



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Využití konceptu koordinované rehabilitace
v domově pro seniory**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: [Rehabilitace](#)

Autor: Bc. Tanja Kolevová

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

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Využití konceptu koordinované rehabilitace v domově pro seniory“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 jejich 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 14.5.2018

.....

Tanja Kolevová

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Dagmar Dvořáčkové, Ph.D. za její opravdu profesionální vedení při tvorbě této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Domovu pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích, ve kterém byl uskutečněn výzkum, za jejich vstřícnost a ochotu.

Využití konceptu koordinované rehabilitace v domově pro seniory

Abstrakt

Diplomová práce pojednává o koordinované rehabilitaci a jejím využití v Domově pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Pro dosažení vysoké kvality služby, a tím i lepší kvality života seniorů, je využívání konceptu koordinované rehabilitace důležité. Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je při komplexní rehabilitaci všech osob zásadní.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak daný domov pro seniory využívá jednotlivé složky konceptu koordinované rehabilitace. Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaká je informovanost pracovníků domova pro seniory o konceptu koordinované rehabilitace? Pro výzkum byl zvolen Domov pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích, kde se výzkumu zúčastnilo osm pracovníků tohoto zařízení. K výzkumu byla zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Domov pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská využívá všechny složky konceptu koordinované rehabilitace. Zejména je zde využívána léčebné rehabilitace a sociální rehabilitace. Většina pracovníků je o konceptu koordinované rehabilitace dobře informovaná. Někteří pracovníci nevědí, co si pod určitými pojmy představit, nicméně při osvětlení daného pojmu se i u nich prokazuje dobrá informovanost o koordinované rehabilitaci. Pracovníci mají přehled nejen o složce rehabilitace, která se jich bezprostředně týká, ale i o ostatních složkách koordinované rehabilitace. Nejlépe jsou pracovníci všeobecně informováni o léčebné složce rehabilitace. Se spoluprací v multidisciplinárním týmu jsou pracovníci převážně spokojeni. Tato spolupráce probíhá kdykoliv je potřeba nebo při poradách, schůzích či při individuální plánování.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit Domovu pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská, kterému tato diplomová práce mapuje, jak využívá při péči o seniory koordinovanou rehabilitaci a jaká je spolupráce pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu. Diplomová práce může sloužit i komukoliv, kdo má zájem se o tomto konkrétním domovu pro seniory nebo celkově o koordinované rehabilitaci dozvědět více.

Klíčová slova:

Domov pro seniory; koordinovaná rehabilitace; léčebná rehabilitace; pracovní rehabilitace; pedagogická rehabilitace; sociální rehabilitace; multidisciplinární tým.

The use of co-ordinated rehabilitation concept in retirement home

Abstract

This diploma thesis deals with co-ordinated rehabilitation and its use in retirement home specifically in the Center of social services Staroměstská in České Budějovice. It is important to use a co-ordinated rehabilitation concept for achievement of high service quality which means better life quality for pensioners. Co-operation within multidisciplinary team is essential during comprehensive rehabilitation for all persons.

The goal of this diploma thesis was to find out how retirement home uses individual components of co-ordinated rehabilitation concept. The principal research question was: How much are employees of retirement home informed about co-ordinated rehabilitation concept? For research was chosen retirement home in the Center of social services Staroměstská in České Budějovice. There were eight employees of this institution participated in the research. It was used method of questioning and half-structured interview technique.

Retirement home in the Center of social services Staroměstská uses all aspects of co-ordinated rehabilitation concept. Particularly they utilize medical rehabilitation and social rehabilitation. Most of workers is well-informed about co-ordinated rehabilitation concept. Some of them do not know certain terms. However after explaining of these terms they prove good knowledge of this issue. The employees have satisfactory overview not only about rehabilitation which is directly their scope of working activity but also about other components of co-ordinated rehabilitation. The workers are perfectly informed about medical rehabilitation. They are also mostly satisfied with co-operation in multidisciplinary team. This kind of co-operation takes place at any time of a need or during the meetings or at individual scheduling.

The results of this diploma thesis may help to retirement home in the Center of social services Staroměstská in České Budějovice to evaluate the usage of co-ordinated rehabilitation during elderly care. It might also show the measure of co-operation of multidisciplinary team members. This diploma thesis may help to anybody who is interested in specific retirement home or in co-ordinated rehabilitation in general.

Key words:

Retirement home; co-ordinated rehabilitation; medical rehabilitation; vocational rehabilitation; educational rehabilitation; social rehabilitation; multidisciplinary team.

Obsah

Úvod.....	9
1 Staří a stárnutí	10
2 Potřeby seniorů	11
3 Sociální práce se seniory.....	12
4 Geriatrie a gerontologie	13
5 Péče o seniory	15
5.1 Dlouhodobá péče	15
5.2 Formy péče o seniory.....	16
5.2.1 Rodinná péče.....	16
5.2.2 Zdravotní péče	16
5.2.3 Sociální péče	17
6 Sociální služby určené pro seniory	18
6.1 Domov pro seniory	18
6.2 Domov se zvláštním režimem.....	19
6.3 Pečovatelská služba	19
6.4 Denní stacionář a centrum denních služeb	19
6.5 Týdenní stacionář.....	19
6.6 Odlehčovací služba	19
7 Koordinovaná rehabilitace	21
7.1 Definice, cíl a současné pojetí	21
7.2 Historie.....	22
7.3 Holistické pojetí člověka	22
7.4 Moderní rehabilitace a MKF.....	22
7.5 Léčebná složka rehabilitace	23
7.6 Pedagogická složka rehabilitace	27
7.7 Sociální složka rehabilitace	28
7.8 Pracovní složka rehabilitace	30
7.9 Volnočasové aktivity pro seniory	31
8 Multidisciplinální tým.....	33
8.1 Členové multidisciplinárního týmu	34
8.1.1 Sociální pracovník	34
8.1.2 Pracovník v sociálních službách	35
8.1.3 Klíčový pracovník.....	36
8.1.4 Zdravotničtí pracovníci.....	36
9 Supervize	38
10 Individuální plánování	40
11 Cíl a výzkumné otázky	41
12 Metodika	42
13 Výsledky	46
14 Diskuze	61
Závěr	71
Seznam použité literatury	73

Úvod

Člověk je bytost bio-psycho-socio-spirituální, a to je třeba brát v úvahu i při rehabilitaci, která by měla být komplexní a koordinovaná, tak aby byla co nejvíce účinná. Koncept koordinované rehabilitace, který se skládá ze složky léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace, pedagogické rehabilitace a sociální rehabilitace, by se měl uplatňovat i při péči o seniory. V domovech pro seniory využívání konceptu koordinované rehabilitace přispívá ke zlepšení kvality poskytované sociální služby. Personál organizací by měl při rehabilitaci osob pracovat v multidisciplinárním týmu, aby mohla být klientovi poskytnuta skutečně komplexní péče.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jak domov pro seniory využívá jednotlivé složky konceptu koordinované rehabilitace. Teoretická část diplomové práce se v úvodu věnuje obecně seniorům, péči o ně a sociální službám určeným pro seniory. Poté se tato práce věnuje popisu jednotlivých složek koordinované rehabilitace, tzn. složky léčebné, pracovní, pedagogické a sociální. Dále se práce věnuje multidisciplinárnímu týmu a jednotlivým odborníkům, kteří jsou jeho součástí. V závěru teoretické části je pozornost věnována i supervizi a individuálnímu plánování, při kterých také dochází ke kontaktu a spolupráci osob v rámci multidisciplinárního týmu.

Praktická část diplomové práce popisuje výzkum, který byl proveden v Domově pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Výzkumu se účastnilo osm pracovníků z tohoto zařízení. K výzkumu byla využita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky výzkumu jsou interpretovány dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek a jsou popsány jak slovně, tak i graficky pomocí myšlenkových map. Poté jsou v diskuzi tyto výsledky konfrontovány se současným stavem dané problematiky, kde byly využity poznatky jednak z teoretické části této práce, ale také byly doplněny další poznatky, které se po výzkumu jevily jako podstatné.

V závěru práce jsou shrnuty všechny výsledky výzkumu a je zhodnoceno dosažení cíle této diplomové práce a její přínos do praxe.

1 Staří a stárnutí

Stáří a stárnutí je fyziologickou součástí života lidí, zvířat i rostlin a představuje vrchol celého životního cyklu jedince (Mlýnková, 2012). Stáří a stárnutí jsou geneticky individuálně naprogramované strukturální a funkční změny a mají převážně regresivní charakter, jsou nezvratné a neopakují se (Kamanová, 2016).

Stáří je obecné označení pozdní fáze ontogeneze (Čeledová et al., 2016). Jedná se o poslední vývojovou etapu, jež uzavírá a završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně (Čeledová et al., 2016). Stáří je charakterizováno jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu, a které postupně omezují a oslabují jeho funkce (Špatenková, Smékalová, 2015).

Každé vývojové období života nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje (Malíková, 2011). Na stáří nemusíme nutně nahlížet pouze negativně a starého člověka si představovat jen jako nesoběstačného a na pomoci závislého jedince, pro něž je ideální ho umístit do ústavní péče (Malíková, 2011). Stáří může být také nejkrásnějším období, kdy má člověk volný prostor k realizaci všeho, co dříve nestihl (Malíková, 2011). Stárnutí je umění a je důležité se naučit zdravě a pohodově stárnout (Malíková, 2011).

Stárnutí můžeme chápat jako přirozený, zákonitý jev, který je typický pro všechny živé organismy (Špatenková, Smékalová, 2015). Tento nevyhnutelný proces je nedílnou součástí životního cyklu člověka (Špatenková, Smékalová, 2015). Rychlost stárnutí je geneticky zakódovaná, přičemž je také ovlivněna životním stylem, prostředím, kde člověk žije, prací, kterou vykonává, stresem a dalšími faktory (Mlýnková, 2012).

Rozdělením seniorského věku se zabývá WHO, která používá následující členění: *starší věk* – od 60 do 74 let, kdy se jednatel označuje jako starší člověk; *stáří* – od 75 do 89 let, jednatel je označen jako starý člověk; *dlohověkost* – od 90 let a jednatel se označuje jako dlohověký člověk (Kamanová, 2016).

Holczerová, Dvořáčková (2013) definují seniora, jako člověka v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Generaci seniorů tvoří lidé, které navzájem něco spojuje a naopak vůči mladé generaci něco diferencuje (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

2 Potřeby seniorů

Lidské potřeby a jejich uspokojení či neuspokojení je spojováno s kvalitou života, a to nejen seniorů (Příbyl, 2015). Senioři potřebují uspokojovat své potřeby jako kdokoliv jiný, s tím že většinou bývají odkázáni na pomoc někoho jiného (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Potřeby právě seniorů by měly být brány na zřetel, protože populace na celém světě stárne a očekává se, že počet lidí na světě ve věku více než 60 let se do roku 2050 zdvojnásobí (Lin et al., 2017).

Potřeby nejsou jen motivem pro udržení rovnováhy uvnitř, ale také jsou motivem pro udržení rovnováhy mezi člověkem a prostředím (Příbyl, 2015). Všichni lidé mají sice společné potřeby, avšak potřeby jedince se v průběhu jeho života mění z hlediska kvality i kvantity (Příbyl, 2015). Člověk má potřeby biologické, psychologické, sociální i duchovní, jež se odvozují již z výše popsaného holistického pojetí člověka (Příbyl, 2015).

Potřeby je nutné identifikovat, aby poté mohly být naplněny (Příbyl, 2015). Samotná identifikace potřeb u seniorů, kteří bývají limitováni nějakým postižením, je o to složitější (Příbyl, 2015). Prostředkem k identifikaci potřeb bývá komunikace a naslouchání (Příbyl, 2015). Komunikace se seniory může mít svá specifika, což souvisí s narušenou komunikační schopností a s přirozenými změnami provázejícím stárání (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Mohou to být například zrakové, sluchové, neurologické nebo kognitivní poruchy a psychiatrické choroby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Kaufmanová ve výzkumu zjistila, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). V důležitosti potřeb u seniorů převažují potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby dle Maslowovy pyramidy potřeb (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Je tedy nezbytné při komunikaci brát v úvahu případná onemocnění, poruchy řeči a přizpůsobit se rytmu a požadavkům starého člověka (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

3 Sociální práce se seniory

Sociální práci se seniory v následujících dvou odstavcích popisuje Janečková (2005). Sociální práce se starými lidmi se soustřeďuje do oblasti péče o ty, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. To se dotýká i hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí. Toto omezuje člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý a tím se významně snižuje kvalita jeho života. Bariéry v životě seniorů mohou být také psychologické či sociální. Neschopnost v jedné oblasti může vyvolat neschopnost v druhé oblastí a tím se senior dostává do „začarovaného kruhu“. Smyslem sociální práce se seniory je pomoci člověku vyjít ven z tohoto „začarovaného kruhu“.

Janečková (2005) dále vyjmenovává oblastí sociální práce se seniory ve zdravotnických zařízeních, kde upozorňuje na úlohu sociálního pracovníka při propouštění starého rizikového pacienta z akutní péče, zde je důležité nejen spolupracovat se samotným seniorem, ale také s jeho rodinou. Další oblastí je komunitní sociální práce se seniory, kde je důležitým bodem komunitní plánování a prevence potřeby sociálních služeb a podpora zdraví. Další oblastí je sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních, již máme na mysli domovy důchodců a další pobytové služby. Další specifika také obnáší práce se seniory trpící demencí.

Sociální služby pro seniory upravuje zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a dále pak prováděcí vyhláška č. 505/2006. Sb. (VISK, 2017). Jedná se zejména o soubor činností, které zajišťují přiměřenou pomoc a podporu za účelem sociálního začleňování (VISK, 2017). Hranice mezi zdravotní a sociální péčí se u seniorů s přibývajícím věkem často ztenčuje (VISK, 2017). Poskytování sociálních služeb je tedy na rozhraní mezi sociální a zdravotní péčí (VISK, 2017). Sociální práce se seniory je zaměřena na individuální podporu života seniora v jeho přirozeném prostředí, k dosažení tohoto cíle je rozvinuta široká škála terénních a ambulantních služeb (VISK, 2017).

4 Geriatrie a gerontologie

Geriatric je medicína stáří, zatímco gerontologie je širší pojem (Jurašková, 2014). V následujících odstavcích budou tyto dva pojmy upřesněny.

4.1 Geriatrie a geriatrická medicína

Geriatric je lékařský obor, který plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale i integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Cílem je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů (ČGGS, 2017). Zaobírá se prevencí, diagnostikou a léčbou nemocných, vychází z poznatků o stárnutí, etiopatogenéze, diagnostiky a léčby nemocných (Kamanová, 2016). Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že mnoho onemocnění probíhá odlišně a atypicky na rozdíl od nemocí vyskytujících se v mladším věku (Hrozenská, 2013). Současná geriatrická medicína se snaží o co nejdéle zachování přiměřené tělesné a duševní aktivity, odvrácení ztráty soběstačnosti a zlepšení prognózy seniorů v případě onemocnění (Jurašková, 2014). Má preventivní charakter a podporuje úspěšné zdravé stárnutí (Jurašková, 2014).

4.2 Gerontologie

Gerontologie je věda o stáří a stárnutí a o metodách prevence stárnutí (Kamanová, 2016). Jedná se o multioborovou a interdisciplinární problematiku, která se nevyvíjí jako samostatná disciplína (Čeledová et al., 2016). Avšak existují gerontologické instituty, publikace, vzdělávací kurzy (Čeledová et al., 2016). Soustřeďuje různé poznatky z jiných vědních disciplín a využívá jich v prospěch starého člověka, zároveň však vytváří a používá vlastní specifické metody poznávání (Kamanová, 2016).

Dělí se na teoretickou, klinickou sociální gerontologii. Teoretická gerontologie, též označovaná jako experimentální (Čeledová et al., 2016), koncipuje teoretický základ pro praktickou činnost ve vztahu ke starému člověku (Kamanová, 2016). Hledá, zařazuje a třídí poznatky o hlavních mechanismech stárnutí do systému (Kamanová, 2016). Jejím středem zájmu je, proč a jak živé organismy stárnou (Čeledová et al., 2016). V bádání využívá experimentálních metod a vytváří hypotézy a teorie stárnutí (Kamanová, 2016).

Klinická gerontologie se zabývá stárnoucím a starým člověkem jako jedincem a jeho komplexním hodnocením (Kamanová, 2016). Tu část klinické gerontologie, která se orientuje na zvláštnosti chorob ve stáří, označujeme jako geriatrii nebo také jako geriatrickou medicínu a zabývá se starým člověkem ze stránky prevence, léčby, rehabilitace, dispenzarizace apod. (Kamanová, 2016)

Sociální gerontologie je částí vědního oboru gerontologie a zabývá se postavením starého člověka ve společnosti, jeho vztahu ke společnosti, otázkami jeho společenské integrace, osobními a společenskými aktivitami a dále také vřhem společnosti ke starému člověku (Hegyi et al., 2012). Součástí sociální gerontologie je i sledování demografického stárnutí a zdravotního stavu populace (Hegyi et al., 2012). Jejím cílem je napomoci k vytváření takových životních podmínek pro seniory, aby prožívání jejich stáří bylo optimální (Hegyi et al., 2012).

