vedení, které je vždy sepsáno pod jejich zprávou.

Otázka číslo tři, tedy jak probíhá plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Plánování dle informantek probíhá jedenkrát do měsíce v rámci týmového setkávání. Toto týmové setkávání se realizuje pouze v rámci staničnících sester, které jsou zastoupeny na jednotlivých odděleních v zařízeních. Druhým nástrojem, který v této souvislosti byl zmíněn bylo individuální plánování, to mají na starosti pracovníci v sociálních službách a týká se spíše plánování v rámci jednotlivých klientů, nikoliv plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v celém zařízení.

Další otázka se zaměřila na podílení se na vedoucích úlohách z pracovní pozice informantek. Dle informantek, jsou právě ony a vrchní sestra ve vedoucím postavení v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností, hned nad nimi v organizační

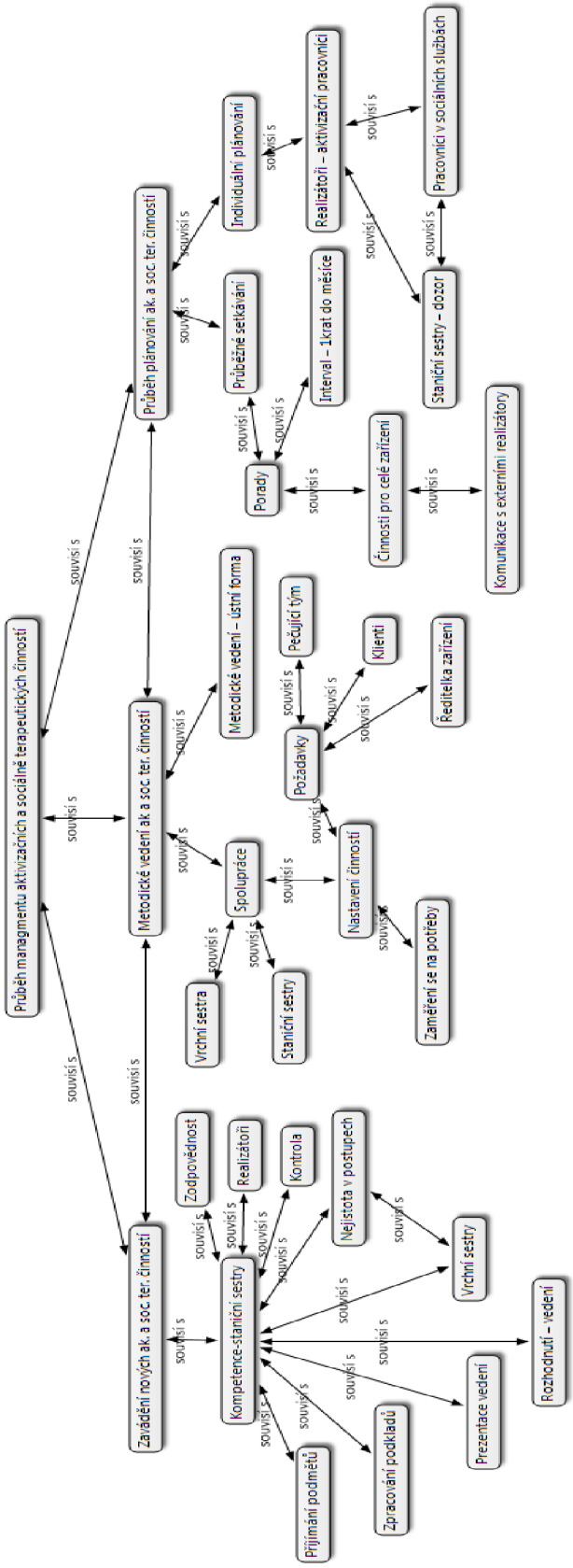
hierarchii je ředitel/ředitelka zařízení. Dále informantka SS3 uvedla: *„Myslím, že by se na tom s námi měly podílet sociální pracovnice, ale ty zas vedou agendy všech klientů.“* K stejnému tvrzení se pak připojila i informantka SS2.

V rámci stanovování cílů u aktivizačních a sociálně terapeutických činností nám sloužila otázka číslo pět. U této otázky jako první byla zmíněna rodina, což v předchozích rozhovorech s předešlými informantkami na různých pracovních pozicích nebylo pojednáno. Informantky v tomto procesu dále uvedly samotné klienty, klíčové pracovníky a je, jako staniční sestry. Staniční sestry pak tvoří jakýsi dohled nad zmiňovanými činnostmi. Informantka SS1 uvedla: *„Rodina a klient musí být součástí jak celého plánování, tak stanovení cílů, a to u všech činností.“*

Poslední otázka odpovídala na způsob vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností, to probíhá dvěma způsoby. Jestliže se týká společenských akcí nebo jiných činností, které nejsou v zařízení realizovány pravidelně (canisterapie, hippoterapie a jiné) informantky uvedly, že hodnocení je v rukou sociálních pracovníků. Sociální pracovníci zpracované vyhodnocení publikují na sociálních sítích, ve zpravodaji zařízení a ve výročních zprávách. Informantka SS3 uvedla: *„Zprávy předáváme holkám ze sociálu, a ty to vždy zformulují a uveřejní všude, kde je potřeba.“* Další způsob vyhodnocení je dle informantek vnímán prostřednictvím individuálního plánovaní, ve kterém se nejčastěji cíle objevují v podobě aktivizačních a sociálně terapeutických činností. To je pak vyhodnoceno pracovníky v sociálních službách jedenkrát za půl roku.

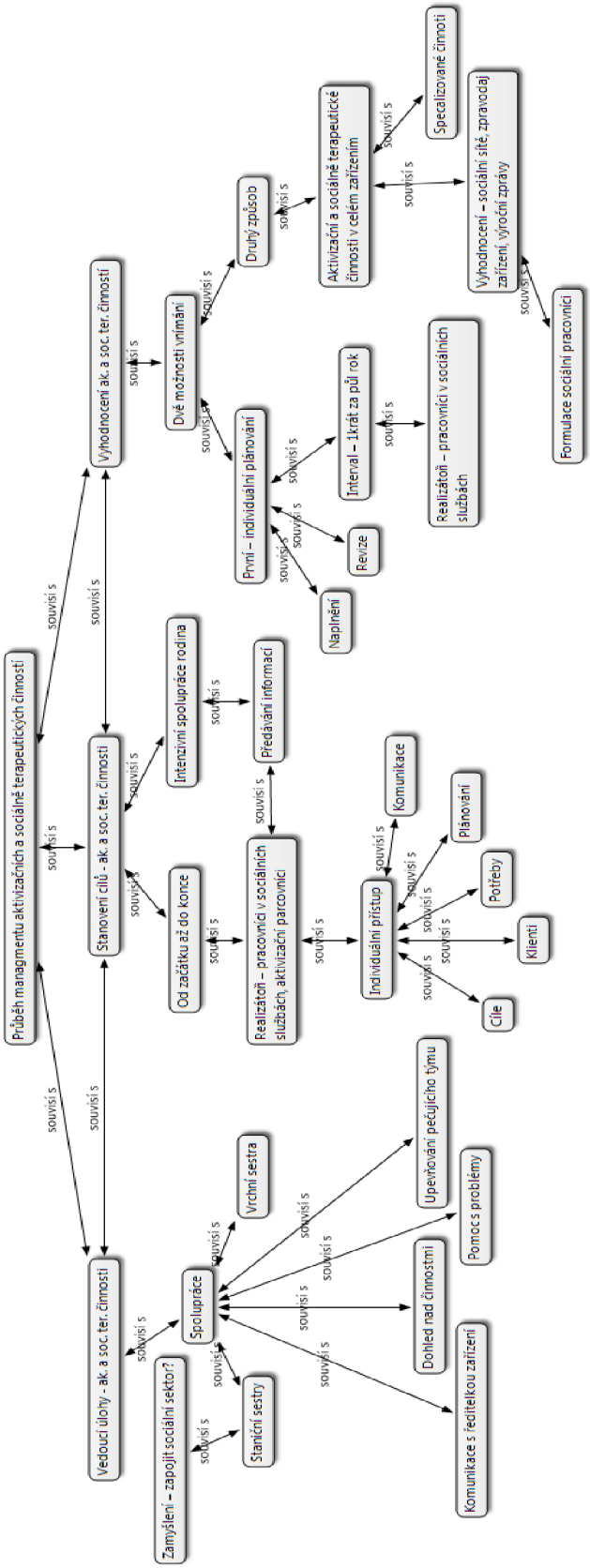
Nyní následuje schéma č. 22 a 23, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 22 – První kategorie 1/2 (staniční sestry)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č. 23 – První kategorie 2/2 (staniční sestry)



Zdroj: Vlastní výzkum

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Druhá kategorie zaujmula oblasti toho, co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností daří, zda je v zařízení využíván koncept či model péče, jaké jsou využívaný formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností, jak jsou tyto činnosti nabízeny a zda jsou pro informantky tyto činnosti z jejich pohledu důležité.