5 Péče o seniory

Dřívější i současná situace v péči o seniory je popsána v následujícím odstavci podle Malíkové (2011). Situace ohledně péče o seniory se v České republice zlepšuje. Ještě donedávna byli nejen senioři, ale i osoby se zdravotním postižením, umisťovány výhradně do ústavní péče. Po roce 1989 se situace v péči o seniory začala měnit. Výraznější změna přišla až se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vytyčil směr k deinstitucionalizaci a integraci osob se zdravotním postižením. K deinstitucionalizaci přispělo mimo jiné rozvinutí široké škály ambulantních a terénních služeb, které umožňují seniorům setrvat i v jejich nepříznivé životní situaci v domácím prostředí. Senioři mohou také využít příspěvku na péče. Pobytové služby pro seniory již nezřizuje výhradně stát, ale obce kraje a v neposlední řadě i nestátní neziskové organizace a jejich financování je vícezdrojové. Všechny služby poskytují pouze registrovaní poskytovatelé a pracovníci v zařízeních musí splňovat zákonem danou profesní kvalifikaci. Služby jsou klientům poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu a díky standardům sociálních služeb musí splňovat určitou kvalitu. Ještě před vydáním zákona o sociálních službách vydalo MPSV rovněž různé dokumenty a vytvořilo dlouhodobé plány. Odpovědnost za sociální služby přešla z výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a až v posledním stupni na stát.

5.1 Dlouhodobá péče

Dlouhodobou péčí potřebují někteří lidé v průběhu celého svého života, většina osob pak ve vyšším věku (Arnoldová, 2016).

Dlouhodobou péčí můžeme definovat jako spektrum základních zdravotních a sociálních služeb poskytovaných osobám, osobám, které jsou v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení dlouhodobě závislé na pomoci druhých osob. Jedná se zde o pomoc při každodenních činnostech, jako je přijímání potravy, oblékání, hygiena, používání toalety ad. (Čevela et al., 2014).

V důsledku stárnutí populace se očekává, že bude přibývat i lidí vyžadujících dlouhodobou péči (Čevela et al., 2014).

Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvajících nesoběstačností jedinců (Arnoldová, 2016).

Významnou roli sehrávají sociální služby terénní, které umožňují seniorům setrvat v jejich domácím prostředí navzdory jejich zhoršující se soběstačnosti (Arnoldová, 2016). Příkladem této služby je pečovatelská služba (Arnoldová, 2016). Také sociální služby ambulantní podporují setrvání osob se sníženou soběstačností v jejich domovech (Arnoldová, 2016). Umožňují rodinným pečovatelům snadněji kombinovat péči se zaměstnáním a také jim umožňují nezbytný odpočinek (Arnoldová, 2016). Zde jako příklad lze uvést denní stacionáře či odlehčovací služby (Arnoldová, 2016). Dále zdravotnické služby jsou také jak v terénní tak i ve formě pobytové (Arnoldová, 2016).

Tyto služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a z finanční spoluúčasti občana (Arnoldová, 2016).

Důležitými činiteli v oblasti podpory zdraví, aktivního stárnutí a zajištění dlouhodobé péče jsou města (Starostová, 2013). Komunitní práce se seniory je zaměřena na podporu začlenění seniorů do komunity s cílem zdravotní a sociální prevence a jde zde i o komunitní plánování a tím tedy zajištění služeb dle potřeby seniorů žijících v komunitě (Janečková, 2005).

5.2 Formy péče o seniory

5.2.1 Rodinná péče

Většina lidí se cítí nejlépe v domácím prostředí (Mlýnková, 2011). Dnešní rodiny žijí většinou samostatně bez svých rodičů, nicméně pro mnoho rodin je samozřejmé, že se o své stárnoucí rodiče starají (Mlýnková, 2011). Péče poskytovaná rodinnými příslušníky má také určité překážky, jimiž je nevyhovující bydlení, zaměstnanost střední vrstvy, povinnosti vůči vlastní rodině, vzdálenost rodin a vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora (Mlýnková, 2011).

5.2.2 Zdravotní péče

Základem této péče je praktický lékař, který uplatňuje prevenci primární, sekundární i terciární (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Spolupracuje jak s rodinou, tak i s dalšími složkami primární péče, například s pečovatelskou služkou (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

Zdravotní péče je poskytována jednak v nemocnicích, ať už ambulantně nebo lůžkovou formou, dále je poskytována v hospicích nebo také terénně (Mlýnková, 2011).

5.2.3 Sociální péče

Zákon o sociálních službách obsahuje přesný výčet sociálních služeb, které jsou poskytované v jednotlivých zařízeních (Mlýnková, 2011).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách popisuje služby sociální péče jako služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

6 Sociální služby určené pro seniory

6.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytovým zařízením, jež poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Režim v domově pro seniory je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

V následujícím odstavci popisuje Habrcetlová (2014) tuto službu podrobněji. Domov pro seniory je zařízení zajišťující seniorům celodenní péči, stravu a ubytování a je zde zajištěna jak sociální péče tak i zdravotní. Do zařízení dochází také lékař. Domovy pro seniory nabízí svým klientům i aktivizační činnosti. Žijí zde lidé, kteří se částečně o sebe dokáží postarat sami, ale i ti, kteří jsou odkázáni zcela na pomoc personálu. O přijetí se žádá pomocí tiskopisu, tzn. žádosti o přijetí. Součástí bývá i formulář s vyjádřením lékaře o zdravotním stavu žadatele. Poté následuje návštěva sociálního pracovníka u žadatele doma, kde posoudí stav soběstačnosti žadatele. Potom se uživatel zařadí či nezařadí do pořádku čekatelů. Klienti si zde platí ubytování, stravu a péči. Péče je hrazena z příspěvku na péči. Zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění a ostatní věci jsou hrazeny z důchodu klienta.

Dříve byla péče o seniory v domovech pro seniory, stejně tak jako ve zdravotnických zařízeních, zajišťována výhradně prostřednictvím zdravotnického personálu, tj. zdravotních sester, ošetřovatelek a sanitářek (Křivská, 2010). Důraz byl kladen hlavně na poskytování péče ošetřovatelské (Křivská, 2010). Po přijetí zákona o sociálních službách se situace výrazně změnila (Křivská, 2010). Docházelo ke snižování zdravotnického personálu a naopak ke zvyšování počtu odborných pracovníků v sociálních službách, kteří byli určeni právě pro poskytování tolik potřebné sociální neboli přímé obslužné péče (Křivská, 2010).

Z výzkumu Šídllové-Kunstové a Šídla (2016) vyplývá, že kapacita v domovech pro seniory v Jihočeském kraji, je nedostačující (Šídllová-Kunstová a Šídlo, 2016). Budu nutno tuto kapacitu navýšit (Šídllová-Kunstová a Šídlo, 2016). Tento jev je způsoben hlavně neustále se prodlužující délkou života a nerovnoměrná věková struktura obyvatelstva, což povede ke zvyšování počtu i podílu seniorů na celkové populaci (Šídllová-Kunstová a Šídlo, 2016).

6.2 Domov se zvláštním režimem

V tomto zařízení se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a jinými typy demence, přičemž tato jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

6.3 Pečovatelská služba

Tato služba poskytuje seniorům péči v jejich domácím prostředí. Služba je placená a zahrnuje jednotlivé úkony (hygiena, nakupování, nakrmení ad.) (Mlýnková, 2011). Pečovatelská služba zřizuje také střediska osobní hygieny, prádelny, zajišťuje a rozváží obědy pro své klienty (Mlýnková, 2011).

Kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení zajišťují domy s pečovatelskou službou (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

6.4 Denní stacionář a centrum denních služeb

Tyto dvě služby jsou podobné a zákon jim definuje téměř stejné úkony (Habrcetlová, 2014). Je tedy v diskuzi čím se vlastně liší (Habrcetlová, 2014).

Jsou zde poskytovány ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Arnoldová, 2016). Osoby sem docházejí jen na určitou část dne (Habrcetlová, 2014).

6.5 Týdenní stacionář

Tato služba poskytuje pobytové služby seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, které mají níženou soběstačností (Arnoldová, 2016). Služby jsou stejného charakteru jako denní stacionář (Mlýnková, 2011). Zpravidla fungují od neděle večer nebo od pondělí ráno do pátku odpoledne (Mlýnková, 2011). Víkendy trápí osoby se svými rodinami (Mlýnková, 2011).

6.6 Odlehčovací služba

Tyto služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové a jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, nebo zdravotního

postižení, o které je jinak pečováno v jejich domácím prostředí (Arnoldová, 2016). Tyto služby jsou určeny pro osoby pečující své blízké (Arnoldová, 2016).

Činnosti při poskytování služeb těchto služeb jsou zajištěny v rozsahu úkonů, které se obvykle poskytují v pobytových zařízeních, včetně plateb (Arnoldová, 2016).

7 Koordinovaná rehabilitace

7.1 Definice, cíl a současné pojetí

Koordinovanost v rehabilitaci znamená propojení léčebných, pedagogických (edukačních), pracovních a sociálních prostředků (Pfeiffer, Švestková, 2014, s. 7).

WHO v roce 1969 definovala pojem rehabilitace takto: *Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti (Janovský et al., 2005).* Jak uvádí Votava (2005), již z této definice je zřejmé, že rehabilitace by měla být sama o sobě chápána jako ucelená rehabilitace.

Jinou definici uvádí SZO: Rehabilitace je proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti (Janovský et al., 2005).

Cílem rehabilitace je návrat k původnímu stavu zdraví, přičemž pojem zdraví by nemělo být chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako tělesná, duševní a sociální pohoda (Votava, 2005).

V tomto odstavci popisuje Emmerová (2012) současnou problematiku pojetí a realizace koordinované rehabilitace. Mezi laiky a dokonce i mezi lékaři je rehabilitace jiných často chápána jen jako fyzikální terapie a fyzioterapie. Další složky koordinované rehabilitace, kterou jsou také aplikované v praxi, jsou jakoby vytržené z kontextu a není o nich a jejich realizaci dostatečné množství informací, a proto jsou uskutečňované v celku náhodně a jen u některých jedinců. Příčinou toho, že komplexní rehabilitace není ve většině případů známa v celém svém rozsahu, není ani nabízena, realizována a neuskutečňuje se v žádoucím časovém sledu. Na vině je nedostatečná informovanost samotných poskytovatelů zdravotní péče, ale také nedostatečná nabídka a soustředěnost jednotlivých segmentů rehabilitace do komplexní podoby.

V současné době přibývá osob starších mimo věk pracovního začlenění, které potřebují udržet co největší osobní nezávislost (Pfeiffer, Švestková, 2014).

Emmerová (2012) dále v tomto odstavci uvádí, které atributy musí koordinovaná rehabilitace splňovat. Jednak nemocný musí být ošetřujícím lékařem dokonale informován o možnostech všech typů rehabilitace. Komplexní a koordinovanou

rehabilitaci lze provádět pouze se souhlasem nemocného. Také musí koordinovaná rehabilitace splňovat včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení a součinnost všech poskytovatelů.

7.2 Historie

Exkurs do historie rehabilitace v následujícím odstavci popisuje Pfeiffer, Švestková, (2014). V porovnání s výše uvedenými mezinárodními definicemi rehabilitace, si lze všimnout, že pojem rehabilitace je u nás brán spíše jako disciplína medicínská. V roce 1905 u nás vznikla na České lékařské fakultě Vědecká společnost pro fyzikální medicínu. Tu poté doplnila společnost pro fyziatrii a balneologie. V Rakousku-Uhersku po první světové válce zavedl prof. MUDR. Rudolf Jedlička program pro zraněné vojáky s názvem Výchova mrzáků, zvláště vojáků-invalidů ku práci výdělečné. Zároveň ve stejné době v Německu působil prof. Konrád Biesalski, která propagoval heslo: Z těch, co dostávají almužnu, uděláme platiče daní. Pojem rehabilitace byl rozšířen až s WHO.

7.3 Holistické pojetí člověka

Člověk je vnímán jako bytost bio-psycho-sociální a nesmíme opomenout ani sféru duchovní (Jankovský, 2003). Všechny tyto sféry člověka tvoří navzájem jednotu (Jankovský, 2003).

S tímto pojetím se pojí označení vrstev osobnosti dle Sigmunda Freuda. Ten použil pro označení vrstev člověka pojmy id, ego a superego (Jankovský et al., 2005). Ve filosofii pro tyto vrstvy můžeme použít výrazy tělo, duše a duch a v psychologii používáme označení pud, prožívání a reflexe (Jankovský et al., 2005).

Právě tato problematika holistického pojetí člověka nám umožňuje vnímat rehabilitaci lidí opravdu uceleně a neredukovat rehabilitaci jen na tělesnou stránku, ale brát v úvahu i psychickou rovnováhu a v neposlední řadě některé problémy mohou souviset i s duchovní dimenzí (Jankovský et al., 2005).

7.4 Moderní rehabilitace a MKF

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (MKF) – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) má zásadní význam pro

rozvoj moderní rehabilitace (Pfeiffer, Švestková, 2014). Cílem MKF je poskytnout jednotný, standardizovaný jazyk a rámec pro popis zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují (MKF, 2001).

Klasifikace byla schválena WHO v roce 2001. Důležité je, že tato klasifikace, narušila od klasifikace MKN, neklasifikuje osobu, ale situace, ve kterých se osoba nachází. (Votava, 2005)

MKF má 4 komponenty: 1. Tělesné funkce; 2. Tělesné struktury; 3. Aktivity a participace; 4. faktory prostředí. (MKF, 2001) Tyto jednotlivé komponenty obsahují přesnější členění na jednotlivé domény a ty se dále dělí na kapitoly (MKF, 2001).

Zavedení MKF umožní klasifikovat, vyhodnocovat a kontrolovat funkční poruchy bez ohledu na jejich organický podklad (Emmerová, 2012).

7.5 Léčebná složka rehabilitace

Tato složka ucelené rehabilitace se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch a dále také na eliminaci následků zdravotního postižení (Jankovský, 2006).

Léčebnou rehabilitaci lze rozdělit na vertikální a horizontální (Janovský, 2006). Vertikální vede k obnovení původního stavu organismu (Jankovský, 2006). Horizontální je dlouhodobá a řeší problematiku poškození, jež mají závažný a chronický charakter (Jankovský, 2006).

Léčebná rehabilitace je velmi obsáhlá a je především doménou zdravotnictví (Jankovský et al., 2005). Můžeme ji rozdělit například na následující níže uvedené postupy (Jankovský et al., 2005).

První je *fyzikální terapie*, do které řadíme různé druhy masáží, elektroléčbu, léčbu ultrazvukem, magnetoterapii, a léčbu světlem. Můžeme sem zařadit i laserové záření, léčbu teplem, vodoléčbu a také balneologii (Jankovský et al., 2005).

Dalším postupem je *kinezioterapie* (Zeman, 2014). Patří k hlavním léčebným metodám ve fyzioterapii a jejím cílem je dosažení správného provedení pohybu, jeho fixace a také zautomatizování těchto pohybů (Zeman, 2014). Efektem může být zvýšení nebo udržení rozsahu pohybu v kloubu, síly, rychlosti, koordinace a kontroly pohybu a relaxace a dále pak adaptability kardiovaskulárního a respiračního aparátu na pohybovou zátěž

(Zeman, 2014). Důležité si je zde uvědomit, že cílem není pohyb pro pohyb samotný, nýbrž jako prostředek realizace každého konkrétního motorického plánu organismu (Zeman, 2014).

Třetím postupem je ergoterapie. Ergoterapie je důležitá součást rehabilitace, která prostupuje všemi prostředky a fázemi rehabilitace (Svěcená, Švestková, 2014). Chápeme ji jako léčbu smysluplnou činností, ale neměli bychom ji zaměňovat za pracovní rehabilitaci (Svěcená, Švestková, 2014). Ergoterapie si klade za cíl zachovat nebo navrátit schopnosti, které jsou pro člověka důležité (Svěcená, Švestková, 2014). Cílem je podpořit zdraví a celkový pocit pohody člověka prostřednictvím smysluplného zaměstnávání (Jelínková at al., 2009). Rovněž jak uvádí Svěcená, Švestková (2014) si ergoterapie klade za cíl dosažení maximálně možné úrovně funkčních schopností klienta.

V České republice byla ergoterapie po dlouhou dobu považována za nepotřebnou a také náplň ergoterapeuta nebyla přesně vymezena (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Uplatňovala se nejdříve v medicíně a až roku 1992 se vyčlenila z fyzioterapie a vzniklo i samostatné studium tohoto oboru (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Nyní je ergoterapie považována za samostatnou disciplínu využívající specifické diagnostické a léčebné postupy, případně činnosti při rehabilitaci osob různého věku s různým typem postižení, které jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově či mentálně postižení (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Hlavním terapeutickým prostředkem ergoterapie je smysluplná činnost, jež pomáhá k obnově postižených funkcí (Holczerová, Dvořáčková, 2013). V případě mužů se tyto činnosti zaměřují spíše na aktivity typu kutění, opravování, zahradnické práce apod. (Holczerová, 2013b). V případě žen, že aktivity týkají například vaření či pletení (Holczerová, 2013b).

Jankovský (2006) rozčleňuje ergoterapii do 4 oblastí: kondiční ergoterapie, ergoterapie cílená na postižené oblasti, ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění a ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti.

Svěcená, Švestková (2014) rozčleňují oblasti, kterým se ergoterapie věnuje takto: soběstačnost, evaluaci bytu a bezbariérovost, motoriku a funkci horních končetin, kognitivní funkce, ergodiagnostiku, program dne a volnočasové aktivity.

Ergoterapeuti se uplatňují jak ve zdravotnictví, tak i v sociálních službách (Svěcená, Švestková, 2014). Ve zdravotnických zařízeních pracují například na akutních klinických odděleních nebo v denním stacionáři (Svěcená, Švestková, 2014). V sociálních službách pracují ergoterapeuti v různých typech denních stacionářů, v domovech pro seniory a v dalších pobytových zařízeních (Svěcená, Švestková, 2014).

Ergoterapeuti vyšetřují a hodnotí běžné denní činnosti (Jelínková at al., 2009). Zjišťují, v kterých aktivitách je osoba limitována, dále příčinu jejich obtíží a navrhují opatření na zlepšení či alespoň zachování potřebných dovedností (Jelínková at al., 2009). Dalším úkolem ergoterapie je hodnotit vliv prostředí na provádění činností a zvažovat, jak lze prostředí využít pro snadnější fungování osoby (Jelínková at al., 2009).

Do léčebné složky rehabilitace dále zahrnujeme animoterapii, ze které je nejčastěji využívána canisterapie a hipoterapie (Jankovský et al, 2005). Zvířata mají na člověka dopad již od počátku domestikace (Hlušičková, 2014). Zpočátku sloužily pouze jako pomůcka k přežití nebo jako zdroj živobytí, ale později - zejména v případě psa - také jako partner a pomocník (Hlušičková, 2014). Pozitivní účinky interakce člověk-zvíře pro léčebné a rehabilitační účely jsou empiricky známy již po staletí (Hlušičková, 2014). V posledních desetiletích došlo k poměrně rychlému rozvoji využívání zvířat k léčbě a rehabilitaci lidí s různými druhy postižení (Hlušičková, 2014). Zvířata zlepšují kolektivní psychickou atmosféru ve zdravotnických zařízeních, v ústavech sociální péče, v domovech důchodců i v domácnosti (Nerandžič, 2006). Nerandžič (2006) dále uvádí, že lidé chovající zvířata mají nižší hladinu krevních tuků, cukrů, nižší krevní tlak a netrpí tak často depresemi, jako lidé kteří žádné zvíře nechovají. V domovech pro seniory a v ústavech sociální péče zvířata zmírňují také potíže s adaptačním stresem nově příchozích (Nerandžič, 2006). V domovech důchodců fungují buď návštěvní programy zvířat, nebo je zvíře chováno v zařízení nastálo (Nerandžič, 2006).

Při canisterapie se využívá pozitivní působení psa na člověka (Anitera, 2009). Canisterapie podněcuje verbální i neverbální komunikaci, přispívá k rozvoji hrubé a jemné motoriky, k rozvoji orientace v prostoru, nácviku koncentrace (Anitera, 2009). Canisterapii můžeme využít u tělesně postižených, mentálně postižených, starých lidí, ale i zdravých lidí (Anitera, 2009). Hipoterapie využívá pohybu koně spolu s psychologickým působením jízdy na koni a zaměřuje se na terapii pohybových poruch (Anitera, 2009). Hipoterapie ovlivňuje motorické chování člověka aktivací všech

řídících úrovní CNS (Epona, 2015). Další známou terapií pomocí zvířat je ornitoterapie, která využívá ptáky, nejčastěji papoušky (DDDV, 2017). V neposlední řadě je také hojně využívána farmingterapie, která využívá hospodářská zvířata (DDDV, 2017).

V následujícím odstavci Hlušičková (2014) dodává, že všechny tyto terapie pomocí zvířat jsou vhodným doplňkem procesu léčby. Nemusí to být nutně jediná část léčby, ale je zajímavým doplněk vzdělávacích a volnočasových aktivit pro osoby, které jsou nebo mohou být z nějakého důvodu vyloučeny ze společnosti.

Mezi další specifické metody léčebné terapie řadíme kupříkladu arteterapii a muzikoterapii (Jankovský, 2006).

Arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním (Šicková-Fabrici, 2016). Výtvarnými prostředky může být kresba, malba, práce s různými materiály, zejména pak keramika (Jankovský, 2006). Touto terapií jde procvičit jemnou motoriku, vizuomotorickou koordinaci, vizuální percepce a samozřejmě má i psychologický efekt (Jankovský, 2006). U seniorů je využívána arteterapie především při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty a jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky (Šicková-Fabrici, 2016). Pomáhá seniorů se vyrovnat s adaptací na novou životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifickým důchodového věku, a s ním spojených změnám (Šicková-Fabrici, 2016).

Muzikoterapie patří do terapeutických přístupů z oblasti expresivních terapií (Holčerová, Dvořáčková, 2013). Muzikoterapii je léčba pomocí hudby a využívá se při ní rytmus, zvyky, tóny a samotný zpěv (Jankovský et. al., 2005). Hudbu lze vytvářet nebo jen poslouchat, ale ve všech směrech má pozitivní účinky na člověka a může mít nejen relaxační efekt, ale i stimulační (Jankovský et. al., 2005). Stává se i prostředkem komunikace. (Jankovský et. al., 2005) Zlepšuje komunikaci a přispívá k sociální a emoční rehabilitaci klienta a také zlepšuje kvalitu života (Gavrielidou, Odell-Miller, 2017). Muzikoterapie je slibnou metodou i při léčbě osob trpících demencí (Randolph et al., 2015). Také Gómez-Romero et al. (2016) uvádí, že muzikoterapie je prospěšná a zlepšuje poruchy chování, úzkost a agitovanost u osob s diagnózou demence. To, že muzikoterapie má pozitivní vliv na léčbu kognitivních funkcí, deprese a kvality života, potvrzuje i Zhang et al. (2017) ve svém výzkumu. Terapie hudbou může být také účinná při snižování chronické bolesti a jako podpůrná terapie u pacientů s popáleninami,

rakovinou, dětskou mozkovou obrnou, iktem a jinými poraněními mozku, Parkinsonovou chorobou a i u narkomanie (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Muzikoterapie při práci seniory navozuje vzpomínky z minulosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Například jak v mládí poslouchali dechovky v rádiu a při tom vařili společně s maminkou oběd a další podobné vzpomínky (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Senioři v domovech pro seniory hudbu nejen poslouchají, ale také rádi sami zpívají, což napomáhá ke zlepšení komunikace (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Případně senioři mohou hudbu i sami vytvářet třeba s různými nástroji, příkladem mohou být Orffovy nástroje (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Nesmíme opomenout ani farmakoterapii a zvláště u seniorů v důsledku multimorbiditu, která je typická pro vyšší věk, tvoří senioři převážnou část pacientů ve většině klinických oborů (Krajčík, Bartošovič, 2016). Farmakoterapie je ve stáří komplikována různými faktory, včetně fyziologických změn, přítomností více onemocnění, funkčními změnami mentálních a fyzických schopností (Suchý, Hromádka, 2011). Pacienta mohou mít i obtíže s dodržováním doporučené medikace (Suchý, Hromádka, 2011). Také nežádoucí účinky léků a lékové interakce jsou častější než v mladší populaci (Suchý, Hromádka, 2011). U indikace léků u seniorů je důležité dávat pozor a je vyžadován specializovaný přístup a opatrnost (Suchý, Hromádka, 2011).

7.6 Pedagogická složka rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je věnována osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky (Votava, 2005). Jejím cílem je dosáhnout u lidí se zdravotním postižením co možná nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace (Votava, 2005). Tato oblast je doménou především speciálních pedagogů (Jankovský et. al., 2005), která se dále podle druhů postižení dělí na jednotlivé pedie, kterými jsou somatopedie, psychopedie, etopedie, tyflopédie, surdopedie a logopedie (Jankovský et. al., 2005). Jak zmiňuje Jankovský (2006), i přesto že je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější v období dětství a dospívání, je výchova (edukace) permanentní celoživotní proces.

Významnou částí pedagogické rehabilitace je raná péče (Votava, 2005). Ta se uskutečňuje u dětí od narození zpravidla do nástupu povinné školní docházky (Votava, 2005). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách řadí ranou péči do služeb sociální

prevence, jež je poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, přičemž je služba zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Tato složka koordinované rehabilitace má vést buď k obnově původních prokázaných znalostí a dovedností anebo cíleně budovat nové dynamické stereotypy (Emmerová, 2012). Dále má dbát na získávání nových znalostí s ohledem na budoucnost jedince, pěstovat jazykovou vybavenost a to nejen v jazyce mateřském, ale i v jazyce cizím (Emmerová, 2012). Zaměřuje se také na vzdělávání v počítačové technice (Emmerová, 2012).

Senioři se v České republice mohou účastnit běžných vzdělávacích aktivit určených pro širokou veřejnost (Špatenková, Smékalová, 2015). Nicméně tyto aktivity pro ně nejsou primárně uzpůsobeny, což pro ně může představovat různé bariéry a úskalí (Špatenková, Smékalová, 2015). Existuje však řada aktivit určených přímo seniorům, a to jsou kupříkladu univerzity třetího věku, akademie třetího věku, univerzity volného času a kluby seniorů (Špatenková, Smékalová, 2015). Dalšími možnostmi vzdělávání seniorů jsou například knihovny, kulturní domy, domy dětí a mládeže kde se mohou senioři zúčastnit například počítačového kurzu ad. (Špatenková, Smékalová, 2015).

Špatenková, Smékalová (2015) dále zmiňují, jako další známou a typicky edukační aktivitu seniorů, trénink paměti. Ten bude dále ještě zmíněn v podkapitole volnočasové aktivity pro seniory.

7.7 Sociální složka rehabilitace

Tato složka rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích a to např. zabezpečením ekonomických a dalších hmotných podmínek pro samostatný život, poskytováním asistenčních služeb v domácnosti a pomocí s výchovou dětí, zajištěním úprav bytu nebo automobilu, výcvikem pro pohyb v přirozeném prostředí (Francová, 2014). Uskutečňuje se formou socioterapie (nápravy či usměrnění vztahů jedinec-komunita a naopak, posílení sociálního statusu jedince, rodiny a minoritní skupiny); případové sociální práce apod. (Francová, 2014).

Sociální složka rehabilitace zahrnuje péči o zajištění soběstačnosti v domácnosti, péči o hygienu, oblékání (Emmerová, 2012). Dále se procvičují etické normy a etiketa. Také se procvičují interpersonální přístupy v hraničních životních situacích, zásady slušného

chování, zásady chování u stolu, na veřejnosti ad. (Emmerová, 2012). Do sociálního segmentu koordinované rehabilitace lze zařadit i rehabilitaci paliativní, která je v současné době uskutečňována v hospicích.

Sociální rehabilitaci rovněž definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

Jankovský et al. (2005) uvádí, že sociální rehabilitace se uplatňuje například v chráněných dílnách nebo v rámci podporovaného zaměstnávání. Jak již bylo zmíněné výše, v sociální rehabilitaci jde také o zabezpečení ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život (Jankovský et al., 2005). S tím souvisí přiznání invalidního důchodu a nejrůznější příspěvky, například na zvláštní pomůcku ad. (Jankovský et al., 2005).

V sociální rehabilitaci nesmíme opomenout ani sociální služby, které vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a do kterých patří kupříkladu služba osobní asistence ad.

Odborníci podílející se na této složce rehabilitace jsou především sociální pracovníci, kteří mají na starosti poradenství, sociální šetření, pomoc při jednání s úřady, pomoc při získání práce a pomoc při návratu z ústavního zařízení zpět domů (Votava, 2005).

Při sociální rehabilitaci také důležité udržet seniory mimo sociální izolaci (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Právě výše zmíněné aktivity a činnosti přispívají k utváření kontaktu se společenským prostředím a vytváření mezilidských vztahů (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Dále mezigenerační solidarita a učení jsou neméně důležité a kontakt seniorů s rodinou a to především s nejmladší generací (vnuky) by měl být při práci se seniory podporován (Holczerová, Dvořáčková, 2013). I samotná sociální participace seniorů je jednou z determinant zdraví u starších osob. Napomáhá starším osobám se lépe integrovat do komunity (Rowiński, 2017).

7.8 Pracovní složka rehabilitace

Pracovní rehabilitace je další velmi důležitou složkou doplňující ucelenou rehabilitaci, protože práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné místo (Šesták, 2014). Práce přináší člověku nejen materiální prospěch, ale také mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti (Šesták, 2014).

Předpokladem toho, aby se lidé se zdravotním postižením mohli uplatňovat v pracovní činnosti, je obnovení jejich pracovního potenciálu (Jankovský, 2006). Konkrétní nástroje a prostředky pracovní rehabilitace uvádí Šesták (2014) a jsou to: sociální služby (sociálně terapeutická dílna), tranzitní programy a podporované zaměstnávání, chráněné pracovní místo nebo zaměstnavatel zaměstnávající více než 50 % osob se ZP.

Sociálně terapeutické dílny definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nelze z tohoto důvodu umístit na otevřený ani chráněný trh práce, za účelem dlouhodobé a pravidelné podpory zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Tranzitní programy jsou systémem přípravy a podpory studentů speciálních škol v jejich přechodu ze školy do dalšího života, v oblastech zaměstnání, trávení volného času, soběstačnosti v běžných denních činnostech, bydlení, mezilidských vztahů a osobního rozvoje (Šesták, 2014). V průběhu studia hledá pracovní konzultant studentovi se speciálními potřebami vhodnou praxi na otevřeném trhu práce. Poté může následovat uzavření pracovního poměru po skončení studia (Šesták, 2014).

Podporované pracovní místo v sobě zahrnuje komplex služeb, jehož cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce (Šesták, 2014). Na základě možností zájemce se hledá vhodné pracovní místo a trénink dovedností probíhá až po nástupu do práce (Šesták, 2014).

Chráněná pracovní místa je jeden z nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti, jež má za úkol umožnit pracovní uplatnění a zaměstnání lidem se zdravotním postižením (Šesták, 2014). Chráněné pracovní místo popisuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti jako pracovní místo, které vytváří zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody s úřadem práce a to na dobu 3 let.

Pokud zaměstnavatel zaměstnává více než 50 % zaměstnanců, jež jsou osobami se zdravotním postižením, může čerpat příspěvky při zaměstnávání těchto osob (Šesták, 2014).

7.9 Volnočasové aktivity pro seniory

Volný čas můžeme chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil (Holczerová, 2013a). V této si vybíráme činnosti dle libosti, ty které máme rádi a které nám přináší pocit uvolnění a uspokojení (Holczerová, 2013a). Pod tyto činnosti lze zařadit odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělání, dobrovolná společensky prospěšná činnost ad. (Holczerová, 2013a). Nepočítáme do toho činnosti zabezpečující biologickou existenci člověka, tzn. jídlo, spánek, hygiena, zdravotní péče (Holczerová, 2013a). I přesto lze z těchto činností udělat koníčka, jako například příprava jídla (Holczerová, 2013a).

Volnočasové aktivity jsou užitečným doplňkem všech ostatních druhů rehabilitace (Emmerová, 2012). Jak podotýká (Levasseur, 2016), podporovat volnočasové aktivity u starších osob je jednou z možností jak snížit jejich úzkost, zvýšit jejich motivaci a sebevědomí. Zaměřují se podle údajů z anamnéz, na předchozí volnočasové aktivity nemocného (Emmerová, 2012). Na základě toho jsou poté vytipovány takové aktivity, samozřejmě s ohledem na zdravotní stav dané osoby, které by nadále pěstovaly záliby nemocného (Emmerová, 2012).

Může jít například o různé rukodělné činnosti, arteterapii, muzikoterapii, ergoterapii, zooterapii apod. Tyto činnosti byly popsány již výše v léčebné rehabilitaci a zde v této podkapitole již nebudou podrobněji popisovány.

Holczerová, Dvořáčková (2013) uvádí, že aktivizační programy určené pro seniory v pobytových zařízeních by měly být ve znamení celkového procesu plánování sociálních služeb. Pracovníci v zařízeních by si měli uvědomovat důležitost aktivizace seniorů a v této oblasti být vyškoleni (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Aktivity mají být prováděny dobrovolně a být pro seniora příjemné (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Také by měli být společensky přijatelné a neměly by vést k úspěchu (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Pouze v případě, že jsou tyto kritéria splněna, je činnost smysluplná (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Jednou z hojně využívaných volnočasových aktivit pro seniory v pobytových zařízeních je trénování paměti (Holczerová, 2013d). S tím souhlasí i Kosová (2010), která uvádí, že kognitivní trénink nebo také trénink paměti je v dnešní době významnou součástí volnočasových aktivit seniorů. Uživatelé jsou stimulováni k zapamatování si jednak konkrétních úkonů, což může být třeba ranná hygiena nebo ustláni lůžka apod. (Holczerová, 2013d). Dále se k trénování paměti využívají různé hry, kde jde o zapamatování určitých předmětů, které jsou seniorům vystavěny po určitou dobu a pak skryty, nebo také k zapamatování slov (Slovní fotbal, doplňování chybějících slov ad.) (Holczerová, 2013d). Dále je využíván také pexeso či jiné karty (Holczerová, 2013d).

Trénink paměti přispívá ke zvyšování sebevědomí seniorů a k pozitivnímu očekávání při řešení úkolů (Kosová, 2010).

Mezi další volnočasovou aktivitu pro seniory můžeme zahrnout i reminiscenční terapie. Jak uvádí (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Přínosem této terapie je vytváření prostoru pro aktivní naslouchání seniorům vnímání jejich individuálních potřeb (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Příkladem konkrétního využití této terapie je například kniha vzpomínej, kniha života, reminiscenční krabice, reminiscenční vycházky a výlety (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Další možností pro naplnění volného času seniorů jsou různé pohybové aktivity (Janiš, Skopalová, 2016). Fyzická aktivita pomáhá udržovat nezávislost v průběhu života a zlepšuje kvalitu života (Rowiński et al., 2017). I četné studie v Polsku prokázaly, že obzvláště důležitým faktorem určujícím tzv. "Úspěšné stárnutí" je pravidelná fyzická aktivita (Śniadek, Zajadacz, 2010). V pobytových zařízeních jsou organizovány pravidelné rozcvičky, cvičení s různým náčiním a pomůckami, kondiční cvičení, sportovní hry, jóga, výlety apod. (Janiš, Skopalová, 2016).