Hned první otázka se zaměřila na to, co se informantkám při realizaci aktivizačních a sociálně terapeutických činností daří. U této otázky byl především zmíněn individuální přístup, reflektování potřeb a zájmů klientů. Informantky při této otázce vyzdvihly právě individuální přístup, který vnímají jako primární pro spokojenost svých klientů, u kterých je často velice snížená soběstačnost a prognóza zhoršujícího se zdravotního stavu.

Druhá otázka pramenila z možného využití konceptu či modelu péče, kterého by mohlo být využito v rámci chodu zařízení. Prostřednictvím této otázky bylo sděleno, že žádný koncept ani model péče není v zařízení využíván. K této otázce informantka SS1: uvedla: *„Ani zde nic takového využíváno nebude, klienti potřebují především individuální přístup vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.“* Ani jedna z informantek v rámci polostrukturovaného rozhovoru v rámci této otázky nebyla nakloněna k možným změnám, které by pramenily z využití konceptu či modelu poskytované péče klientům.

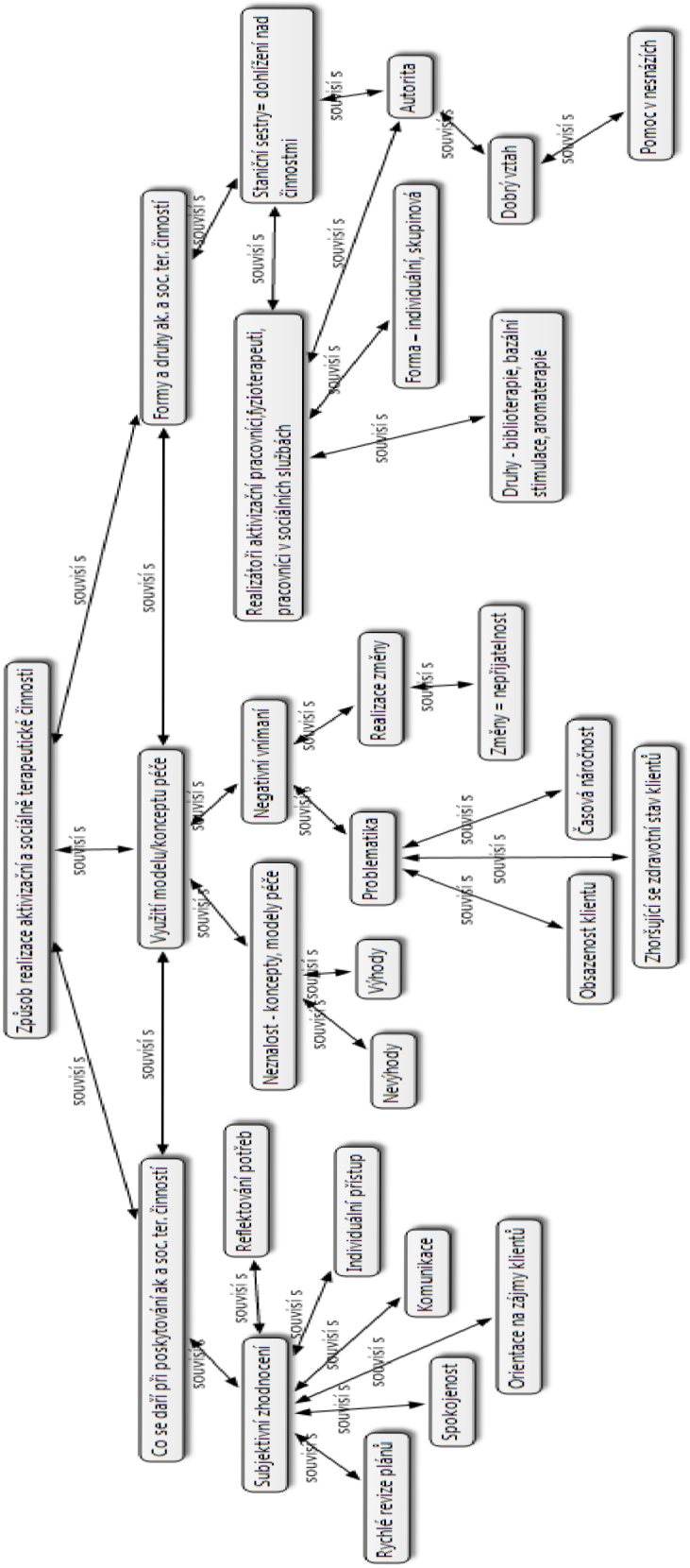
Následovala otázka, která měla za cíl zodpovědět jaké jsou využívaný formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci odpovědí na tuto otázku byly zjištěny formy jak individuální, tak skupinové a druhy aromaterapie a bazální stimulace. Zbylé druhy provádějí dle informantek spíše aktivizační pracovníci, pracovníci v sociálních a službách, popřípadě fyzioterapeuti. Informantka SS3 k této otázce dodala: *„Přímí realizátoři spíše nejsme, ale dohlížíme na jejich správný chod.“*

Předposlední otázka této kategorie zjišťovala, s jakým individuálním ohledem jsou klientům nabízeny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Informantky zde nezmínily o moc víc rozdílné individuality než ostatní informantky výzkumu na různých pracovních pozicích. Jejich nabídka je prostřednictvím všech pracovníků, formou letáčku ve společenské místnosti a následně jsou některé činnosti vyhlášeny rozhlasem. V rámci individualit zde informantky zmínily soběstačnost, preference klientů, pohlaví a délku pobytu v zařízení. Tyto individuality jsou dle informantek identifikovány na základě rozhovorů při příjmu nebo v průběhu života v zařízení

Pátá a poslední otázka v rámci druhé kategorie ukazuje, jak jsou aktivizační a sociálně terapeutické činnosti důležité pro informantky v rámci jejich zhodnocení. Důležitost těchto činností spočívá dle informantek v aktivaci zbylého potencionálu všech klientů v zařízení. Dále bylo dodáno informantkou SS2: *„Tyto činnosti působí nejenom na zdravotní stav všech klientů, ale především i na ten jejich psychický.“*