Také společenské aktivity, které jsou vykonávány v rámci nějaké skupiny, patří do volnočasových aktivit pro seniory (Janiš, Skopalová, 2016). Takovými aktivitami jsou myšleny například společenské hry, návštěvy koncertů či divadel a spousta dalších (Janiš, Skopalová, 2016).

8 Multidisciplinální tým

Rehabilitační tým tvoří skupina odborníků, kteří spolu vzájemně spolupracují při dosahování společných rehabilitačních týmů (Votava, 20005). Rehabilitační tým by měl být složený z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologa, sociální pracovníce, popřípadě i logopeda či speciálního pedagoga (Votava, 20005). Součástí mohou být samozřejmě dle typu zařízení i zdravotní sestry nebo protetičtí odborníci (Votava, 2005).

Takovýto tým zastoupený představiteli rozličných profesí či specializací například v sociálních službách, jehož hlavním cílem je poskytovat kvalitní sociální službu na základě znalostí individuálních potřeb uživatelů, nazýváme týmem multidisciplinárním (Tajanovská, 2015). Tým tvoří pracovníci a odborníci z mnoha oblastí, kteří mají přímou souvislost s poskytováním sociální služby (Tajanovská, 2015). Jsou to jednak kmenoví zaměstnanci, ale i externí odborníci docházející k poskytovateli na základě smlouvy nebo některé flexibilní formy práce (Tajanovská, 2015). Zpravidla se jedná o vedoucího pracovníka, zdravotního pracovníka, sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách (takzvaného klíčového pracovníka), terapeuta, ne/pedagogického pracovníka, lékaře ad. (Tajanovská, 2015). Členy multidisciplinárního týmu mohou být i dobrovolníci (Tajanovská, 2015). Poskytovatelé sociálních služeb takovéto týmy vytváří zejména pro řešení složitých a interdisciplinárních úkolů a naplňování individuálních potřeb uživatele služby (Tajanovská, 2015).

Jak uvádí v tomto odstavci Malíková (2011), organizovaná a fungující činnost pracovního týmu je zásadním faktorem úspěchu či neúspěchu při individuálním plánování. Tato týmová spolupráce má charakter tzv. multidisciplinárního týmu.

Interdisciplinární týmy ve zdravotnictví mohou nabízet lepší a na klienta více zaměřenou péči (Gougeon et al., 2017). Bylo zjištěno, že interdisciplinární týmy mají pozitivní vliv na některé zdravotní výsledky klientů (Gougeon et al., 2017).

V následujícím odstavci uvádí Kodymová (2015) fáze vývoje týmu. První etapa se vyznačuje tím, že tým vyvíjí svou identitu a pochopení jeho účelu v širším kontextu. Ve druhé fázi, která je často zátěžovým obdobím pro členy týmu, se hledají způsoby spolupráce, které odrážejí společné hodnoty a pochopení rolí v týmu. Ve třetí fázi členové týmu rozvíjejí společné porozumění, vymezují a formulují závazky k

naplňování jejich úkolů a pracují na zlepšení komunikace jak uvnitř tak i vně týmu. V poslední čtvrté fázi zralý a efektivní tým rozvíjí schopnosti k naplnění úkolů, pro které byl vytvořen.

Dále Kodymová (2015) popisuje základní kroky, které sebou přináší budování multidisciplinárního týmu. Jsou to tyto kroky:

- *Zmapování a popis problémů, na které se má tým zaměřit.*
- *Sběr a zpracování potřebných dat a podkladů.*
- *Naplánování setkání se zástupci organizací (spolupracujících/sympatizujících).*
- *Jmenování malé pracovní a řídicí skupiny.*
- *Vzájemné poznání, víceoborové školení, očekávání organizací od týmu a spolupráce, cíle jednotlivých organizací, identifikace nedostatků v síti, identifikace společných cílů, formulace první vize.*

8.1 Členové multidisciplinárního týmu

8.1.1 Sociální pracovník

Sociální pracovníci mohou pracovat v rehabilitačních a dalších zdravotnických zařízeních (Votava, 2005). Také mají uplatnění na krajských sociálních odborech, obecních úřadech, úřadech práce, v nejrůznějších organizacích pro zdravotně postižené osoby a jinde (Votava, 2005).

Sociální pracovníci mají v organizacích poskytujících koordinovanou rehabilitaci nezastupitelnou roli (Mojžíšová, Dvořáčková, 2016). Co ovšem dosud odborná praxe v České republice postrádá je legislativní ukotvení koordinované rehabilitace a vymezení kompetencí sociálních pracovníků v systému péče o klienty (Mojžíšová, Dvořáčková, 2016). Je zajisté nezbytné vsadit principy koordinované rehabilitace do komplexní péče o klienty a čerpat zkušenosti ze zahraničí (Mojžíšová, Dvořáčková, 2016).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje tzv. předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a jeho činnosti, které jsou popsány v následujících dvou odstavcích.

Sociální pracovník musí být trestně bezúhonný, svéprávný a splňovat zdravotní a odbornou způsobilost. Odbornou způsobilostí je myšleno buďto vyšší odborné vzdělání v oboru zaměřeném na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

K činnostem, které vykonává sociální pracovník, patří: sociální šetření, zabezpečování sociální agendy a řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, dále také zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Sociální pracovník má za povinnost se dále vzdělávat, čímž si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci (Tajanovská, 2015). Jedině pak je schopen průběžně naplňovat požadavky Etického kodexu sociálních pracovníků ČR (Tajanovská, 2015). Jde zejména o semináře věnované především takzvaným „měkkým dovednostem“, tedy například komunikaci a kooperaci (Tajanovská, 2015).

8.1.2 Pracovník v sociálních službách

Předpoklady pro výkon pracovníka v sociálních službách a jeho činnosti v následujících dvou odstavcích stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pro výkon činností pracovníka v sociálních službách je nutné splnit trestní bezúhonnost, svéprávnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Odborná způsobilost znamená, že osoba musí absolvovat akreditovaný kvalifikační kurs, v případě že nemá způsobilost k jednotlivým zdravotnickým povoláním či není sociálním pracovníkem dle zákona.

Pracovníci v sociálních službách vykonávají přímou obslužnou péči v zařízeních sociálních služeb. Ta spočívá v pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a

společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Jejich náplní práce může být také v působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti. Provádějí i pečovatelskou činnost v domácnosti osob.

8.1.3 Klíčový pracovník

Jak poukazuje Staňková (2011), role klíčového pracovníka v zařízeních sociálních služeb není zcela jasně specifikována. Každé jednotlivé zařízení může chápat roli klíčového pracovníka jinak (Staňková, 2011). Jak uvádí Horecký (2011), termín klíčový pracovník není uveden ani v zákoně o sociálních službách, tak ani ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. Tento termín je v sociálních službách velmi zažitý, nicméně ve smyslu zákona bychom měli označovat klíčové pracovníky spíše jako pracovníky pověřené individuálním plánováním (Horecký, 2011). Neuvádí se, kdo by měl být klíčovým pracovníkem, ale nejčastěji jsou to pracovníci v sociálních službách (Horecký, 2011).

Klíčový pracovník je pracovníkem sociální péče a je zodpovědný za koordinaci aktivit všech lidí podílejících se na péči o jednu osobu, včetně poskytování poradenství, terapie a případně též emocionální podpory (Staňková, 2011).

Dalším možným vymezením role klíčového pracovníka je, že klíčový pracovník nebo také garant, osobně dohlíží na klienta účastníčím se skupinového programu a odpovídá vedoucímu organizace za průběh péče (Staňková, 2011). Garant vypracovává plán péče, monitoruje jeho dodržování, koordinuje součinnost s jinými službami nebo odborníky, konzultuje s klientem jeho osobní problémy a pokračuje v kontaktu s klientem i po skončené intenzivní péči (Staňková, 2011)

8.1.4 Zdravotničtí pracovníci

V pobytových sociálních zařízeních pracuje řada nelékařských zdravotnických pracovníků, mezi které patří zdravotní sestry, fyzioterapeut a ergoterapeut, kteří musí splňovat podmínky podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Malíková, 2011).

Všeobecná sestra poskytující v domově pro seniory ošetrovatelskou péči, musí splňovat podmínky zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Hynková, 2013).

Vrchní sestra je nejvyšším pracovníkem v rámci ošetrovatelské péče a v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků (Malíková, 2011). Mezi činnosti vrchní sestry patří například tvorba rozpisu služeb, provádění nejnáročnějších zdravotnických a ošetrovatelských činností v rámci činností všeobecné sestry, kontrola dokumentů a dodržování etického kodexu a standardů kvality, podílení se na přípravě rozpočtu pro zdravotnickou a ošetrovatelskou oblast a mnoho dalších činností (Malíková, 2011).

Staniční sestra je vedoucí sestrou ošetrovací jednotky, která má obvykle dlouholetou praxi v daném oboru (Šrubařová, 2015). Minimálním požadavkem v oblasti vzdělání pro tuto funkci bývá absolvování specializačního studia. Mezi činnosti staniční sestry patří především: zajištění péče o pacienty, harmonogram činnosti oddělení, plány služeb, vedení lidí a kontrola (Šrubařová, 2015).

Fyzioterapeut provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti poruch pohybového aparátu na úseku léčebně preventivních zdravotnických zařízení, v lázeňských zařízeních, ústavech sociální péče a také v rehabilitačních ústavech (Malíková, 2011). Jak již bylo zmíněno výše, v pobytových sociálních službách je podřízen vrchní sestře a lékaři (Malíková, 2011).

Ergoterapeut individuálně vybírá smysluplnou činnost pro klienta tak, aby dokázal provádět běžné denní, pracovní, zájmové a volnočasové aktivity, které jsou pro něj důležité (Svěcená, Švestková, 2014). Dále provádí ergoterapeutická vyšetření a stanovuje ergoterapeutické postupy vedoucí k dosažení léčebného cíle (Malíková, 2011). Působí zejména ve zdravotnických zařízeních, v ústavech sociální péče, chráněných dílnách a chráněném bydlení (Malíková, 2011). Také jako ostatní zdravotničtí pracovníci je v pobytových zařízeních podřízen vrchní sestře (Malíková, 2011).

9 Supervize

Slovo supervize pochází z latinských slov super (nahore, navrchu, shora) a visus (vidění, hledění, pohled), ve výsledku jde tedy o nadhled či dohled (Baštěcká et al., 2016). Na vzniku supervize se v historii nejvíce podílela potřeba dobře připravit mladé adepty pomáhajících profesí pro praxi, tzn. naučit je dobře dělat případovou práci, promýšlet ji a reflektovat (Baštěcká et al., 2016).

Špirudová (2015) uvádí několik definic supervize podle jednotlivých autorů. Například podle uvádí definici podle Matouška (2003) „*Supervize vznikla v prostředí. Později se začala využívat i v dalších oblastech, jako je sociální práce, zdravotnictví, školství a v poslední době i ve výrobních podnicích. Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti supervidovaných, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací. V procesu supervize poskytuje supervidor supervidovanému zpětnou vazbu k jeho práci. Supervize má většinou formu rozhovoru mezi supervizorem a supervidovaným (supervidovanými).*“

V tomto odstavci budou popsány 3 základní funkce supervize podle Špirudové (2015). Jedná se o funkci normativní, formativní a posilující. Normativní funkce se vztahuje k dodržování norem, standardů, podporuje kvalitní a bezpečné poskytnutí služeb, rozvíjí profesní odpovědnost jedince i skupiny. Formativní funkce plní funkci edukační, jež prostřednictvím reflektování praxe umožňuje rozvoj profesních dovedností a vědomostí. Posilující funkce poskytuje podporu pro výkon profese a je zaměřena na seberozvoj a sebeuvědomování, obnovuje energii, sílu a motivaci pomáhajících profesionálů pro zvládnání nových úkolů, změn a problémů v profesním životě.

Formy supervize se dělí podle různých kritérií. Vaska (2012) uvádí, že supervizi lze rozdělit podle počtů supervidovaných, a to na supervizi individuální, skupinovou, tandemovou, týmovou a supervizi organizace (Vaska, 2012). Individuální supervize se vyznačuje přítomností pouze dvou osob- supervidovaného a supervizita (Vaska, 2012). Naopak skupinová supervize využívá sílu skupiny (Vaska, 2012). Tandemová supervize využívá potenciál zkušeností a zážitků dvojice pomáhajících profesionálů pracujících na jednom společném případě pod supervizí (Vaska, 2012). Týmová supervize je určena pro všechny členy týmu bez rozdílu pozice a zodpovědnosti (Vaska, 2012). Aby byl tým funkční a mohl se dobře rozvíjet, je potřeba se starat o jeho potřeby, hodnoty, síly,

zdroje a strategie zvládání zátěže, o jeho poslání a vizi (Baštěcká et al., 2016). Mezi základní potřebu patří výměna informací a nacházení společného řešení různých situací vizi (Baštěcká et al., 2016). Tyto potřeby se naplňují na týmové poradě vizi (Baštěcká et al., 2016).

Supervize organizace je zaměřená na sociální podporu, posilování kultury prostředí, funkčnost sociálních vztahů a jejím cílem je určit meze, strukturu a fungování organizace a osvětlení jednotlivých rolí pracovníků (Vaska, 2012).

Cílem supervize může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity a prevence profesního vyhoření (ČIS, 2016). Je prokázáno, že supervize může být prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům ad. (ČIS, 2016).

Supervize týmů napomáhá reflexi vzájemných vztahů pomáhajících profesionálů, prevenci problematické spolupráce, nalezení a udržení prostoru pro otevřenou komunikaci, efektivní součinnost i nalézání řešení vedených případů tak, aby tato témata mohla být v prostředí skupinových supervizí bezpečně otevřeně sdílena všemi členy multidisciplinárních týmů (Kodymová, 2015).

Dále Kodymová (2015) podotýká, že vhodný je spíše externí supervizor, nikdy však člen týmu, pokud možno ani ne zaměstnanec stejné organizace.

10 Individuální plánování

Individuální plánování služby by mělo vycházet z komplexního posouzení životní situace klienta, jež je základem pro plánování postupu směřujícího ke zlepšení této situace (Staňková, 2011). Individuální plánování je legislativně zakotven ve Standardu kvality č. 5 (Staňková, 2011). Za plánování a průběh procesu poskytování sociální služby by měl být u každého uživatele zodpovědný konkrétní pracovník, který bývá označován jako „klíčový pracovník“ (Staňková, 2011). Při procesu plánování služby se přímo zrcadlí poslání organizace, její cíle, okruh osob zásady sociální služby (Haicl, Haiclová, 2011). Pojem plánování sociální služby se objevil v sociálních službách v roce 2002 v souvislosti se zpracováním, tzn. Národních standardů kvality sociálních služeb (Haicl, Haiclová, 2011). Tento pojem poté přijal také dlouho připravovaný zákon o sociálních službách z roku 2006 (Haicl, Haiclová, 2011). Tento zákon stanovuje povinnosti poskytovatelů při plánování sociálních služeb (Haicl, 2011). Plánování služby nejčastěji zahrnuje pravidelný, předem sjednaný cílený dialog mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby (Haicl, Haiclová, 2011).

Individuálním plánování můžeme rozumět proces kontraktování tedy dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude péče konkrétnímu uživateli poskytována (Haicl, Haiclová, 2011). Bicková a Hrdinová (2011a) podotýkají, že je důležité vnímat individuální plánování jako proces, která někde začíná, určitým způsobem se děje, vyhodnocuje a plynule pokračuje nebo začíná znovu.

Významem individuálního plánování pro organizaci je nastavení standardní kvality sociálních služeb a pomáhá tuto kvalitu udržet a to i v případě organizačních změn (Bicková, Hrdinová, 2011b). Současně přináší i zvýšení účinnosti služby (Bicková, Hrdinová, 2011b).

Smale a Tuson rozeznávají tři modely posuzování v sociálních službách: výměnný model, dotazovací model a procedurální model (Kubalčíková, 2011). Všechny tři modely mají společné to, že sociální pracovník se při posuzování ocitá v roli experta „zvnějšku“, od něhož se očekává, že porozumí uživateli, jeho obtížím, co si přeje nebo nepřeje, co ovlivňuje jeho chování, a řadě dalších okolností (Kubalčíková, 2011). Jejich odlišnost spočívá v tom, jaký prostor dostane při posuzování samotný uživatel, jaký může být jeho podíl na tomto procesu (Kubalčíková, 2011).

11 Cíl a výzkumné otázky

11.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak domov pro seniory využívá jednotlivé složky konceptu koordinované rehabilitace.

11.2 Hlavní výzkumná otázka

Na základě výše uvedeného cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jaká je informovanost pracovníků domova pro seniory o konceptu koordinované rehabilitace?

11.2.1 Dílčí výzkumné otázky

Z hlavní výzkumné otázky bylo poté stanoveno celkem 5 dílčích otázek:

DVO1: Jak vnímají pracovníci léčebnou složku rehabilitace?

DVO2: Jak vnímají pracovníci pracovní složku rehabilitace?

DVO3: Jak vnímají pracovníci pedagogickou složku rehabilitace?

DVO4: Jak vnímají pracovníci sociální složku rehabilitace?

DVO5: Jak vnímají pracovníci spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu v konceptu koordinované rehabilitace?

12 Metodika

12.1 Metodický postup

Pro následující výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Pro sběr dat byla vybrána metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Hendl (2005) definuje dle Creswella kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání založen na různých metodologických tradicích zkoumání sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2005, s. 50)

V kvalitativním výzkumu vybírá na začátku výzkumník téma a určí základní výzkumné otázky (Hendl, 2005).