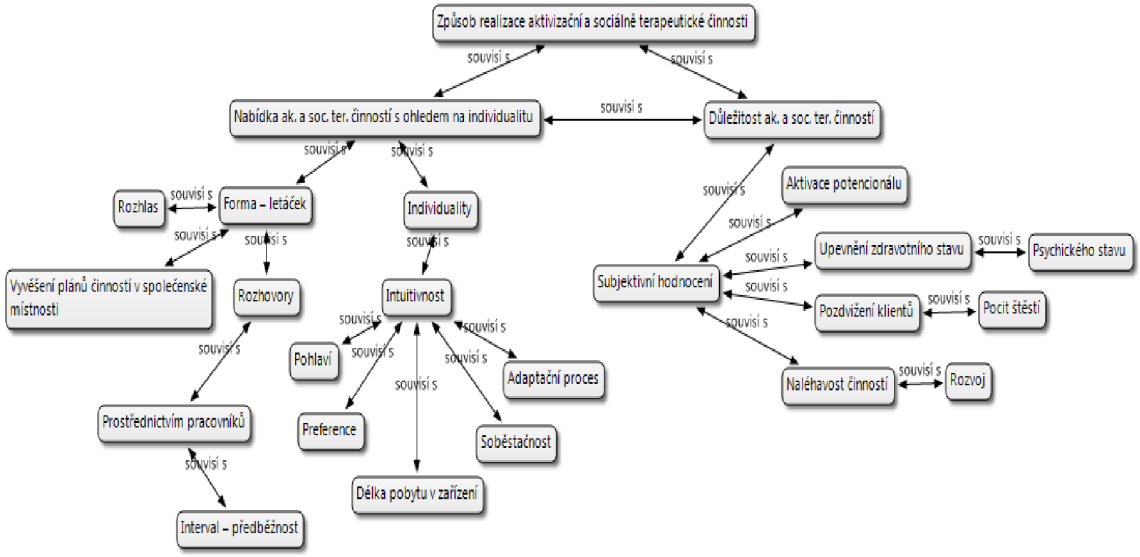
Nyní následuje schéma č. 24 a 25, jež vzniklo z první kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 24 – Druhá kategorie 1/2 (staniční sestry)



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma č. 25 – Druhá kategorie 2/2 (staniční sestry)



Zdroj: Vlastní výzkum

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče

Třetí a vlastně i závěrečná kategorie, jež byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s informantkami odhalila, s jakými členy a jak probíhá spolupráce multidisciplinárního týmu při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Následně se tato kategorie také soustředila na to, do jaké míry jsou využívány externí pracovníci či jiní možní realizátoři zmiňovaných činností.

V rámci první otázky bylo zjištěno, že informantky spolupracují se všemi členy ošetřujícího týmu. Spolupráce je nejvíce intenzivní s pracovníky v sociálních službách, kdy jejich spolupráce zajištuje efektivní naplňování individuálních plánů. Další spolupráce, která byla od informantek identifikována je s vrchní sestrou, popis této spolupráce je dle informantky SS1 následující: *„Vrchní je pravá ruka nejvyššího vedení, vše jde nakonec tedy i přes ní, ale v rámci realizace jednotlivých činností s námi nespolupracuje.“* Toto tvrzení, avšak v jiním kontextu uvedly také zbylé informantky.

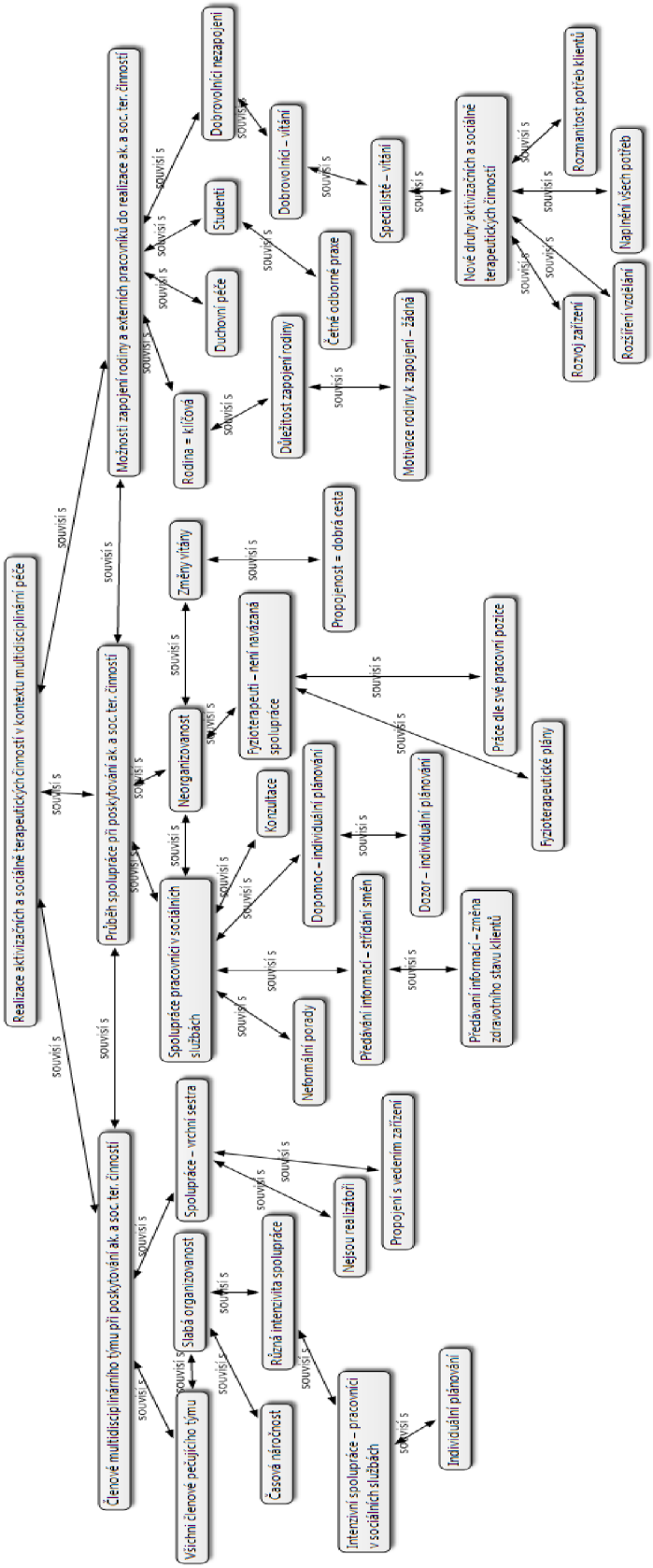
Předposlední otázka se již nezaměřovala na to, s jakými členy je spolupráce navázaná, ale jak samotná spolupráce mezi multidisciplinárním týmem probíhá. Nejméně navázaná spolupráce je dle informantek s fyzioterapeuty, ti si tvoří svůj vlastní fyzioterapeutický plán. Méně navázaná spolupráce byla také zmíněna v rámci sociálních pracovníků, jejíž činnosti v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností spočívají dle

informantek pouze v přijímání informací od klientů a rodinných příslušníků. Užší spolupráce je pak s pracovníky v sociálních službách a aktivizačními pracovníky od kterých dostávají staniční sestry vždy informace průběžně při předávání směn nebo v rámci zdravotních či duševních změn u klientů.

Poslední otázka se soustředila na možné využití externích pracovníků nebo jiných adekvátních aktérů, kteří v zařízení realizují aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. U všech informantek zazněla duchovní péče, zapojení rodiny, studentů v rámci odborné praxe a canisterapeutů. Informantka SS3 dodala: *„Ráda bych, aby tu byli i dobrovolníci. Za tu dobu, co tu pracuji, se nezapojil ani jeden.“* Požadavek na zapojení vícero specialistů, ať už formálním či neformálním způsobem se objevil u všech informantek, které právě v těchto možnostech vidí, jak by se jejich zařízení mohlo více rozvíjet a naplňovat i specifické potřeby klientů.

Nyní následuje schéma č. 26, jež vzniklo z třetí kategorie a je výsledkem celé výše popsané kategorie.

Schéma č. 26 – Třetí kategorie (staniční sestry)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.6 Shrnutí výsledků výzkumu

V následující kapitole proběhne shrnutí získaných výsledků výzkumu dle jednotlivých stanovených výzkumných otázek.

HVO: Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?

Na průběh managmentu při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností bylo pohlíženo od samého začátku, tedy v rámci zavádění nových činností do samotného provozu zařízení. V rámci všech informantek, se kterými proběhl polostrukturovaný rozhovor bylo zjištěno, že ani jedna nebyla součástí samotného procesu zavádění nových činností do zařízení. Z tohoto důvodu byly poskytnuty informace pouze teoretické, jak by dle jejich představy průběh zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností probíhal. V rámci tohoto procesu bylo zjištěno, že zavádění nových činností je záležitostí neorganizovanou a je tedy v rukou jednotlivých pracovníků bez aktivní podpory vedení. Možný návrh nového konceptu činností je předán staniční sestře/vrchní sestře a ta jeho zpracovanou formu představí vedení zařízení, které o jeho realizaci rozhodne.

Po zavedení aktivizačních a sociálně terapeutických činností se oblast výzkumného zájmu zaměřila na metodické vedení. V této oblasti bylo zjištěno, že metodické vedení je v rukou staničních a vrchních sester. Jediní pracovníci na pozici fyzioterapeutů si metodiku zpracovávají sami dle fyzioterapeutických plánů, které jsou v jejich přímé režii.

Průběh plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností představoval dvě zjištěné roviny. První rovinou je plánování těchto činností v rámci individuálního plánování, tedy spolupráce sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a aktivizačních pracovníků za dohledu staničních sester. Mimo individuální plán plánují zmiňované činnosti, a to dle svého sektoru aktivizační pracovníci a fyzioterapeuti. Druhá rovina pak představuje aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, které zasahují do celého chodu zařízení. Ty jsou pak v režii ředitele/ředitelky zařízení.

Podílení se na vedoucích úlohách v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností, bylo zjištěno pouze od informantek na pozici staničních sester ve spolupráci s vrchními sestrami. Tato vedoucí úloha byla již zřejmá z předešlých odpovědí z tázaných otázek, kdy byla naznačena nadřazenost zdravotního sektoru nad sociálním.

V rámci stanovení cílů u aktivizačních a sociálně terapeutických činností je tato činnost realizována prostřednictvím individuálního plánování. Jediné změny u stanovení cílů jsou zjištěny na pozici fyzioterapeutek, které si cíle stanovují sami dle fyzioterapeutických plánů.

Průběh samotného vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností byl pojat ve dvou rovinách. První rovina – vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností v rukou informantek na pracovní pozici sociálních pracovníků. Tyto vyhodnocení zasahují do celého chodu zařízení a jsou k nalezení ve zprávách pro ředitele/ředitelky zařízení, na sociálních sítích, v místním zpravodaji a případně ve výročních zprávách. Druhá rovina – individuální plánování, které probíhá jedenkrát do půl roku.

DVO1: Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče?

V oblasti toho, co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností jednotlivým informantkám daří, bylo získáno subjektivní zhodnocení, které se značně shodovalo v rámci naplnění potřeb, cílů, využití individuálního přístupu, komunikace s klienty a zvyšování míry soběstačnosti klientů. Nedostatek motivace ze strany klientů byl zmíněn pouze u informantek na pracovní pozici pracovníků v sociálních službách.
V rámci realizace konceptu či modelu péče při poskytování aktivizace nebyl žádný koncept, nebo model využíván. Objevila se zde velká neznalost možností a výhod u využívání konceptů či modelů péče.

Realizace používaných forem a druhů aktivizačních a sociálně terapeutických činností byla od informantek nejčastější zjištěná forma individuální s ohledem na zhoršující se zdravotní stav klientů, avšak u informantek na pozici fyzioterapeutek byla nejčastější využívaná forma skupinová, která dle nich zvyšuje motivaci klientů. Druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností byly pak pohybové, taneční, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, aromaterapie, trénink jemné a hrubé motoriky, kognitivní cvičení a zooterapie.

Nabídka aktivizační a sociálně terapeutické činnosti mohla přinést nejrůznější individuality klientů, které ovlivňují to, jak jsou činnosti v zařízení nabízeny. V tomto ohledu nebyly zjištěny žádné speciální individuality, spíše se jednalo o individuální přístup prostřednictvím intuitivní nabídky dle současné situace a získaných indicií.

Zjištěné individuality byly zmíněny následující: adaptační doba, soběstačnost klientů, potřeby a preference.

Důležitost zmiňovaných činností spočívala v subjektivním vnímání, kdy poukázala na rozvoj klientů, aktivní trávení volného času, vznik vztahů mezi klienty, a zdravotní a psychická spokojenosti.

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností je v rámci multidisciplinární péče navázána se sociálními pracovníky, pracovníky v sociálních službách, aktivizačními pracovníky, staničními sestrami a fyzioterapeuty. Klíčovou roli zde hrají staniční sestry, které tvoří dohled nad ostatními členy tohoto týmu.

Průběh spolupráce v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností v rámci multidisciplinární péče je následující. Sociální pracovníci navazují první kontakt a provádějí sociální šetření, prostřednictvím kterého zjišťují potřeby a cíle. Jejich informace jsou předány pracovníkům v sociálních službách, kteří ze získaných informací za spolupráce aktivizačních pracovníků tvoří individuální plán, jehož součástí jsou právě aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Dohled nad touto spoluprací je v rukou staničních sester. Fyzioterapeuti pracují spíše samostatně, avšak v rámci zhoršení zdravotního stavu jednotlivých klientů spolupracují všichni zmínění pracovníci společně jako multidisciplinární tým. V rámci tohoto týmu chybí pouze zapojení sociálních pracovníků.

Mezi zapojené externí pracovníky a dalších možné realizátory aktivizačních a sociálně terapeutických činností jsou zmínění pouze duchovní, studenti a zooterapeuti. Dále byli zmíněni dobrovolníci v kontextu minulého času, kdy působili v zařízení. Jejich potřeba v kontextu současné doby byla velice zdůrazněna. V neposlední řadě se k realizátorům přidali i rodinní příslušníci, avšak jejich účast byla pouze ojedinělá.

5 Diskuse

V této kapitole budou získaná data interpretována a komparována s teoretickými poznatky, které se zaměřují na managment aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory. Cílem diplomové práce bylo popsat management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče. Dle tohoto cíle byla vytvořena jedna hlavní výzkumná otázka a jedna vedlejší, kdy zodpovězení těchto otázek je uvedeno níže. Skladba informantů podílejících se na tomto výzkumu byla ryze ženského zastoupení a představovala zástupce pracovních pozic podílejících se na realizaci aktivizačních a sociálně terapeutických činností ve vybraném domově pro seniory.

HVO: Jak probíhá management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory?

Cílem hlavní výzkumné otázky bylo zjistit, jak probíhá managment poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V rámci zodpovězení této otázky proběhly rozhovory s informantkami na pracovních pozicích – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti a staniční sestry. Získané údaje v rámci této otázky přinesly poznatky o tom, jak jsou zaváděny nové aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, jejich metodické vedení, plánování, vedoucí úlohy, stanovování cílů a způsob jejich vyhodnocení.

Průběh managmentu poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností je vnímán od samého začátku, kdy jsou zmiňované činnosti zaváděny. V rámci tohoto procesu bylo zjištěno, že zavádění nových činností je spíše záležitostí neorganizovanou, v rukou iniciativy jednotlivých pracovníků bez podpory vedení. Již Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015) zpracovala Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, kde se třetí oblast působení věnuje kultuře a volnému času klientů. Je zřejmé, že v rámci tohoto domova pro seniory nejde zařízení vstříc rozvoji této oblasti a nechává tuto oblast jaksi plynout bez aktivní podpory a patřičného rozvoje. Dle Matouška et. al (2010) je důležité, aby poskytovaná péče v domovech pro seniory řádně odpovídala na potřeby svých klientů a patřičně rozvíjela jejich osobnost, což bez aktivního zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností není s ohledem na vývojové změny ve společnosti možné. U zavádění nových činnosti nebyla přítomna ani jedna informantka, ale jejich teoretické poznatky toho, jak by zavádění

probíhalo, bylo u všech informantek značně shodné, kdy je návrh nového konceptu činností předán staniční sestře a ta jeho zpracováno formu představí vedení zařízení, které má pravomoc rozhodnout o jeho přijetí či zamítnutí. Dle Matouška et. al. (2010) je při návrhu vhodných činností důležité navrhnout vhodného prostředí, které má u klientů podpůrný charakter. V rámci informantek SS1, SS2 a SS3 nebyl v rámci zpracované formy, která je prezentována vedení tento aspekt zmíněn. Autorka výzkumné práce by v rámci této oblasti zvýšila povědomí všech pracovníků zařízení o možnostech zavádění nových aktivizačních a sociálně terapeutických činností a navrhla vedení aktivní vyhledávání nových činností, které by naplňovaly širší spektrum potřeb klientů zvyšující kvalitu života klientů v zařízení. Následně by se dle autorky mělo vedení zaměřit na zvýšení potencionálu a iniciativy zaměstnanců v této oblasti.