12.2 Popis výzkumného nástroje

Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Metoda dotazování zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů (Hendl, 2005). Švaříček, Šedřová (2007) uvádí, že hlavním nástrojem kvalitativního výzkumu je polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. To má zajistit, že tazatel skutečně probere všechna pro tazatele zásadní témata (Hendl, 2005). Je na tazateli jakým způsobem a v jakém pořadí získá potřebné informace, které mu poslouží k osvětlení daného problému (Hendl, 2005). Výhodou je, že tazateli zůstává volnost přizpůsobovat otázky podle situace (Hendl, 2005).

V tomto případě se skládaly předem připravené otázky z identifikačních otázek a z otázek zaměřených dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek, tzn. na jednotlivé složky koordinované rehabilitace a multidisciplinárního týmu (příloha č.1 Návod na rozhovor).

12.3 Popis a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán metodou kvótového záměrného výběru, kde jak Miovský (2006) uvádí, si na základě definovaných podskupin základního souboru cíleně vybereme určitý počet zástupců pro výběrový soubor. Základem pro aplikaci této

metody je znát kritéria, podle kterých je možné podskupiny základního souboru rozlišit (Miovský, 2006).

V tomto případě se jednalo o pracovníky Domova pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích, kteří tvořili základní soubor. Rozhodujícím faktorem při jejich výběru bylo, aby byli vybráni napříč jednotlivých oborů, tzn., aby byli zastoupeni pracovníci, jak z řad zdravotnického personálu, tak i ze sociálního. Konkrétně pak zdravotní sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Tato specifikace jednotlivých oborů tvoří již zmiňovaná kritéria pro výběr. Jako další kritérium pro výběr byla ochota zaměstnanců spolupracovat a poskytnout rozhovor.

Celkem bylo ochotno se zúčastnit výzkumu 8 pracovníků z Domova pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Z toho 3 pracovnice v sociálních službách, 2 sociální pracovnice, 2 zdravotní sestry a 1 fyzioterapeutka. Rozhovor s každým informantem trval přibližně 30 minut.

12.4 Způsob analýzy dat

Pro analýzu dat byla vybrána metoda vytváření trsů. Tuto metodu popisuje v tomto odstavci Miovský (2006). Metoda vytváření trsů slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin. Tyto skupiny by měly vznikat na základ vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tímto způsobem posléze vzniknou obecnější induktivně zformulované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny je spojováno s určitými opakujícími se znaky, určitými charakteristickým uspořádáním apod. Základní princip metody je postaven na srovnávání a seskupování dat. Prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme poté jednotky obecnější.

V případě této diplomové práce byla data po přepsání rozhovorů postupně zredukována do obecnějších skupin dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Tyto zobecněné skupiny byly poté slovně popsány a graficky doplněny myšlenkovými mapami vytvořenými v programu Free Mind.

12.5 Předvýzkum

Předvýzkum je možnost, jak zjistit zda navržené metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu (Miovský, 2006). Dále slouží i ke zmapování prostředí, do kterého chce výzkumník vstoupit (Miovský, 2006).

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum v jednom z domovů pro seniory v Českých Budějovicích, odlišným od domova pro seniory, ve kterém byl uskutečněn již skutečný výzkum. V tomto případě předvýzkum sloužil jednak ke zmapování terénu, ale také k ověření vhodnosti otázek připravených pro rozhovor. Předvýzkum probíhal v domově pro seniory s následujícími pracovníky: zdravotní sestra, fyzioterapeut, pracovník v sociálních službách a sociální pracovník. Posléze byly dle provedeného předvýzkumu finálně upraveny otázky do rozhovoru tak, aby byly pro pracovníky domova pro seniory srozumitelné a co nejvhodněji položeny.

12.6 Harmonogram výzkumu

Nejprve byla provedena v září 2017 rešerše odborné literatury, která byla potřebná k popisu současného stavu daného tématu. Poté byla v říjnu 2017 zpracována osnova práce. Teorie práce byla zpracována v listopadu až prosinci 2017. Předvýzkum byl proveden v listopadu 2017. Metodická část byla zpracována v lednu 2018. V únoru 2018 byl uskutečněn sběr dat pomocí rozhovorů s pracovníky domova pro seniory. Následná analýza a vyhodnocení dat z rozhovorů bylo provedeno v březnu až dubnu 2018 (tab. č. 1).

Tabulka č. 1 – časový harmonogram zpracování DP

Fáze zpracování DP	Časový horizont	Činnosti
1. fáze	Září 2017	Rešerše literatury
2. fáze	Říjen 2017	Vypracování osnovy (obsahu) DP
3. fáze	Listopad – prosinec 2017	Vypracování teoretické části DP
4. fáze	Listopad 2017	Provedení předvýzkumu
5. fáze	Leden 2018	Zpracování metodiky DP
6. fáze	Únor 2018	Sběr dat pomocí rozhovorů
7. fáze	Březen - duben 2018	Analýza a vyhodnocení dat z rozhovorů

Zdroj: vlastní výzkum

12.7 Etické aspekty výzkumu

Jak uvádí Miovský (2006), obecným pravidlem je, že výzkum smí být proveden pouze s osobami, které k účasti udělily informovaný souhlas.

Připraveny byly dva typy informovaného souhlasu. První pro ředitele zařízení (příloha č. 2). V informovaném souhlasu ředitel souhlasil s provedením výzkumu, který bude nahráván a souhlasil také se zveřejněním názvu zařízení a celým výzkumem v rámci této diplomové práce. Druhý informovaný souhlas byl připraven pro pracovníky zařízení resp. informanty (příloha č. 3). Informanti byli s výzkumem obeznámeni a podpisem informovaného souhlasu souhlasili s nahráváním rozhovoru a s prezentací výsledků v této diplomové práci. Informantům bude zachována anonymita a nebudou uvedena jejich jména. O informantech jsou uvedeny v přehledu jejich identifikační údaje, nicméně ve výsledcích jsou zcela anonymizováni.

13 Výsledky

Pro zpracování výsledků získaných dat byla zvolena metoda trsů. Získaná data z rozhovorů ve formě audio nahrávek byla nejprve přepsána a následně byla redukována resp. kódována do jednotlivých skupin na základě jejich podobnosti. To vše bylo provedeno s ohledem na jednotlivé dílčí výzkumné otázky, které se týkají všech složek ucelené rehabilitace a multidisciplinárního týmu. Otázky do rozhovoru byly navrženy tak, aby zodpovídaly jednotlivé dílčí výzkumné otázky. Podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek budou i zde tyto výsledky interpretovány. Nejprve budou popsány výsledky všech pěti dílčích výzkumných otázek, a poté bude výsledek dílčích výzkumných otázek stručně shrnut slovně i graficky myšlenkovou mapou. Na začátku každého rozhovoru byly také položeny i otázky týkající se identifikace informantů sloužící pouze pro přehled informantů. Informanti budou dále v textu již označováni jako pracovníci zařízení nebo pouze pracovníci.

13.1 Identifikační údaje informantů

V Domově pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích se výzkumu zúčastnilo celkem 8 žen ve věku 24 až 60 let. Pro rozhovor byli záměrně vybráni pracovníci z různých pracovních pozic, jak ze zdravotního úseku, tak z úseku sociálního. Dotazováni byli 2 sociální pracovníce, 3 pracovníce v sociálních službách, 2 zdravotní sestry a 1 fyzioterapeutka (tab. č. 2). Všem informantům byly položeny stejné otázky.

Tabulka č. 2 – Identifikace informantů

Označení informanta	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka prac.poměru v zařízení	Celková délka praxe v daném oboru
Informant A	Žena	42 let	Zdravotní sestra	6 let	24 let
Informant B	Žena	60 let	Zdravotní sestra	8 let	37 let
Informant C	Žena	36 let	Fyzioterapeutka	1, 5 roku	6,5 roku
Informant D	Žena	49 let	Pracovnice v sociálních službách	5 let	10 let
Informant E	Žena	47 let	Pracovnice v sociálních službách	0,5 roku	16 let
Informant F	Žena	55 let	Pracovnice v sociálních službách	2,5 roku	16 let
Informant G	Žena	24 let	Sociální pracovnice	1, 5 roku	1, 5 roku
Informant H	Žena	45 let	Sociální pracovnice	11 let	20 let

Zdroj: vlastní výzkum

13.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 1

Dílčí výzkumná otázka č. 1 zní: Jak vnímají pracovníci léčebnou složku koordinované rehabilitace?

Otázek v rozhovoru, které měly zodpovědět tuto DVO č.1, bylo dvanáct a týkaly se toho, zda pracovníci mají přehled o tom co je léčebná rehabilitace, co do ní patří a dále jak v daném zařízení probíhá zdravotní péče. Další otázky směřovaly na průběh jednotlivých terapií v daném zařízení a poslední otázka zjišťovala, zda je něco z léčebné rehabilitace, co by pracovníci ještě navíc v daném zařízení uvítali.

Pracovníci zařízení vnímají léčebnou rehabilitaci jako rehabilitaci nebo cvičení a to zejména po různých úrazech. Tato rehabilitace má klientům pomoci se vrátit do jejich původního pohybového rozsahu a k udržení jejich soběstačnosti. Léčebná rehabilitace se provádí, „za účelem zlepšit nějaké funkce“. Tyto činnosti pak nejčastěji provádí fyzioterapeut. Pracovníci se domnívají, že léčebnou rehabilitaci do určité míry provádí i pracovníci v sociálních službách. „*My je můžeme léčit spíš jako psychicky, ale léčí doktor. My s nima jenom cvičíme. Cvičíme protahovací cviky na posílení motoriky.*“

Fyzioterapii v zařízení provádí dvě fyzioterapeutky a probíhá individuálně. V dohledné době by měla do zařízení přibýt další fyzioterapeutka. Tyto služby jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a jsou na doporučení lékaře. Pro fyzioterapii má zařízení vyhrazenou také jednu místnost. Fyzioterapeuti provádějí masáže, cvičí s klienty chůzi a rozcvičují různé části těla. I s klienty upoutanými na lůžko, kteří nemohou chodit, mohou fyzioterapeuti cvičit a to například prostřednictvím pasivních pohybů.

Jako další možnost, kterou klienti ke cvičení mají, je kupříkladu rotoped. Klienti mohou cvičit i tím, že docházejí na různé kroužky nebo soutěže, kde se hrají třeba šipky. „*Tak cvičíme s nima každý den. Cvičíme s nima na židlích. Horní a dolní končetiny. Procvičujeme dýchání. Nácvik chůze taky provádíme s nima. A jinak jsou tady taky hry, kdy třeba hází šipky a takový věci, že se dělají s nima nějaký soutěže a hry. A děláme s nima i to soutěžní cvičení, když se házelo do těch kruhů tam na tej zahradě, jak přišli studenti ze zdravotní školy. Takový sportovní olympiády se zúčastňují.*“ Každý den mají možnost si klienti zacvičit třeba na židlích s výchovně nepedagogickými pracovníky. Výchovně nepedagogickým pracovníkem je v zařízení označován pracovník v sociálních službách, který má na starosti volnočasové aktivity. „*Některý*

klienti z toho mají hrůzu, že mají špatný nohy, že neudrží rovnováhu, tak je ukliňujeme, že to všechno je na židlích a ty nafukovací míčky tam používají třeba.“

Pracovníci nejčastěji uváděli, že do léčebné rehabilitace patří například LTV, vodoléčba, termoléčba, ergoterapie a s tím spojený nácvik běžných denních činností, muzikoterapie, cvičení ad.

Na zajištění zdravotní péče se podílí skoro všichni zaměstnanci zařízení. Přímo se na zdravotní péči podílí zdravotnický personál, který tvoří zdravotní sestry a fyzioterapeutky. Na zajištění zdravotní péče se podílejí i sanitáři a pracovníci v sociálních službách resp. pracovníci přímé obslužné péče.

Muzikoterapie jako taková, kterou provádí speciálně vyškolený terapeut, v zařízení neprobíhá. Nicméně aktivity spojené se zpěvem a hudbou v zařízení probíhají. Tyto aktivity jsou nazvány jako muzicírování či hudební kroužek, při němž výchovně nepedagogický personál s klienty zpívá a hraje na kytaru. Do zařízení také docházejí externí osoby, které hrají na harmoniku nebo housle.

Terapie pomocí zvířat v současné době v zařízení již neprobíhá. Dříve v zařízení probíhala skupinová canisterapie. Nyní pouze *„jedna paní má osobního ptáčka tady v kleci - zebříčku, ale jinak ne. Ani žádný akvárium tady není ani nic takového jako v baráku to tu není.“* Právě canisterapii nebo i jiné terapie pomocí zvířat by do zařízení uvítali všichni pracovníci.

Pod arteterapií si pracovníci zařízení představují vyrábění, malování a nejrůznější ruční práce, které zde probíhají. Tyto činnosti s klienty provádí výchovně nepedagogický personál. Mnoho výrobků, které klienti vyrobí, se poté používá přímo v zařízení, což vidí pracovníci jako přínosné a užitečné. Je tomu tak například při malování talířků nebo hrnečků.

S arteterapií byla dost často spojována i ergoterapie a jednotlivé činnosti v těchto dvou terapiích se v odpovědích informantů velmi často prolínaly. Pod ergoterapií si pracovníci nejčastěji představovali činnosti jako je pečení, vyrábění, hrabání listů a uváděli, že ergoterapie je léčba prací. Nicméně většina klientů o tyto pracovní aktivity nejeví zájem. To souvisí s věkem klientů, kterým je v průměru 85 let a více. Jsou i klienti, kterým pracovní aktivity baví a vyhledávají je. Někteří pracovníci do ergoterapie též zahrnuli podporu soběstačnosti a cvičení. Téměř všichni pracovníci se zmínili i o

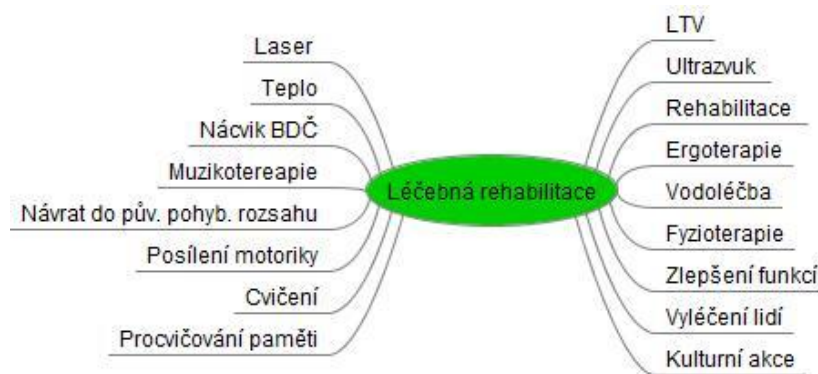
smyslové aktivizaci, která se v zařízení teprve rozvíjí. Vzhledem k pokročilému věku klientů se zařízení spíše soustředí právě na onu smyslovou aktivizaci. Smyslovou aktivizaci považují za velmi prospěšnou všichni pracovníci. Při smyslové aktivizaci klienti například pečou, připravují pomazánky nebo si sami něco vyrábí a to vše, aby se zdokonalili v soběstačnosti a vzpomněli si na to, co dřív uměli.

Na otázku, jaké léčebné postupy přispívající k lepšímu zdravotnímu stavu klientů, jsou v zařízení, pracovníci odpovídali, že léky, biolampa, smyslová aktivizace, ale i různé aktivizační kroužky. Dále uváděli, že zdravotní stav klientů zlepšují i lékaři, kteří do zařízení docházejí. Jedna pracovnice uvedla i hipoterapii, která se však v zařízení neprovádí.

Když pracovníci měli říci, co jim z léčebné rehabilitace v zařízení chybí nebo by ještě doplnili, shodli se jasně na tom, že by zařízení potřebovalo ještě více fyzioterapeutů a další různé terapie jako například vodoléčbu a canisterapii, které v zařízení obě dříve byli, ale v současné době tam chybí. Zároveň jeden z pracovníků uvedl jako problém to, že canisterapie nebo felinoterapie je příliš drahá. Co se pak týče hromadných aktivit a činností, pracovníci uváděli, že pro klienty, kteří se chtějí účastnit, je v zařízení opravdu velký výběr.

Shrnutí DVO č. 1:

Pracovníci vnímají léčebnou složku rehabilitace nejčastěji jako samotnou rehabilitaci a cvičení, které provádí fyzioterapeuti příp. pracovníci v sociálních službách, kteří také s klienty každodenně cvičí. Přínos léčebné rehabilitace spatřují ve zlepšení určitých funkcí klientů a jejich pohybového rozsahu, což dále přispívá k zachování soběstačnosti. Význam této složky rehabilitace spatřují pracovníci i v tom, že tato složka má léčit lidi. Dále si pracovníci s léčebnou rehabilitací spojují i léčbu pomocí laseru, tepla, vody, ultrazvuku, muzikoterapii, ergoterapii, kulturní akce, procvičování paměti a běžných denních činností ad. To, co se pracovníkům vybaví, když se řekne léčebná rehabilitace a co do ní patří, zachycuje následující myšlenková mapa (obr. č. 1).



Obrázek. č. 1 – Léčebná rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum

13.3 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 2

Dílčí výzkumná otázka č. 2 zní: Jak vnímají pracovníci pracovní složku koordinované rehabilitace?

Otázek v rozhovoru, které měly zodpovědět tuto DVO č.2, bylo šest a zjišťovaly, co si pracovníci představují pod pojem pracovní rehabilitace, co do ní patří, jak se v zařízení klienti mohou pracovně realizovat a opět zazněla i otázka co by pracovníci doplnili nebo co si myslí, že by klienti uvítali v rámci pracovní rehabilitace.