Metodické vedení aktivizačních a sociálně terapeutických činností v zařízení dle informantek vede staniční a vrchní sestra. Jediné zaznamenané změny v rámci této oblasti byly od informantek FY1, FY2 a FY3 kdy se neformálně, ale reálně na metodickém vedení podílejí sami v rámci nastavených fyzioterapeutických plánů, které mají charakter aktivizačních a sociálně terapeutických činností. V publikaci od Malíkové (2011) nalezneme, že mezi činnosti sociálního pracovníka patří mimo jiné i provádění analytických a metodických činností. V této souvislosti lze usuzovat, že právě sociální pracovníci jsou v domovech pro seniory kompetentní v rámci vypracování metodiky týkající se aktivizačních a sociálně terapeutických činností, a to ve spolupráci s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Tato skutečnost nebyla v rámci informantů zjištěna, avšak v rámci informantek SP1. SP2 a SP3 byla zjištěna iniciativa v rámci těchto kompetencí. Autorka výzkumu v této souvislosti navrhuje posílení vedení sociálního sektoru z důvodu poskytování sociální služby, ve které by neměl převyšovat zdravotní sektor. V této souvislosti vnímá autorka zajištění spolupráce takové, kdy zdravotní a sociální sektory jsou rovnocenní partneři.

Průběh plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností představoval dvě zjištěné roviny. První rovinou je plánování těchto činností v rámci individuálního plánování. Dle Hauke (2011) má tento proces čtyři fáze tedy zkoumání situace, plánování, realizace plánu a vyhodnocení. Realizační spolupráce v rámci zmíněných fázích byla zjištěna mezi pracovníky v sociálních službách a staničními sestrami v rámci individuálního plánovaní, kdy navíc staniční sestry mají zajištěné porady v rámci svého sektoru jedenkrát měsíčně. Plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností

mimo individuální plánování bylo zjištěno od informantek na pracovních pozicích aktivizačních pracovníků a fyzioterapeutů. Druhá rovina pak představuje plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, které zasahují do celého chodu zařízení, a to je dle informantek v režii ředitele/ředitelky zařízení. Dle autorky by aktivizační a sociálně terapeutické činnosti mohly být součástí individuálního plánování, za předpokladu dobře fungující multidisciplinární spolupráci. V jiném případě, by aktivizační a sociálně terapeutické činnosti mohly být spíše odděleny od individuálního plánování a mít jasnou metodickou podobu v rámci plánovaní, organizování, vedení, vyhodnocení a kontrolingu.

Podílení se na vedoucích úlohách v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností bylo zjištěno pouze od informantek na pozici staničních sester ve spolupráci s vrchními sestrami. Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, která vydala publikaci „Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb‘‘ (2020) vyplynula potřeba rozvíjet profesní kompetence v oblasti managementu a vedoucího postavení sociálních pracovníků. Vedoucí roli dle APSS zastávají právě sociální pracovníci, kteří často uvádějí nedostatek profesních kompetencí. Tato skutečnost nedostatku profesních kompetencí a vedoucího postavení sociálních pracovníků vyvstala od informantek na pracovních pozicích staničních sester a sociálních pracovníků. Autorka výzkumu by dle zjištění doporučila danému zařízení, rozvoj a posílení kompetencí právě na straně sociálního sektoru, který má k této činnosti značný potencionál.

Podílení se na stanovení cílů probíhá od všech tázaných informantek dle individuálního plánování kromě informantek na pozici fyzioterapeutek, které si cíle stanovují sami dle fyzioterapeutických plánů. Podílení se na stanovení cílů v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností je pak ve spolupráci se zbylými informantkami. Dvořáčková (2012) uvádí, že je nezbytné usilovat o lepší vymezení a pochopení potřeb seniorů, které by zvyšovalo jejich kvalitu života. Tuto nelehkou funkci identifikace potřeb a cílů mají informantky na pracovní pozici sociálních pracovníků a následně pracovníků v sociálních službách. Podílení se na stanovení cílů u aktivizačních a sociálně terapeutických činností, by dle doporučení autorky znamenalo posílit roli jednotlivých aktérů těchto činností a zvýšit jejich propojenost a spolupráci. Dle autorky by taková propojenost a spolupráce mohla vést k dosahování lepších výsledků při stanovování cílů a jejich naplňování.

Průběh vyhodnocení aktivizační a sociálně terapeutické činnosti byl vnímán na dvou rovinách. První rovina představovala vyhodnocení zmiňovaných činností od informantek na pracovní pozici sociálních pracovníků, kteří vyhodnocují činnosti, které zasahují do celého chodu zařízení, a to prostřednictvím zpráv řediteli/ředitelce zařízení, na sociální sítě, do místního zpravodaje a případně do výročních zpráv. Druhá rovina byla prostřednictvím individuálního plánování, které probíhá jedenkrát do půl roku. Dle Sobka (2019) by se na individuálním plánu tedy i na jeho vyhodnocení měl podílet samotný klient, a především celý tým pečujících pracovníků. Tato skutečnost nebyla od informantů zjištěna. Samotné vyhodnocení bylo zmíněno od informantek na pozici aktivizačních pracovníků a fyzioterapeutů. Dle autorky, by se na vyhodnocení aktivizačních a sociálně terapeutických činností mohli podílet i samotní klienti, pro které by vyhodnocení těchto činností mohlo mít charakter motivační a posiloval by u klientů autonomii a participaci.

DVO1: Jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče?

Cílem vedlejší výzkumné otázky bylo zjistit, jakým způsobem jsou v domově pro seniory realizovány aktivizační a sociálně terapeutické činnosti v kontextu multidisciplinární péče. Zodpovězení této otázky vedlo k odhalení způsobu realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností, kde bylo zjištěno, co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností daří, zda je využíván určitý model či koncept péče, jaké jsou používané formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností, jejich nabídka a celkové vnímání důležitosti aktivizace klientů. Propojení realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče odhalila, s jakými členy a jak probíhá spolupráce a následně zda zařízení využívá zapojení externích pracovníků, rodinných příslušníků, dobrovolníků a dalších možných realizátorů do poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

Co se při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností jednotlivým informantkám daří, nabídlo prozkoumat subjektivní zhodnocení, které přineslo množství údajů, které se navzdory své subjektivitě do určité míry značně opakovaly. Nejčastěji zde bylo vyzdvihnuto naplnění potřeb a cílů. Přibyl (2015) vnímá potřebu jako projev možného nedostatku, či absence něčeho, jehož možné odstranění je žádoucí jev. Dle tohoto tvrzení autora je zřejmé, že naplnění potřeb a cílů je žádoucí jev, který jednotlivé informantky vnímají jako způsob toho, co se jim při poskytování aktivizačních a sociálně

terapeutických činností daří. Následně byla zmíněna motivace, bez které se dle Wehner a Schwinghammer (2013) senior často vzdává svých obvyklých činností a může ztrácet vůli žít. Dostatek motivace nebyl zmíněn pouze od informantek PSS1, PSS2 a PSS3. Následně byl také zmíněn individuální přístup, komunikace a zvyšování míry soběstačnosti. Dle autorky je výše zmíněné zhodnocení pracovníků při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností značně povrchové a nezazněly informace do hloubky tohoto tématu.

Používání určitého konceptu či modelu péče v rámci poskytování aktivizace nebyl zjištěn od žádné tázané informantky. Objevila se zde velká neznalost možností v rámci využití konceptu či modelu péče. Důležitost konceptů a modelů v péči o seniory vyzdvihuje EBIN – Erwin Böhm Institut (2008), kdy realizace konceptů a modelů péče přináší nové způsoby poskytování specializované péče založené na důkazech a prověřené praxe. Autorka výzkumu považuje koncepty a modely péče za možný způsob poskytované péče, jenž směřuje k rozvoji daného zařízení a může zvyšovat kvalitu života klientů. Z tohoto důvodu by se v zařízení o možnostech konceptů a modelů péče mělo alespoň informovat.

V rámci používaných forem a druhů aktivizačních a sociálně terapeutických činností byla od informantek zjištěna nejčastější forma individuální s ohledem na zhoršující se zdravotní stav klientů. Tato forma je dle Suché et. al. (2013) nejlépe volenou v rámci individuálního přístupu, který cíleně uspokojuje potřeby na míru klienta Jediné informantky na pozici fyzioterapeutek nejčastěji využívají formu skupinovou, která dle nich zvyšuje motivaci klientů. Dle Suché et. al. (2013) je právě motivace a skupinová dynamika jednou z předností skupinové formy. Druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností byly nejčastěji zmíněné pohybové a taneční, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, aromaterapie, trénink jemné a hrubé motoriky, kognitivní cvičení, zooterapie. Tyto činnosti jsou v zařízení nejčastěji prováděny aktivizačními pracovníky, pracovníky v sociálních službách a fyzioterapeuty. Následně je v rámci zooterapie zajištěn smluvní vztah s externím zooterapeutem, který do zařízení pravidelně dochází. Dle Bickové (2020) je právě zooterapie velice vhodná pro seniory, u kterých využíváme pozitivní vliv zvířat na všechny stránky klienta, tedy na pozitivní působení bio-psycho-sociální-spirituální stánky. Autorka výzkumu nabídku shledává pestrou, avšak postrádá možnost dalšího vzdělávání v rámci nových nebo stávajících aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

Nabídka aktivizační a sociálně terapeutické činnosti představovala možný ohled na individuality každého klienta. Dle možných individualit se nabízela identifikace rozdílnosti v rámci pohlaví, věku, potřeb, soběstačnosti, délky pobytu v zařízení a další. Právě zmiňovaný ohled délky pobytu v zařízení zmínily informantky na pozici sociálních pracovníků, pro které je ohled zásadní. S tímto tvrzením se také shoduje Hauke (2011), který tento proces popisuje jako velice náročný a je v něm velice důležitá dobrá adaptace, jenž představuje správné a včasné nastavení vhodných aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Dále byl od informantek zjištěn ohled ve spojitosti s individuálním přístupem, dle míry soběstačnosti klienta, potřeb a preferencí. Autorka výzkumu postrádá v rámci této oblasti individuality jako je pohlaví, věk, zájmy klientů, vzdělání, původní zaměstnání a další faktory, které by ovlivnily nabídku směrem k aktivizačním a sociálně terapeutickým činnostem na míru klientům.

Vnímání důležitosti aktivizačních a sociálně terapeutických činností bylo zjištění ryze subjektivní, poukázalo u informantek na důležitost v rámci rozvoje klientů, aktivního trávení volního času, vznik vztahu mezi klienty, a především zdravotní a psychické spokojenosti. Tato komplexní spokojenost byla nejčastěji zmíněná a byla pro informantky klíčová. Na důležitost spokojenosti také poukazuje Čevela et al. (2012), který spokojenost navíc vnímá v rámci úrovně bio-psycho-sociální-spirituální. Autorka výzkumu vnímá důležitost aktivizačních a sociálně terapeutických činností za velice důležitou a nezbytnou součást domovů pro seniory. Právě toto vnímání se objevilo u všech informantek, a tak je jen otázkou proč managment aktivizačních a sociálně terapeutických činností není právě v tomto zařízení přesně nastaven a formován

V rámci realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností je multidisciplinární péče navázána spolupráce s mezi tázanými informantkami. Nejčastěji se zde objevuje spolupráce pracovníků v sociálních službách s aktivizačními pracovníky v návaznosti dohledu a pomoci staničních sester. V rámci informantek na pracovní pozici fyzioterapeutů je spolupráce spíše minimální a odvíjí se od změny zdravotního stavu jednotlivých klientů. Sociální pracovníci spolupracují dle informantek spíše v rámci zajištění prvotních informacích o klientovi a následně spravují jejich agendy. Malíková (2011) uvádí stejné možné pracovní zastoupení v rámci realizace individuálního plánování v návaznosti s aktivizačními a sociálně terapeutickými činnostmi. Dle Malíkové (2011), je nejčastější spolupráce navázána prostřednictvím sociálních pracovníků, kteří spolupracují s vrchní sestrou, staniční sestrou, pracovníky v sociálních

službách, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a aktivizačními pracovníky. V rámci provedeného výzkumu navázání takové spolupráce v rámci zmíněných pracovních pozic není přímo zajištěno a jednotlivý informanti často spolupracují spíše ve chvíli změny zdravotního stavu klientů, nikoliv jako kontinuální partneři v rámci komplexní péče o klienty. Autorka výzkumu poukazuje na roli sociálních pracovníků, kteří by dle předpokladů měli mít právě onu klíčovou roly v tomto týmu, avšak opak je zde pravdou. Dále zde autorka postrádá čeleny týmu, jako jsou zooterapeuti, duchovní, dobrovolníci a další možní členové, kteří by se mohli podílet na poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

Průběh spolupráce v rámci v rámci výše zmíněných pracovních pozic, které se společně i když nekontinuálně podílejí na aktivizačních a sociálně terapeutických činností je značně rozdílný. Dle Dohnalové, Nečasové a Trboli (2019) je fungování takového týmu postaveno na vzájemné spolupráci, rovném postavení a zastupování své odbornosti. V rámci informantek není takové fungování zajištěno. Nejčastěji se dle získaných údajů jedná o nadřazenost zdravotního sektoru nad všemi ostatními. Gulová (2011) poukazuje na definované cíle, znalosti rolí jednotlivých členů a vznik komunikačních toků, bez nichž by nedocházelo k úspěšné spolupráci. Právě komunikační toky byly identifikovány za nedostačující, kdy realizační partneři aktivizačních a sociálně terapeutických neměli zajištěny pravidelné porady, které by sloužily k předávání průběžných informací o klientech. Dle Matouškové a Vrabcové (2015) je právě ochablá komunikace mezi členy týmu jednou z barier správného fungování multidisciplinárního týmu. Autorka výzkumu se domnívá, že multidisciplinární spolupráce jako taková není v zařízení zcela zajištěna a pracovníkům chybí oficiální prostor pro poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, v rámci, kterého by si jednotlivý členové mohli průběžně předávat informace a spolupracovat jako tým kontinuálním způsobem.

Poslední zaměření v rámci realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče se zaměřilo na zapojení externích pracovníků, rodinných příslušníků, dobrovolníků a dalších možných realizátorů. Dle Gabrielové (2018) je právě navázání spolupráce s rodinou, přáteli klienta a zapojení dobrovolníků velice důležité a přináší celou řadu výhod nejenom pro klienty, ale i pro celé zařízení. Rodina se dle získaných údajů zapojuje spíše sporadicky a je spíše pasivním jedincem v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Dále byli zmíněni dobrovolníci, kteří dříve v zařízení působili, avšak v nynější době jejich zastoupení v zařízení nenalezneme.

Právě dobrovolníci dle Ondruškové, Krahulcové et. al. (2020) mohou naplňovat přání klientů, uspokojovat jejich potřeby, aktivně naplňovat jejich čas a tvořit emoční podporu. Zmiňované přínosy dobrovolníků nejenom v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností si informantky uvědomují a chtěly by do budoucna znovu zajistit, aby v zařízení dobrovolnici působili. Následně byli zmíněni ještě tři aktéři, a to studenti v rámci studentské praxe, kteří jsou přímými realizátory činností, zooterapeuti a duchovníci. Duchovní složka dle Svatošové (2012) má nezastupitelnou úlohu, která se zaměřuje na spirituální neboli duševní bolesti, jež nejsou možné vyléčit či zmírnit prostřednictvím zdravotnických pracovníků či sociálních pracovníků. Tato nezastupitelná úloha je vnímána v rámci informantů na všech pracovních pozicích. Suchomelová (2016) poukazuje na problém ve fungování multidisciplinárních týmů, do kterých často nejsou přímo zahrnuti duchovní a tím nedochází k adekvátní spolupráci mezi všemi členy týmu. Tato problematika fungování se také objevila v rámci získaných údajů nejenom v rámci duchovní péče. Autorka výzkumu tento výčet shledává za velice smutný a strohý vzhledem k realizačním možnostem v tomto odvětví. Dále autorka poukazuje na důležitost zapojení rodinných příslušníku, dobrovolníků a specializovaných terapeutů, kteří by byli velice přínosní nejenom jako členové multidisciplinárního týmu, který poskytuje aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, ale jako důležitá přínosná složka péče o klienty.