V otázkách na pracovní rehabilitaci si pracovníci již nebyli tolik jistí jako u léčebné rehabilitace. Někteří nevěděli co si pod pracovní rehabilitací představit a někteří pracovníci rehabilitaci vnímají stejně jako ergoterapii nebo léčbu prací. *„Tak já bych to asi viděla něco jako ergoterapie. Nějaký možná zařazení se jako do toho co zvládali dřív.“*

Do pracovní rehabilitace zařazují pracovníci ve většině případů pečení, hrabání listí a další pracovní aktivity, a to vše s ohledem na zdravotní stav klienta. Pracovní aktivity s klienty v zařízení provádí výchovně nepedagogický personál. Je také důležité, aby klienti neztratili pracovní návyky, a aby opět dělali to, co dělali dříve.

Někteří pracovníci se též v odpovědích shodli, že pracovní rehabilitace se již seniorů netýká, že tato složka rehabilitace se využívá spíše u mladých osob, případně u osob se zdravotním postižením. *„Tady jsou vesměs ležící imobilní klienti, takže s těma můžete těžko něco dělat. Já tady nemám klienty, abych s nima mohla dělat pracovní terapii. My*

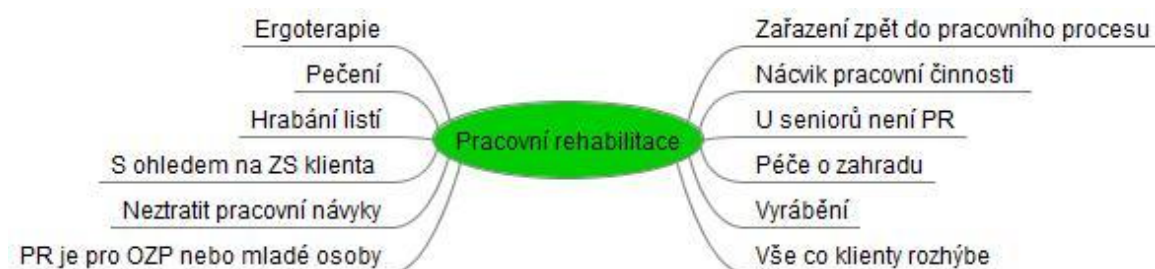
se spíše soustředíme na smyslovou aktivizaci pro klienty opravdu s těžkým stupněm demence.“

Pracovníci vidí možnosti, kde se mohou klienti pracovně uplatnit, zejména v péči o zahradu, zalévání kytek, práci v kuchyni jako je pečení nebo i prostírání k obědu, vyšívání, výrobě různých výrobků, kde klienti procvičí i jemnou motoriku, dále pak v malování hrnečků nebo talířků, které pak sami využívají ad. Jde v podstatě o *„všechno co je nějak rozhejbe běžně a je to vlastně rehabilitace.“* Pracovníci se domnívají, že pracovních činnosti, do kterých by se mohli klienti zapojit, je dostatek. Nicméně na většinu prací po zařízení jsou v zařízení údržbáři. Pokud klienti chtějí, mohou pomáhat i personálu. *„Snažíme se u lidí, co dřív bývali úřednice, přičemž se dostávají do nějakého stavu demence, tak jim nabízíme, že se tady můžou jakoby realizovat, že si můžou sednout k tomu počítači a můžou nám pomáhat s papírama, ale jsou to takový uměle vytvořené věci, který nejsou nijak koordinovaný.“*

Na otázku, co si pracovníci myslí, že by v rámci pracovní rehabilitace klienti v zařízení uvítali, odpovídali například, že možná pro mladší pány by připadala v úvahu dílnička, dále pak práce na zahradě jako třeba sázení bylinek ad. Nicméně je to velmi individuální a je nutné se zeptat přímo klientů, protože každého baví něco jiného.

Shrnutí DVO č. 2:

Pracovníci vnímají pracovní rehabilitaci většinou stejně jako samotnou ergoterapii. Někteří z pracovníků vidí pracovní rehabilitaci reálnou spíše při práci s osobami se zdravotním postižením a jejich zařazení zpět do pracovního procesu. U seniorů pracovní rehabilitaci nepřikládají takový význam. Do pracovní terapie pak nejčastěji zahrnují třeba pečení, hrabání listí, péče o zahradu, vyrábění a všechny další možné činnosti, při kterých klienti něco dělají, aktivizují se a vše, co je rozhýbe. Vše je důležité dělat s ohledem na klientům zdravotní stav. Veškeré tyto činnosti pomáhají klientům neztratit pracovní návyky. To, co se pracovníkům vybaví, když se řekne pracovní rehabilitace, a co do ní patří, zachycuje následující myšlenková mapa (obr. č. 2).



Obrázek č. 2 – Pracovní rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum

13.4 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 3

Dílčí výzkumná otázka č. 3 zní: Jak vnímají pracovníci pedagogickou složku koordinované rehabilitace?

Otázek v rozhovoru, které měly zodpovědět tuto DVO č.3, bylo pět a zjišťovaly, co se pracovníkům vybaví, když se řekne pedagogická rehabilitace, co do ní patří, jaké možnosti v zařízení mají klienti ke vzdělávání, a jaký by pracovníci měli návrh ke vzdělávání klientů.

U pedagogické rehabilitace se pracovníkům nejčastěji vybavilo trénování paměti. Poté také učení, učitel, studium, vzdělávání, znovu nabývání vědomostí, zpívání, promítání filmů, přednášky ad. *„Měli jsme tady třeba studenty ze Španělska, kdy oni pak s překladatelem udělali takový sezení s téma klientama a oni se ptali na Španělsko. Hlavně je teda zajímavá v kolika se ve Španělsku odchází do důchodu, a jak tam probíhá jejich pracovní den. Protože tady u nás je taková představa, že Španělé a Italové to je jenom sluníčko a pohoda.“*

Ke vzdělávání klientům v zařízení slouží také knihovna nebo počítače, které mohou využívat. Klienti se mohou vzdělávat skupinově nebo individuálně prostřednictvím aktivit, jako je třeba právě trénování paměti nebo hraní společenských her. Tyto aktivity s klienty provádí výchovně nepedagogický personál.

U seniorů je vzdělávání omezeno vzhledem k jejich věku a tomu, že velká část klientů zařízení trpí demencí. U takového věkového složení klientů je vhodné provádět reminiscenční aktivity nebo smyslovou aktivizaci. *„Máme tady smyslovou aktivizaci a tam ty lidi taky vzpomínají. Ta smyslová aktivizace jede ve skupinách a lidi vzpomínají. Ke každému tématu máme pak hodinový setkání, takže tam si vzpomínají. A tam po*

pravdě řečeno používají i vlastně tu rehabilitaci prací, protože tam někdy pomáhají, krájíme, podle toho co se zrovna děje. Někdy vzpomínají, někdy trénují paměť, mají tam křížovky, různé rébusy. Jo ale je to hodně o vzpomínání.“ „Ta smyslovka je taková širokospektrální, tam se setká leccos. Včetně vůní a čichu a vjemů a všeho. A i se jim to líbí.“ „V osmdesátipěti já už je opravdu nechci nic učit. Já s nima chci dělat tu smyslovou aktivizaci a doprovodit je do konce jejich života.“

Jako návrh dalších činností, kde by se klienti mohli vzdělávat, pracovníci uváděli kupříkladu více výletů nebo arteterapii. *„Ta arteterapie, to je to kreslení, tak možná to kreslení, že by třeba mohlo odhalit kdyby třeba byl někdo v depresích. To tady asi nikdo nemá ten kurs, to vzdělání, tu arteterapii nebo bazalku (bazální stimulace). Na tu jsme se hlásili a na tu čekáme.“* Značná část pracovníků si také myslí, že nabídka v zařízení je již dostačující a nemají žádný jiný návrh na činnosti, při kterých by se mohli klienti vzdělávat.

Shrnutí DVO č. 3:

Pracovníci vnímají pedagogickou složku rehabilitace jako všemožné aktivity, společenské hry, smyslovou aktivizaci, učení a studium, přednášky, reminiscenci, čtení, zpívání, de facto vše, co klienty může něco naučit a kde znovu nabývají vědomostí. K těmto účelům slouží klientům knihovna přímo v zařízení a možnost přístupu k počítačům. Nejčastěji se pracovníkům vybavilo trénování paměti a smyslová aktivizace. Nicméně vzhledem k věku klientů, je stejně jako pracovní rehabilitace i pedagogická rehabilitace u seniorů omezena. To, co se pracovníkům vybaví, když se řekne pedagogická rehabilitace, a co do ní patří zachycuje následující myšlenková mapa (obr. č. 3).



Obrázek č. 3 – Pedagogická rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum

13.5 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 4

Dílčí výzkumná otázka č. 4 zní: Jak vnímají pracovníci sociální složku koordinované rehabilitace?

Otázek v rozhovoru, které měly zodpovědět tuto DVO č.4, bylo šest a zjišťovaly, co se pracovníkům vybaví, když se řekne sociální rehabilitace, co do ní patří, jakým způsobem pomáhají v zařízení klientům k zachování jejich soběstačnosti, jaké volnočasové aktivity pomáhají klientům navazovat, udržovat a prohlubovat mezilidské vztahy a vztahy s rodinou. Poslední otázkou bylo, kdo má na starosti sociálně právní záležitosti klientů.

Pracovníci si pod pojmem sociální rehabilitace nejčastěji představují začlenění se do společnosti, seznamování, sociální integraci nebo zlepšení se v sebeuplatňování „*Aby zvládali vyřídit si poštu a tak.*“ Tuto složku koordinované rehabilitace dle pracovníků provádí sociální pracovník a výchovně nepedagogický personál.

Nepřepečovávat klienty a nechat je udělat to, co zvládnou sami. To je základním bodem v pomoci k zachování soběstačnosti klientů, na kterém se shodli všichni pracovníci. „*Podporujeme je v tom, aby to, co jako dokážou, tak dokázali. Psychicky je hodně podporujeme, rozmlouváme s nima a nebo prostě dopomůžeme, aby to zvládli.*“ „*Ty schopný klienty se snažíme aktivizovat v tom, aby si došli sami na tu pokladnu, vyřídili si ty peníze a pokud mají zaplatit SIPO, tak aby dostali instrukce, co mají dělat, personál je doprovodí na poštu, ale aby si na tu poštu došli sami, aby se sami jakoby podíleli na tom, co umí, co ještě zvládnou, jenom třeba nechtějí.*“ K soběstačnosti klientům pomáhá i koncept smyslové aktivizace, při němž si nacvičují každodenní činnosti.

Navazovat, udržovat a prohlubovat mezilidské vztahy mají klienti možnost na zahradě v pergole, kde se schází nebo v jídelně, kde se společně stravují. V zařízení probíhá také spousta akcí jako je třeba masopust, maškarní, písničkové programy, kavárničky, hospůdky, ale také dobrovolníci, kteří za klienty chodí a další aktivity, které v zařízení probíhají. „*Ty lidi v podstatě se setkávají i z jinejch pater a poznávají se navzájem. Kolikrát tady mezi sebou najdou, že jsou příbuzní, nebo že jsou tady spolupracovníci, který se na těch setkáních uviděj a jsou rádi, že se viděj a pak se i navštěvujou sami.*“

Klienti mají možnost také mezigeneračního setkání, protože do zařízení dochází děti z mateřských školek a dalších škol. Akce „čaje jako za mlada“ navštěvují i osoby zvenčí a pomáhají tím udržovat klientům kontakt i s lidmi mimo zařízení.

Při udržování kontaktu s rodinou klientů dopomáhá zařízení tak, že nemá žádné návštěvní hodiny. Rodina může přijít kdykoliv, samozřejmě s ohledem na případného spolubydlící klienta. Pracovníci využívají i telefonického kontaktu s rodinou klientů. *„My vlastně u každého klienta máme složku. Víme jakoby kdo je rodina nebo co má za rodinu, jaký má vztahy, s kým se stýká, nestýká, takže ve chvíli když víme, že tam třeba syn od nějakého klienta standardně chodí a najednou přestal chodit, tak opravdu voláme, jestli se něco stalo, jestli přijde. Když se člověku stejská, tak se snažíme nějak tu rodinu.“* Na své blízké se členové rodiny kdykoliv mohou zeptat kohokoli z personálu.

Na otázku, kdo z personálu zařízení má na starosti sociálně právní záležitosti klientů, se všichni pracovníci shodli, že sociální pracovníci. *„Zařizuje všechno sociální pracovnice. Ta nám vždycky sdělí, co potřebujeme nebo prostě přinese ty základy od toho klienta, když nabírají nový nebo všechno zjistí, co měl rád a tohle, aby sme věděli ty základní věci.“*

Shrnutí DVO č. 4:

Pracovníci vnímají sociální rehabilitaci tak, že je to něco, co se týká vztahů a to především jako začleňování do společnosti, seznamování, povídání si nebo pomoc klientovi v tom, aby si záležitosti uměl sám zařídit. S touto složkou rehabilitace mají pracovníci spojenou i sociální integraci a zlepšování klienta v sebeuplatnění. Tuto složku rehabilitace provádí dle pracovníků sociální pracovník. To, co se pracovníkům vybaví, když se řekne sociální rehabilitace a co do ní patří zachycuje následující myšlenková mapa (obr. č. 4)



Obrázek č. 4 – Sociální rehabilitace

Zdroj: vlastní výzkum

13.6 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 5

Dílčí výzkumná otázka č. 5 zní: Jak vnímají pracovníci spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu v konceptu koordinované rehabilitace?

Otázek v rozhovoru, které měly zodpovědět tuto DVO č.5, bylo dvanáct a zjišťovaly, co se pracovníkům vybaví, když se řekne multidisciplinární tým a jeho role v péči o klienty, jakým způsobem probíhá v zařízení spolupráce, dále bylo zjišťováno jakou pracovní náplň má zdravotnický personál, pracovník v sociálních službách, sociální pracovník a klíčový pracovník. Zjišťováno také bylo, jak probíhá v zařízení individuální plánování, supervize, a co by mohlo přispět k lepší spolupráci jednotlivých pracovníků zařízení.

Multidisciplinární tým nadpoloviční většina pracovníků vnímá jako tým odborníků nebo tým složený z více složek, kde všichni dohromady spolupracují, setkávají se a diskutují nad situací klienta. Do tohoto týmu dle pracovníků patří nejen personál ze zdravotnického a sociálního úseku, ale také ředitel zařízení, uklízečky a kuchařky. Zbylí pracovníci uvedli, že neví co je multidisciplinární tým. Multidisciplinární tým má v péči o klienta sloužit k zajištění všech jeho potřeb a k co nejlepšímu ošetření.

Spolupráce mezi pracovníky zařízení se uskutečňuje mezi všemi pracovníky kdykoliv je potřeba nebo při poradách a schůzích. Spolupráce začíná již při přijetí nového klienta. *„Sociální pracovnice je u něj první a vždycky vlastně je to už zadaný do počítače, řekne nám co a jak, my zase jí, takže ta komunikace mezi zdravotním úsekem a sociálním úsekem funguje velice dobře.“* Porady v zařízení probíhají každý týden na každém patře a účastní se jich pracovníci z daného patra, tzn. pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, fyzioterapeutky a sociální pracovnice. *„Na poradách se probírají klienti, provozní věci, cokoliv kdo co má“.* Schůze mají i staniční sestry s vrchní sestrou nebo ředitel s vrchní sestrou a vedoucí sociálního úseku. Pracovníci si průběžně předávají aktuální informace, buď prostřednictvím programu Cygnus, a nebo ústně. *„Třeba se někdo něco dozví o klientovi, tak to řekne dál.“*

Pracovníci se také schází a komunikují spolu při individuálním plánování, které mají na starosti klíčoví pracovníci. Pracovníci se domnívají, že spolupráce a komunikace v zařízení probíhá bezproblémově. *„Se domlouváme, aby to bylo dobře pro ty lidi. S téma nepedagogickými pracovníkama, taky s rehabilitační pracovníci, sociální*

pracovníci sem chodí mezi nás. Jo aby to prostě šlapalo. Ta komunikace tady musí bejt“. Spolupracovat v rámci týmu je nutné i ze strany personálu kuchyně, prádelny a údržby. Podle pracovníků spolu nejčastěji spolupracují zdravotní sestry s pracovníky v sociálních službách a fyzioterapeuti. Dále také pracovníci v sociálních službách se sociálními pracovníci. V neposlední řadě se zdravotnickým personálem spolupracuje i doktorka docházející do zařízení.

Zdravotnický personál má dle jednotlivých pracovníků na starosti léky, zařizování lékařů, ošetřování, převazy, inzuliný, hlídání hlavních vyšetření, sledování zdravotních problémů, zařizování sanitek, odebírání krve a vzorků a měření tlaku. Při úmrtí klienta pak také komunikuje zdravotnický personál s jeho rodinou a pohřební službou. Zdravotnický personál mimo jiné edukuje klienty ohledně jejich zdraví. *„Třeba když je ten člověk diabetik a láduje se sladkým, tak ho edukuje a snaží se ho učit. Když se objeví nějaká choroba, kterou neznají a jsou z toho vyděšeni, tak si s nima o tom povídáme a snažíme se je zklidnit.“*

Značnou část činností mají na starosti také pracovníci v sociálních službách. Ti mají na starosti denní chod zařízení. Klientům podávají stravu, oblékají je, svlékají, polohují, provádí hygienu, dbají o čistotu klienta, doprovázejí klienty ven, klienty odvádí na aktivity, kde tyto aktivity vede výchovně nepedagogický personál. Starají se i o soupis prádla klienta a přebírají ho poté v prádelně. Klíčoví pracovníci s klientem také individuálně plánují.