6 Závěr

Předložená diplomová práce poskytuje ucelený pohled na management aktivizačních a sociálně terapeutických činností ve vybraném domově pro seniory. Pro naplnění cíle byla využita kvalitativní výzkumná strategie, kdy se výzkumu zúčastnilo celkem patnáct informantek na pracovní pozici sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut, staniční sestra a aktivizační pracovník. Zodpovězení hlavní a vedlejší výzkumné otázky nám naplňuje stanovený cíl diplomové práce, tedy popis managmentu poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče.

Managment poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností je v zařízení nastaven, ale má své nedostatky viditelné v často neformální či neorganizované spolupráci. Velkou roli zde hrají postupy, které jsou v zařízení dlouhodobě nastaveny bez inovací. Spolupráce v rámci multidisciplinární péče realizující aktivizační a sociálně terapeutické činnosti je zahájena na základě zhoršení zdravotního stavu. Dle těchto získaných výsledů považuji tuto spolupráci spíše jako operativní, nikoliv jako týmovou, která by směřovala ke kontinuálně poskytovaným aktivizačním a sociálně terapeutickým činnostem v kontextu multidisciplinární péče. Výsledky diplomové práce budou nabídnuty domovu pro seniory, ve kterém probíhal výzkum. Prostřednictvím získaných výsledků může stávající zařízení provést možnou změnu v rámci poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností, s ohledem na managment a multidisciplinární péči. Závěrem autorka výzkumu dodává, že domov pro seniory poskytuje dle jejího poznání velice kvalitní péči o klienty, avšak v oblasti managementu aktivizačních a sociálně terapeutických činností jsou značné nedostatky. Tato diplomová práce tyto nedostatky zaznamenala, a tak je jen na daném zařízení, zda právě tuto diplomovou práci použije jako potencionální zdroj k možným inovacím. Dále může být diplomová práce využita pro další domovy pro seniory, u kterých může vzbudit potencionál k inovacím v oblasti managmentu aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2020. Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb. Vančurova 2904, 390 01 Tábor. 296 s. ISBN: 978-80-88361-02-2.
2. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2014. *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. Kogan Page Limited. 842 s. ISBN 97-8074-946-9641.
3. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR., © 2011. *O značce kvality* [online] [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: http://www.znackakvality.info.
4. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR.* Vančurova 2904, 390 01 Tábor. 25 s. ISBN: 978-80-904668-8-3.
5. BENÍČKOVÁ, M., 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-3520-7.
6. BOWMAN, K. et al., 2017. *Dynamic aging: simple exercises for whole-body mobility. Sequim*, Washington: Propriometrics Press, 336 s. ISBN 978-19-433-7011-5.
7. BICKOVÁ, J. (ed.)., 2020. Zooterapie v kostce: Minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete. Praha: Portál, 280 s. ISBN 978-80-262-1585-1.
8. De KLERK-RUBIN, V., 2008. *Validation Techniques for Dementia Care: The Family Guide to Improving Communication*. Health Professions Press; 1st edition. 144 s. ISBN 978-19-3252-937-1.
9. ČÍŽKOVÁ, K. 2005. *Tanečně pohybová terapie*. 3. vyd. Praha: Triton, 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
10. DA FONTE, E. et al., 2016. *Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil*. Journal of Family Medicine and Primary Care. 5(1), 139–42. Doi: 10.4103/2249-4863.184639.
11. DOHNALOVÁ, Z., NEČASOVÁ, M., TRBOLA, R. 2019. *Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce.* In: Sociální pedagogika/Social Education. 84 s. ISSN 1805-8825.

12. EBIN – Erwin Böhm Institut. 2018. Psychobiografický model Prof. E. Böhma. [online] [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: http://www.ebinbio.cz/teoriepbm/psychobiograficky-model.
13. FEIL, N., KLEK-RUBIN, V. D., 2015. Validácia®. Cesta, ako porozumieť starým *dezorientovaným ľuďom*. Bratislava: OZ Terapeutika. ISBN 978-80-971766-1-7.
14. GERLICHOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-271-1791-8.
15. PITNEROVÁ, D. 2008. *Management sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. 78 s. ISBN 978-80-244-2012-7.
16. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
17. SUCHOMELOVÁ, V., 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 302 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
18. SEIDMAN, I., 2006. *Interviewing as Qualitative Research*. New York: Teachers College Press. 162 s. ISBN 0-8077-4666-5.
19. SOBEK, J., 2019. Individuální plánování jednoduše a srozumitelně. Praha: Adpontes. 42 s.
20. STRAUSS, A., CORBIN, J., 2015. Basics of Qualitative Research: Techniques *and Procedures for Developing Grounded Theory*. Los Angeles: SAGE Publications. 431 s. ISBN 978-1-4129-9746-1.
21. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2008. *Základy arteterapie*. Vyd. 2. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 167 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
22. ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., 2011. *Reminiscenční terapie.* Praha: Galén. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
23. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et. al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
24. GULOVÁ L., 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory.* Praha: Grada. 208 s. ISBN: 978-80-247-3379-1.
25. HAUKE, M., 2011. Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický *průvodce.* Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
26. HAUKE, M. et al., 2017. Když do života vstoupí demence, aneb praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: APSS ČR. 308 s. ISBN 978-80-906320-7-3.

27. HARTL P., HARTLOVÁ H., 2015. *Psychologický slovník* Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
28. HLAVAČKOVÁ, J. 2013 *Aktivizáciou a tvorivosťou ku komunikácii so seniormi s rozdmi druhmi postihnutia*. Sociální služby, roč. 15, č. 12, s. 12-13. ISSN1803-7348.
29. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
30. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
31. ČEVELA, R., KALVACH, Z. ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie, úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
32. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.* Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
33. JONES, P., 2005. *The arts therapies: a revolution in healthcare*. New York, NY: Brunner. Routledge. 372 s. ISBN 1-58391-813-2.
34. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
35. HORECKÝ, J., LUSKOVÁ, D., 2019. *Měření kvality v sociálních službách.* Tábor: APSS ČR. 68 s. ISBN 978-80-907053-9-5.
36. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
37. KANTOR, J., LIPSKÝ M., WEBER J., et. al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
38. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 56 s. ISBN 80-244-1552-6.
39. KROUTILOVÁ, R., NOVÁKOVÁ, R. et al., 2011. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978–80-7387-531-2
40. KALVACH Z., et. al., 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
41. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MAGRETTA, J., Stone N., 2012. *What Management Is: How It Works and Why It's Everyone's Business*. Free Press; Reissue edition. 256 s. ISBN 978-0743-203-19-7.
44. MEDLÍKOVÁ, J., 2011. *Aktivizace všedního dne. Sociální služby*. roč. 13, č. 8-9, 43 s. ISSN 1803-7348.
45. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-5.
46. MIŠOVIČ, J., 2019. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Praha: SLON. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
47. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
48. MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D. 2015. *Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů.* In: Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: MPSV. 93 s. ISBN 978-80-7421-088-4.
49. MALÍKOVÁ, E. 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN: 978-80-271-2030-7.
50. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. *Sociální práce v praxi – specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
51. MATOUŠEK, O. et. al., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
52. Mc GRATH, J., BATES B., 2017. *The Little Book of Big Management Theories,* 2nd Edition, Pearson Business 288 s. ISBN 978-1292-200-64-4.
53. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
54. MOLEK, J., 2019. *Řízení organizací sociální práce – vybrané problémy z oblasti marketingu a managementu*. ZSF JU v Českých Budějovicích, 258 s. ISBN 978-80-7394-732-3.
55. MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno. 136 s. ISBN 80-87007-41-7.