Pracovní náplň sociální pracovníka spatřují pracovníci v tom, že zajišťuje právní a finanční věci klientů, má na starosti příspěvek na péči, uzavírání smluv, komunikaci s úřady a doprovody na úřad, sociální šetření, stížnosti klientů ad. Při přijetí se klienta ujímá jako první právě sociální pracovník a vyřizuje s ním všechny věci týkající se přijetí. Vyřizují i záležitosti týkající se úmrtí klienta. Sociální pracovník také pomáhá pracovníkům v sociálních službách s individuálním plánováním.

Někteří pracovníci v sociálních službách jsou v tomto zařízení i klíčovými pracovníky, což obnáší ještě navíc sestavování individuálního plánu a nastavení služby s klientem. *„Je to takovej most mezi klientem a ostatníma pracovníkama“.* Klient by měl klíčovému pracovníkovi důvěřovat a sdělovat mu své pocity, a to co potřebuje. Klíčový pracovník to pak šíří k ostatnímu personálu, aby věděl jak o klienta pečovat. *„Klíčový pracovník má na starosti určitý lidi. Někdy se hlídá u těch lidí jako komplet celého toho člověka,*

aby byl v čistotě, stoleček, skříňě takový věci. Zjišťuje o něm, co potřebuje nebo co si dal do toho individuálního plánu. Bud' ho vyváží i na ty procházky nebo spolupracuje s rodinou nebo nákupy a takový věci, když něco potřebuje, bud' se zavolá rodině a nebo se domluvim já s pani nebo s pánem, jestli to chce koupit, takže takhle se domlouváme.“

Individuální plánování v zařízení probíhá individuálně v počítačovém programu Cygnus. Každý klíčový pracovník má na starost zhruba čtyři klienty, se kterými individuálně plánuje. Na individuálním plánu se podílejí i ostatní pracovníci. Individuální plán obsahuje nastavení péče, přání a cíle klienta ad. Následně je průběžně vyhodnocován. Klíčový pracovník spolu s ostatními pracovníky sbírají o klientu informace prostřednictvím rozhovoru i pozorování. *„Musí cíleně vést otázky, aby se dozvěděli o tom člověku co nejvíc, ale aby zase ten člověk neměl pocit, že je vyzpovídanej.“*

Individuální plán je sestavován dle zdravotního stavu klienta. Cíle v něm by měly být měřitelné. *„My to koordinujem jako sociální pracovníce, takže ve chvíli, kdy si ten klíčovej pracovník není jistej, neví si rady nebo potřebuje poradit a nebo zjistíme, že je něco špatně, tak jakoby....my to v uvozovkách zaštiťujem, ale dělá si to klíčovej pracovník sám.“*

Supervize v zařízení probíhá zhruba jednou ročně, přičemž četnost závisí na množství finančních prostředků, které má zařízení k dispozici. Na supervizi se probírají především problémy zaměstnanců zařízení. Supervize probíhá po jednotlivých patrech zařízení hlavně týmově, nicméně při potřebě lze udělat i supervizi individuální. Z výzkumu vyplývá, že pracovníci k supervizi nemají příliš kladný vztah a berou ji spíše jako povinnost. *„Probíhá to tak, že na nás má pani dvě hodiny, tudíž se sejdeme tak dva úseky v rámci té supervize najednou, aby sme byli za půl hodiny venku, takže je to supervize taková nucená.“*

Poslední otázka v rozhovoru zjišťovala, co si pracovníci myslí, že by mohlo přispět k lepší spolupráci pracovníků v zařízení. Většina je se spoluprací mezi pracovníky a komunikací spokojena a myslí si, že vše funguje dobře. Někteří uvedli například, že by bylo potřeba zlepšit komunikaci mezi zdravotnickým personálem a vedením, nebo že by se měl ředitel zařízení účastnit porad pravidelně. Dále byla vyjádřena přání jako, že by se měl více stmelit kolektiv a to prostřednictvím neformálních akcí typu vánočního večírku, nebo že by k dobré spolupráci přispěl dostatek personálu.

Shrnutí DVO č. 5:

Pracovníci vnímají multidisciplinární tým jako tým odborníků složený z více složek, do kterého mimo jiné zahrnují třeba i kuchařky a uklízečky. Někteří pracovníci neví, co si pod pojmem multidisciplinární tým představit. Práci v multidisciplinárním týmu vidí přínosnou v tom, že klientovi zajišťuje všechny jeho potřeby a ošetření. Spolupráci a komunikaci v týmu hodnotí pracovníci převážně velmi kladně. Spolupráce probíhá při poradách, schůzích nebo individuálním plánování kdykoliv, když je potřeba. Nejčastěji spolu dle pracovníků spolupracují zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách. To, co se pracovníkům vybaví, když se řekne multidisciplinární tým zachycuje následující myšlenková mapa (obr. č. 5).



Obrázek č. 5 – Multidisciplinární tým

Zdroj: vlastní výzkum

14 Diskuze

Diskuze k dílčí otázce č. 1: Jak vnímají pracovníci léčebnou složku rehabilitace?

První část rozhovoru byla zaměřena na léčebnou složku rehabilitace. Otázky pokládané pracovníkům zařízení zjišťovaly, co se jim vybaví, když se řekne léčebná rehabilitace a co do ní patří, kdo se v zařízení podílí na zajištění zdravotní péče, jak v zařízení probíhá muzikoterapie, terapie pomocí zvířat, arteterapie, ergoterapie a fyzioterapie, jaké klienti mají možnosti ke cvičení ad.

Pod pojmem léčebná rehabilitace se pracovníkům nejčastěji vybaví cvičení nebo rehabilitace, zejména po úrazech, která má za cíl vrátit klienty do jejich původního pohybového rozsahu a udržet jejich soběstačnosti. Pracovníci odpovídali také, že léčebná rehabilitace se provádí za účelem zlepšit funkce klienta. Tyto činnosti jsou prováděny fyzioterapeuty, popřípadě pracovníky v sociálních službách. Jankovský (2006) uvádí, že léčebná složka rehabilitace se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch a dále také na eliminaci následků zdravotního postižení.

Pracovníci do léčebné rehabilitace řadí například LTV, vodoléčbu, termoléčbu, ergoterapii a s tím spojený nácvik běžných denních činností, muzikoterapii, cvičení ad. To potvrzuje i Jankovský et al. (2005), který do léčebné rehabilitace řadí fyzikální terapii, jež se skládá z různých druhů masáží, elektroléčby, léčby ultrazvukem, magnetoterapie, léčby světlem, laserového záření, léčby teplem, vodoléčby a také balneologie.

Na zajištění zdravotní péče se dle pracovníků v zařízení podílejí téměř všichni zaměstnanci. Přímo se na zdravotní péči podílí zdravotnický personál, který tvoří zdravotní sestry a fyzioterapeutky. Do zařízení též dochází praktický lékař. Na zajištění zdravotní péče se podílejí i sanitáři a pracovníci přímé obslužné péče. Hrozenková, Dvořáčková (2013) uvádějí, že základem této zdravotní péče je praktický lékař, který uplatňuje prevenci primární, sekundární i terciární. Spolupracuje jak s rodinou, tak i s dalšími složkami primární péče, například s pečovatelskou služkou (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

Muzikoterapii dle pracovníků provádí speciálně vyškolený terapeut a v zařízení neprobíhá. V zařízení probíhá tzv. muzicírování, při němž výchovně nepedagogický

personál s klienty zpívá a hraje na kytaru. Do zařízení také docházejí externí osoby, které hrají na harmoniku nebo housle. Senioři v domovech pro seniory hudbu nejen poslouchají, ale také rádi sami zpívají, což napomáhá ke zlepšení komunikace (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Terapie pomocí zvířat bohužel v současné době v Domově pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská neprobíhá. Dříve však do zařízení externě docházela paní s pejskem na canisterapii. Canisterapii můžeme využít u tělesně postižených, mentálně postižených, starých lidí, ale i zdravých lidí (Anitera, 2009). V zařízení má pouze jedna klientka na pokoji svého vlastního ptáčka. To, aby byla v zařízení opět canisterapie si přejí všichni pracovníci. Nerandžič (2006) popisuje, že zvířata zlepšují kolektivní psychickou atmosféru ve zdravotnických zařízeních, v ústavech sociální péče, v domovech důchodců i v domácnosti. V domovech pro seniory a v ústavech sociální péče zvířata zmírňují také potíže s adaptačním stresem nově příchozích (Nerandžič, 2006). V domovech důchodců fungují buď návštěvní programy zvířat, nebo je zvíře chováno v zařízení nastálo (Nerandžič, 2006).

Pod arteterapií si pracovníci zařízení představují vyrábění, malování a nejrůznější ruční práce, které zde probíhají. Tyto činnosti s klienty provádí pracovníci v sociálních službách. Jak uvádí Šicková-Fabrici (2016), arteterapie znamená léčbu výtvarným uměním. Výtvarnými prostředky může být kresba, malba, práce s různými materiály, zejména pak keramika (Jankovský, 2006). U seniorů je využívána arteterapie především při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty a jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky (Šicková-Fabrici, 2016). Pomáhá seniorů se vyrovnat s adaptací na novou životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifickým důchodového věku a s ním spojených změnách (Šicková-Fabrici, 2016).

Pod ergoterapií si pracovníci nejčastěji představovali činnosti jako je pečení, vyrábění, hrabání listí a uvádějí, že ergoterapie je léčba prací. Holczerová, Dvořáčková (2013) uvádějí, že ergoterapeutické činnosti se zaměřují na aktivity typu kutění, opravování, zahradnické práce, vaření či pletení. Ergoterapii chápeme jako léčbu smysluplnou činností, ale neměli bychom ji zaměňovat za pracovní rehabilitaci (Svěčená, Švestková, 2014). Pracovníci často ergoterapii zařazovali i do pracovní složky rehabilitace. Někteří pracovníci do ergoterapie též zahrnuli podporu soběstačnosti a cvičení. Toto potvrzuje i Svěčená, Švestková (2014), které rozčleňují oblasti, kterým se ergoterapie věnuje takto:

soběstačnost, evaluaci bytu a bezbariérovost, motoriku a funkci horních končetin, kognitivní funkce, ergodiagnostiku, program dne a volnočasové aktivity.

Fyzioterapii v zařízení mají na starosti dvě fyzioterapeutky a probíhá individuálně. Pro fyzioterapii má zařízení vyhrazenou také jednu místnost. Fyzioterapeutky v zařízení provádějí masáže, procvičují s klienty chůzi a rozcvičují různé části těla. I s klienty upoutanými na lůžko, kteří nemohou chodit, mohou fyzioterapeutky cvičit a to například prostřednictvím pasivních pohybů. Zeman (2014) uvádí, že k hlavním léčebným metodám ve fyzioterapii patří kinezioterapie. Jejím cílem je dosažení správného provedení pohybu, jeho fixace a také zautomatizování těchto pohybů (Zeman, 2014). Efektem může být zvýšení nebo udržení rozsahu pohybu v kloubu, síly, rychlosti, koordinace a kontroly pohybu a relaxace a dále pak adaptability kardiovaskulárního a respiračního aparátu na pohybovou zátěž (Zeman, 2014). Tyto služby fyzioterapie jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a jsou na doporučení lékaře.

Dalšími možnostmi, které mají klienti zařízení ke cvičení, je například jízda na rotopedu. Pracovníci v sociálních službách s klienty cvičí každý den. Toto cvičení probíhá na židlích a procvičuje horní a dolní končetiny a dýchání. Cvičit klienti mohou i při různých hrách jako je třeba házení šipek a další soutěže, které v zařízení probíhají.

Další léčební postupy, které přispívají k lepšímu zdravotnímu stavu klientů, jsou dle pracovníků: léky, biolampa, smyslová aktivizace, ale i různé aktivizační kroužky.

Téměř všichni pracovníci se v souvislosti nejen s léčebnou rehabilitací zmínili i o smyslové aktivizaci, která se v zařízení teprve rozvíjí. Při smyslové aktivizaci klienti v zařízení například pečou, připravují pomazánky nebo si sami něco vyrábí a to vše, aby se zdokonalili v soběstačnosti a vzpomněli si na to, co dřív uměli. Vzhledem k věku klientů zařízení je smyslová aktivizace základním bodem rehabilitace klientů. Smyslová aktivizace je cílená a na potřeby orientovaná aktivizace na podpora starých lidí a demencí postižených osob (Institut smyslové aktivizace, 2018). Smyslová aktivizace osloví smysly člověka, jež jsou klíčem k jeho schopnostem (Institut smyslové aktivizace, 2018). To mohou být známé obrázky, slova, vůně, zvuky, hmatem poznávané předměty všedního dne, vůně bylinek, obvyklé pohybové činnosti nebo známé texty písní (Institut smyslové aktivizace, 2018). Prostřednictvím toho se pak znovu vyvolávají vzpomínky, probudí paměť a umožní verbální a neverbální

komunikace, s cílem uspokojení potřeb, udržení kvality života a zajištění smysluplného a plnohodnotného života ve stáří (Institut smyslové aktivizace, 2018).

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 2: Jak vnímají pracovníci pracovní složku rehabilitace?

Z výzkumu vyplývá, že pracovníci často nevěděli co si pod pracovní rehabilitací představit a někteří pracovníci rehabilitaci vnímají stejně jako ergoterapii nebo léčbu prací. Do pracovní rehabilitace zařazují pracovníci ve většině případů pečení, hrabání listů a další pracovní aktivity. Klienti se v zařízení mohou pracovní uplatnit zejména v péči o zahradu, zalévání kyttek, práci v kuchyni jako pečení nebo i prostírání k obědu, vyšívání, výrobě různých výrobků, kde klienti procvičí i jemnou motoriku. Pracovní aktivity s klienty v zařízení provádí výchovně nepedagogický personál. Je důležité, aby klienti neztratili pracovní návyky, a aby opět dělali to, co dělali dříve. Někteří pracovníci uvedli, že pracovní rehabilitace se snaží o zařazení lidí zpět do pracovního procesu a seniorů se již netýká. Dále také, že pracovní složka rehabilitace se využívá spíše u mladých osob, případně u osob se zdravotním postižením. Dle Šestáka (2014) jsou konkrétními nástroji a prostředky pracovní rehabilitace tyto: sociální služby (sociálně terapeutická dílna), tranzitní programy a podporované zaměstnávání, chráněné pracovní místo nebo zaměstnavatel zaměstnávající více než 50 % osob se ZP. Z tohoto vyplývá, že pracovní rehabilitace je skutečně prvotně orientovaná na osoby se zdravotním postižením. Dokládá to i portál MPSV (2018) na jehož stránkách je pracovní rehabilitace popsána jako souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce. Pracovní rehabilitace zahrnuje hlavně poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (MPSV, 2018).

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 3: Jak vnímají pracovníci pedagogickou složku rehabilitace?

Pracovníkům se nejčastěji vybavilo u pedagogické rehabilitaci trénování paměti. To povrzuje i Holczerová, Dvořáčková (2013), jež uvádí, že jednou z hojně využívaných volnočasových aktivit pro seniory v pobytových zařízeních je trénování paměti. Poté se

pracovníkům u pedagogické rehabilitace vybavilo i učení, učitel, studium, vzdělávání, znovu nabývání vědomostí, zpívání, promítání filmů, přednášky ad. Někteří pracovníci, stejně jako u pracovní rehabilitace, nevědí co si pod pojmem pedagogická rehabilitace představit. Tento fakt dokládá i Štramberská (2013), které uvádí, že pracovníci Domova pro seniory Kaplice podvědomí o možnostech pedagogické či pracovní rehabilitace příliš nemají. To může být způsobena tím, že tyto dvě složky rehabilitace v zařízení zastoupeny příliš nejsou (Štramberská, 2013). Stejně je tomu i v případě Domova pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. V domově pro seniory opět nelze mluvit o pedagogické rehabilitaci v pravém slova smyslu, protože ta jak konstatuje Votava (2005), je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Jejím cílem je dosáhnout u lidí se zdravotním postižením co možná nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace (Votava, 2005). Jankovský (2006) také uvádí, že i přesto, že je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější v období dětství a dospívání, je výchova (edukace) permanentní celoživotní proces. I přes výše uvedené lze některé aktivity prováděné v domově pro seniory také zařadit do této složky rehabilitace, protože jak konstatuje Emmerová (2012) má vést pedagogická složka rehabilitace buď k obnově původních prokázaných znalostí a dovedností a nebo cíleně budovat nové dynamické stereotypy.

Pracovníci zařízení uváděli, že klienti se mohou v zařízení vzdělávat v knihovně, která je přímo v zařízení nebo že mají k dispozici počítače. Také Emmerová (2012) uvádí, že pedagogická rehabilitace se může zaměřovat i na vzdělávání v počítačové technice. Špatenková, Smékalová (2015) uvádějí, že dalšími možnostmi při vzdělávání seniorů mohou být právě například knihovny.

Pracovníci uváděli i fakt, že u seniorů je vzdělávání omezeno vzhledem k jejich věku a tomu, že velká část klientů zařízení trpí demencí. U takového věkového složení klientů je vhodné provádět reminiscenční aktivity nebo smyslovou aktivizaci. Tvrzení, že do volnočasových aktivit pro seniory lze zařadit také reminiscenční terapie, potvrzuje i Holczerová, Dvořáčková (2013).

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 4: Jak vnímají pracovníci sociální složku rehabilitace?