56. MÜLLER, O., et. al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
57. ONDRUŠOVÁ J., KRAHULCOVÁ B., et. al., 2020. Gerontologie pro sociální práci. Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
58. LHOTOVÁ, M., PEROUT, E., 2018. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál. 248 s. ISBN: 978-80-262-1272-0.
59. POTMĚŠILOVÁ, P., SOBKOVÁ, P., 2012. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 111 s. ISBN 978-80-244-3120-8.
60. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
61. ROBBINS, S. P., COULTER, M. COULTER K., 2017. *Management.* Pearson Education. 752 s. ISBN 978-01-3452-760-4.
62. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-271-9541-1.
63. KRHUTOVÁ, L., 2013. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 123 s. ISBN 978-80-7326-231-0.
64. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
65. SUCHÁ, J., JINDROVÁ J., HÁTLOVÁ, B., 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
66. ŠOLTÉSOVÁ, D. (eds)., et al. 2015. *Aktivity a terapie s asistenciou psov – výskum jako východisko dobrej praxe*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. 118 s. ISBN 978-80-555-1309-6
67. MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ K., HUBÍKOVÁ, O., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu.* Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno. 136 s. ISBN 80-87007-41-7.
68. URBAN, D., et al. 2018. Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými *skupinami*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 135 s. ISBN 978-80-7422-637-3.
69. VAJNER, L., 2007. *Výběr pracovníků do týmu.* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-1739-5.
70. VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

71. VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O., 2013. *Moderní management v teorii a praxi.3. vydání*. Praha: Management Press. 328 s. ISBN 978-80-7261-232-1.
72. VEBER, J., et. al., 2009. *Management: Základy moderní manažerské přístupy výkonnost a prosperita*. 2.vyd. Praha: Management Press. 736 s. ISBN 978-80-7261-200-0.
73. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. Vyd. 3. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
74. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164, s. 7026. ISSN 1211–1244.
75. WANG, Q., MEI LI, D., 2016. *Advances in art therapy for patients with dementia. Chinese Nursing Research*. Vol. 3. issue 3. 108 s. ISSN 2095-7718.
76. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-4423-0
77. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1266-1288. ISSN 1211-1244.
78. Zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 30, s.1452-1479. ISSN 1211-1244.
79. ŽUMÁROVÁ, M., 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Ostrava: Akcent Print, 178 s. ISBN 978-8089-295-43-2.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce

Fakulta:

Studijní program/obor:

Jméno a příjmení studenta/studentky:

Kontaktní údaje (e-mail, tel.):

Název instituce:

Název práce:

Výzkumné otázky:

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Předpokládané výstupy:

Vyjádření vedoucí diplomové práce:

Jméno: Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno: Podpis:

Příloha č. 2

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Hloušková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studijního programu Management sociální práce v organizacích na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Zpracovávám diplomovou práci na téma „**Managment aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domovech pro seniory**“. Součástí diplomové práce bude výzkum, jehož cílem bude zmapovat management poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností v domově pro seniory a způsob jejich realizace v kontextu multidisciplinární péče.

Dovoluji si Vás tímto požádat o účast ve výzkumu a zodpovězení otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru na toto témata.

Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Všechny osobní údaje budou zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Pokud budete mít zájem o výsledky tohoto výzkumu, kontaktujte mě na této emailové adrese: hlousl00@zsf.jcu.cz

Upřímně si vážím za Vaší spolupráce a děkuji Vám za Váš věnovaný čas.

Bc. Lenka Hloušková

Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory

Sociodemografické údaje:

- Pohlaví
- Pracovní zařazení
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Délka práce se seniory
- Délka práce v pomáhající profesi
- Vzdělávací aktivity absolvované v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností

Průběh managementu aktivizačních a sociálně terapeutických činností:

- Jak jsou zaváděny nové aktivizační a sociálně terapeutické činnosti?
- Kdo ve vaší organizaci metodicky vede aktivizační a sociálně terapeutických činností?
- Jak probíhá plánování aktivizačních a sociálně terapeutických činností z Vaší pracovní pozice?
- Podílíte se na vedoucích úlohách v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností?
- Kdo se podílí na stanovení cílů v rámci nastavených aktivizačních a sociálně terapeutických činností?
- Jakým způsobem probíhá vyhodnocování aktivizační a sociálně terapeutické činnosti?

Způsob realizace aktivizační a sociálně terapeutické činnosti:

- Co se Vám při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností u klientů daří?
- Používáte při poskytování aktivizace nějaký koncept či model péče?
- Jaké používáte formy a druhy aktivizačních a sociálně terapeutických činností?
- Jak jsou nabízeny aktivizační a sociálně terapeutické činnosti s ohledem individuality každého klienta? (s ohledem na věk, pohlaví, potřeby, soběstačnost, délka pobytu v zařízení apod.)
- Jak je pro Vás aktivizace klientů důležitá?

Realizace aktivizačních a sociálně terapeutických činností v kontextu multidisciplinární péče:

- S jakými členy multidisciplinárního týmu spolupracujete při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností?
- Jak probíhá Vaše spolupráce v rámci multidisciplinární péče při poskytování aktivizačních a sociálně terapeutických činností?
- Jak využíváte možnosti zapojení rodiny, externích pracovníku a dalších kompetentních realizátorů do multidisciplinárního týmu v rámci aktivizačních a sociálně terapeutických činností?

9 Seznam tabulek a schémat

Tabulky

Tabulka č. 1 – Časový harmonogram diplomové práce

Tabulka č. 2 – Sociodemografické údaje – sociální pracovníci

Tabulka č. 3 – Sociodemografické údaje – pracovníci v sociálních službách (klíčový pracovníci klientů)

Tabulka č. 4 – Sociodemografické údaje – aktivizační pracovníci

Tabulka č. 5 – Sociodemografické údaje – fyzioterapeuti

Tabulka č. 6 – Sociodemografické údaje – staniční sestry

Schémata

Schéma č. 1 Logický rámec analýzy postupu výzkumu

Schéma č.2 – První kategorie 1/2 (sociální pracovníci)

Schéma č.3– První kategorie 2/2 (sociální pracovníci)

Schéma č. 4 – Druhá kategorie 1/2 (sociální pracovníci)

Schéma č. 5 – Druhá kategorie 2/2 (sociální pracovníci)

Schéma č. 6 – Třetí kategorie (sociální pracovníci)

Schéma č.7 – První kategorie 1/2 (pracovníci v sociálních službách)

Schéma č.8 – První kategorie 2/2 (pracovníci v sociálních službách)

Schéma č. 9 – Druhá kategorie 1/2 (pracovníci v sociálních službách)

Schéma č. 10 – Druhá kategorie 2/2 (pracovníci v sociálních službách)

Schéma č. 11 – Třetí kategorie (pracovníci v sociálních službách)

Schéma č.12 – První kategorie 1/2 (aktivizační pracovníci)

Schéma č.13 – První kategorie 2/2 (aktivizační pracovníci)

Schéma č.14. – Druhá kategorie (aktivizační pracovníci)

Schéma č.15 – Druhá kategorie (aktivizační pracovníci)

Schéma č. 16 – Třetí kategorie (aktivizační pracovníci)

Schéma č.17 – První kategorie 1/2 (fyzioterapeuti)

Schéma č.18 – První kategorie 2/2(fyzioterapeuti)

Schéma č. 19 – Druhá kategorie 1/2 (fyzioterapeuti)

Schéma č. 20 – Druhá kategorie 2/2 (fyzioterapeuti)

Schéma č.21 – Třetí kategorie (fyzioterapeuti)

Schéma č. 22 – První kategorie 1/2 (staniční sestry)

Schéma č. 23 – První kategorie 2/2 (staniční sestry)

Schéma č. 24 – Druhá kategorie 1/2 (staniční sestry)

Schéma č. 25 – Druhá kategorie 2/2 (staniční sestry)

Schéma č. 26 – Třetí kategorie (staniční sestry)

10 Seznam zkratek

APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Ak. a soc. ter. činnosti – Aktivizační a sociálně terapeutické činnosti

Aj. - a jiné