Pracovníci sociální rehabilitaci vnímají nejčastěji jako začlenění se do společnosti, seznamování, sociální integraci nebo zlepšení se v sebeuplatňování. Tuto složku koordinované rehabilitace dle pracovníků vykonává sociální pracovník a výchovně nepedagogický personál, což potvrzuje i Votava (2005), který uvádí, že na sociální rehabilitaci se podílejí především sociální pracovníci, kteří mají na starosti poradenství, sociální šetření, pomoc při jednání s úřady ad. Emmerová (2012) uvádí, že sociální složka rehabilitace zahrnuje péči o zajištění soběstačnosti v domácnosti, péči o hygienu, oblékání ad. Pracovníci zařízení si jednoznačně myslí, že k zachování soběstačnosti klientů napomáhá nepřepočovávat je a nechat, aby to co jsou schopni zvládnout sami, opravdu sami udělali. Sociální rehabilitaci rovněž definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

Při sociální rehabilitaci je také důležité udržet seniory mimo sociální izolaci (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Pracovníci zařízení se shodují, že klienti mají v zařízení mnoho možností, jak navazovat, udržovat a prohlubovat mezilidské vztahy. Kupříkladu na zahradě v pergole, kde se schází nebo v jídelně, kde se společně stravují. V zařízení probíhá také spousta akcí jako je třeba masopust, maškarní, písničkové programy, kavárničky, hospůdky, ale také dobrovolníci, kteří za klienty chodí a další aktivity, které v zařízení probíhají. Klienti mají možnost také mezigeneračního setkání, protože do zařízení dochází děti z mateřských školek a dalších škol. Akce „čaje jako za mlada“ navštěvují i osoby zvenčí a pomáhají tím udržovat klientům kontakt i s lidmi mimo zařízení. Holczerová, Dvořáčková (2013) uvádějí, že mezigenerační solidarita a učení jsou také velmi důležité. Kontakt seniorů s rodinou, a to především s nejmladší generací (vnuky), by měl být při práci se seniory podporován (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Při udržování kontaktu s rodinou klientům dopomáhá zařízení tak, že nemá žádné návštěvní hodiny. Rodina může přijít kdykoliv, samozřejmě s ohledem na případného spolubydlící klienta. Pracovníci využívají i telefonického kontaktu s rodinou klientů.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 5: Jak vnímají pracovníci spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu v konceptu koordinované rehabilitace?

Multidisciplinární tým většina pracovníků vnímá jako tým odborníků nebo tým složený z více složek, kde všichni dohromady spolupracují, setkávají se a diskutují nad situací klienta. Votava (2005) popisuje rehabilitační tým jako tým, který tvoří skupina odborníků, kteří spolu vzájemně spolupracují při dosahování společných rehabilitačních týmů. Do tohoto týmu dle pracovníků patří nejen personál ze zdravotnického a sociálního úseku tzn. zdravotní sestry, fyzioterapeuti, pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci, ale také ředitel zařízení, uklízečky a kuchařky. Rehabilitační tým by měl být složený z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologa, sociální pracovnice, popřípadě i logopeda či speciálního pedagoga (Votava, 2005). Součástí mohou být samozřejmě dle typu zařízení i zdravotní sestry nebo protetičtí odborníci (Votava, 2005). Tým je tvořen jednak kmenovými zaměstnanci, ale i externími odborníky docházející k poskytovateli na základě smlouvy nebo některé flexibilní formy práce (Tajanovská, 2015). Pracovníci uváděli, že do zařízení dochází externě praktický lékař a psychiatr a také dobrovolníci. Dle Tajanovské (2015) členy multidisciplinárního týmu mohou být i dobrovolníci. Multidisciplinární tým dle pracovníků má v péči o klienta sloužit k zajištění všech jeho potřeb a k co nejlepšímu ošetření. Interdisciplinární týmy ve zdravotnictví mohou nabízet lepší a na klienta více zaměřenou péči (Gougeon et al., 2017). Bylo zjištěno, že interdisciplinární týmy mají pozitivní vliv na některé zdravotní výsledky klientů (Gougeon et al., 2017).

Spolupráce mezi pracovníky zařízení probíhá mezi všemi pracovníky kdykoliv je potřeba nebo při poradách a schůzích. Na poradách se probírají klienti, provozní věci a cokoliv co kdo má. Pracovníci si průběžně předávají aktuální informace, buď prostřednictvím programu Cygnus, a nebo ústně. Pracovníci se také schází a komunikují spolu při individuálním plánování, které mají na starosti klíčoví pracovníci. Jak uvádí Malíková (2011), organizovaná a fungující činnost pracovního týmu je zásadních faktorem úspěchu či neúspěchu při individuálním plánování. Tato týmová spolupráce má charakter tzv. multidisciplinárního týmu (Malíková 2011).

Zdravotnický personál má dle pracovníků na starosti léky, zařizování lékařů, ošetřování, převazy, inzulinu, hlídání hlavních vyšetření, sledování zdravotních problémů, zařizování sanitek, odebírání krve a vzorků a měření tlaku. Zdravotnický personál mimo jiné edukuje klienty ohledně jejich zdraví. Malíková (2011) uvádí, že v pobytových sociálních zařízeních pracuje řada nelékařských zdravotnických pracovníků, mezi které patří zdravotní sestry, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Všeobecná sestra dle Hynkové

(2013) poskytuje v domově pro seniory ošetrovatelskou péči, musí splňovat podmínky zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. V zařízení se kromě zdravotní sestry nachází také staniční a vrchní sestra. Staniční sestra se nachází na každém patře. Vrchní sestra je v zařízení jedna a plní zde vedoucí funkci.

Fyzioterapeut dle Malíkové (2011) provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti poruch pohybového aparátu na úseku léčebně preventivních zdravotnických zařízení, v lázeňských zařízeních, ústavech sociální péče a také v rehabilitačních zařízeních. V zařízení fyzioterapeutky s klienty cvičí individuálně na doporučení lékaře, buď na pokojích klientů, nebo ve speciální místnosti určené k tomuto účelu. Jedná se o nácvik chůze, kondiční cvičení nebo právě rozcvičování různých částí těla podle toho, co klienti mají za diagnózu. Pokud klient je pouze ležící, cvičí s nimi fyzioterapeutky tzv. pasivní pohyby.

Pracovníci v sociálních službách mají v zařízení na starosti denní chod zařízení. Klientům podávají stravu, oblékají je, svlékají, polohují, provádí hygienu a dbají o čistotu klienta, doprovázejí klienty ven, klienty odvádí na aktivity, kde tyto aktivity vede výchovně nepedagogický personál. Klíčoví pracovníci s klientem také individuálně plánují. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje pracovní náplň pracovníka v sociálních službách takto: pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách též říká, že náplní práce pracovníka v sociálních službách může být také působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti. Na tyto činnosti je v zařízení výchovně nepedagogický personál, který má za úkol především aktivizovat klienta. Zbylé výše popsané činnosti v zařízení vykonávají pracovníci přímé obslužné péče.

Pracovní náplň sociálního pracovníka spatřují pracovníci v tom, že zajišťuje právní a finanční věci klientů, má na starosti příspěvek na péči, uzavírání smluv, komunikaci

s úřady a doprovody na úřad, sociální šetření, stížnosti klientů, přijímání nových klientů vyřizování záležitostí týkají se úmrtí klienta ad. Sociální pracovník také pomáhá pracovníkům v sociálních službách s individuálním plánováním. Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách patří k činnostem sociálního pracovníka: sociální šetření, zabezpečování sociální agendy a řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, dále také zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Klíčový pracovník nebo také garant, osobně dohlíží na klienta účastníčím se skupinového programu a odpovídá vedoucímu organizace za průběh péče (Staňková, 2011). Garant vypracovává plán péče, monitoruje jeho dodržování, koordinuje součinnost s jinými službami nebo odborníky, konzultuje s klientem jeho osobní problémy a pokračuje v kontaktu s klientem i po skončené intenzivní péči (Staňková, 2011). V zařízení klíčový pracovník mimo činnosti, které vykonávají pracovníci přímé obslužné péče, sestavuje ještě individuální plán a nastavení služby. Dle pracovníků je to člověk, který by měl být klientovi nejbližší ze všech pracovníků.

Individuální plánování v zařízení probíhá individuálně a zaznamenává se do počítačového programu Cygnus. Na individuálním plánu se nepodílejí jen klíčoví pracovníci, ale i ostatní pracovníci. Individuální plán obsahuje nastavení péče, přání a cíle klienta ad. Klíčový pracovník spolu s ostatními pracovníky sbírají o klientu informace prostřednictvím rozhovory i pozorování. Haicl, Haiclová (2011) popisují individuální plánování jako proces kontraktování tedy dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude péče konkrétnímu uživateli poskytována.

Supervize v zařízení probíhá zhruba jednou ročně. Záleží na množství finančních prostředků, které má zařízení k dispozici. Supervize probíhá týmově. Týmová supervize je určena pro všechny členy týmu bez rozdílu pozice a zodpovědnosti (Vaska, 2012). Případně lze supervizi v zařízení v případě potřeby mít také individuálně. Individuální supervize se vyznačuje přítomností pouze dvou osob - supervidovaného a supervizora (Vaska, 2012). Na supervizi se probírají především problémy zaměstnanců zařízení. Pracovníci dle jejich odpovědí nepřikládají supervizi příliš velký význam, což je škoda,

protože jak uvádí Kodymová (2015), supervize napomáhá reflexi vzájemných vztahů pomáhajících profesionálů, prevenci problematické spolupráce, nalezení a udržení prostoru pro otevřenou komunikaci, efektivní součinnost i nalézání řešení vedených případů tak, aby tato témata mohla být v prostředí skupinových supervizí bezpečně otevřeně sdílena všemi členy multidisciplinárních týmů.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak domov pro seniory využívá jednotlivé složky konceptu koordinované rehabilitace. Domov pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích využívá všechny ze složek koordinované rehabilitace. Nejvíce je však využívána léčebná rehabilitace a sociální rehabilitace. Pedagogická a pracovní rehabilitace se vzhledem k cílové skupině uživatelů nevyužívá tak hojně.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaká je informovanost pracovníků domova pro seniory o konceptu koordinované rehabilitace? Většina pracovníků je o konceptu koordinované rehabilitace dobře informovaná. Někteří pracovníci nevědí, co si pod určitými pojmy představit, nicméně při osvětlení daného pojmu se i u nich prokazuje dobrá informovanost o koordinované rehabilitaci. Pracovníci mají přehled nejen o složce rehabilitace, která se jich bezprostředně týká, ale také o ostatních složkách koordinované rehabilitace.

Léčebnou rehabilitaci vnímají pracovníci především jako samotnou rehabilitaci a cvičení, které provádí fyzioterapeut nebo pracovníci v sociálních službách, kteří také s klienty každodenně cvičí a provádějí většinu aktivit a činností. Přínos léčebné rehabilitace vidí pracovníci ve zlepšení určitých funkcí klientů a jejich pohybového rozsahu, což dále přispívá k zachování soběstačnosti klientů.

Pracovní rehabilitaci pracovníci vnímají většinou totožně jako ergoterapii. Někteří z pracovníků spatřují využití pracovní rehabilitace spíše při práci s osobami se zdravotním postižením a u seniorů jí nepřikládají takový význam. Do pracovní rehabilitace nejčastěji zahrnují třeba pečení, hrabání listí a všechny další možné činnosti, při kterých klienti něco dělají a aktivizují se. Klienti mají možnost se v zařízení zapojit do jakýchkoliv činností a pomáhat i pracovníkům zařízení.

Pedagogickou rehabilitaci pracovníci vnímají jako různé aktivity, společenské hry, smyslovou aktivizaci, de facto vše, co klienty může něco naučit. Nejčastěji se pracovníkům u pedagogické rehabilitace vybavilo trénování paměti a smyslová aktivizace. Nicméně vzhledem k věku klientů je stejně jako pracovní rehabilitace i pedagogická rehabilitace u seniorů omezena. Klienti mají možnost se vzdělávat i prostřednictvím knihovny, která je v zařízení nebo na počítačích.

Sociální rehabilitaci pracovníci vnímají tak, že je to něco, co se týká vztahů, a to především jako začleňování do společnosti nebo pomoc klientovi v tom, aby si záležitosti uměl sám zařídit.

Multidisciplinární tým pracovníci vnímají jako tým odborníků složený z více složek, do kterého mimo jiné zahrnují třeba i kuchařky a uklízečky. Někteří pracovníci nevědí, co si pod pojmem multidisciplinární tým představit. Práci v multidisciplinárním týmu vidí zejména přínosnou v tom, že klientovi zajišťuje všechny jeho potřeby a ošetření. Spolupráci a komunikaci v týmu v daném zařízení hodnotí pracovníci převážně velmi kladně a jsou s ní spokojeni. Spolupráce multidisciplinárního týmu v zařízení probíhá například při poradách, schůzích nebo individuálním plánování a také kdykoli, když je potřeba. Nejčastěji spolu dle pracovníků spolupracují zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách.

Tato diplomová práce může být přínosná pro samotný Domov pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská, protože v něm mapuje využívání konceptu koordinované rehabilitace v praxi a spolupráci v multidisciplinárním týmu. Dále práce může sloužit i pro všechny osoby, které mají zájem se dozvědět více o službě Domov pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská.

K prohloubení dosavadních znalostí pracovníků o koordinované rehabilitaci, bych doporučila Domovu pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v rámci celoživotního vzdělání využít například kursu „Koordinovaná rehabilitace seniorů“, který bude probíhat na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity od 18.9.2018. Tento kurs je určen pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v oblasti sociální prevence, sociální péče a sociálního poradenství. Jako další doporučení bych uvedla nastavit v zařízení pravidelnou supervizi několikrát do roka. Jako poslední doporučení, které vyplývá z mého výzkumného šetření, bych uvedla možnost opětovného zavedení canisterapie, které by mohlo přispět ke zvýšené kvalitě života seniorů v tomto zařízení.

Výsledky výzkumného šetření zaměřeného na informovanost pracovníků o konceptu koordinované rehabilitace a její využívání byly předány managementu Domova pro seniory Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích a mohou posloužit jako zpětná vazba o informovanosti a vnímání této problematiky.

Seznam použité literatury

1. ANITERA, 2009. *Animoterapie.cz: Canisterapie* [online]. Praha: Anitera o.p.s [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://animoterapie.cz/canisterapie.htm>
2. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 318 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
4. BAŠTECKÁ, B. et al., 2016. *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-0940-9.
5. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. 2011a. Proces individuálního plánování. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 71-85. ISBN 978-80-904668-1-4.
6. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D. 2011b. Význam a přínos individuálního plánování pro organizaci. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 87-92. ISBN 978-80-904668-1-4.
7. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
8. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
9. ČGGS, 2017. [online]. Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost. [cit. 2017-11-03]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/Home/>
10. DDDV, 2017. *Zooterapie* [online]. České Budějovice: Domov důchodců Dobrá voda. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://www.domov-dobravoda.cz/index.php?oid=1912073>

11. EMMEROVÁ, M., 2014. Úvod – Co je to koordinovaná rehabilitace? In: MPSV ČR. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR, s. 5-12. ISBN 978-80-7421-052-5.
12. FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s. 149-150. ISBN 978-80-7394-461-2.
13. GAVRIELIDOU, M., ODELL-MILLER, H., 2017. An investigation of pivotal moments in music therapy in adult mental health. *The Arts in Psychotherapy*. 52(2), s. 50-62, doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.006
14. GÓMEZ-ROMERO, M., et al., 2016. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review. *Neurología*. 32(4), s. 253-263, doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.11.003
15. GOUGEON, L. et al., 2017. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 7(6), s. 29-37, doi.org/10.1016/j.xjep.2017.02.004
16. HABRCETL VÁ, L., 2013. Sociální záležitosti. In: HOLMEROVÁ, I. et al. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. s. 177-194. ISBN 978-80-204-3119-6.
17. HAICL, M., HAICLOVÁ, V., 2011. Individuální plánování v sociálních službách. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 21-34. ISBN 978-80-904668-1-4.
18. HAICL, M., 2011. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 35-44. ISBN 978-80-904668-1-4.
19. HEGYI, Ladislav et al., 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.

20. HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
21. HLUŠIČKOVÁ, T., GARDIÁNOVÁ, I., 2014. Farming therapy for therapeutic purposes. *Kontakt*. 16(1), s. 51-56, doi.org/10.1016/j.kontakt.2013.06.001
22. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
23. HORECKÝ, J., 2011. Klíčový pracovník v kontextu katalogu prací. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. s. 105-111. ISBN 978-80-904668-1-4
24. HROZENSKÁ M., 2013. Senioři. In: HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. s.12-51. ISBN 978-80-247-4139-0.
25. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
26. HYNKOVÁ, M. 2014. *Postavení a funkce všeobecných sester v domovech pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
27. JANEČKOVÁ, H., 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s.163-190. ISBN 80-7367-002-X.
28. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
29. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
30. JANKOVSKÝ, J. et al., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

31. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
32. JELÍNKOVÁ, J. et al., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
33. JURAŠKOVÁ, B., 2014. Senior a zdraví. In: HOLMEROVÁ, I. et al. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. s. 17-55. ISBN 978-80-204-3119-6.
34. KAMANOVÁ, I., 2016. Sociální práce so seniormi. In: OLÁH, M. (ed.) et al. *Sociální práce v praxi: nejčastější problémy praktické sociální práce*. Bratislava: IRIS - vydavateľstvo a tlač. s.192-213. ISBN 978-80-89726-58-5.
35. KRAJČÍK, Š., BARTOŠOVIČ, I., 2016. Farmakoterapie ve vyšším věku. In: ZRUBÁKOVÁ, K. et al. Prah: Grada. s. 11-34. ISBN 978-80-247-5239-7.
36. KODYMOVÁ, P., 2015. Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce. In: MPSV, *Sešit sociální práce č. 3, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. s. 28-33. ISBN: 978-80-7421-088-4.
37. KOSOVÁ, K., 2010. Trénink paměti u osob se sníženou soběstačností. In: HAVLÍK, J. (ed.). *Problematika generace 50 plus: příspěvky ze VII. ročníku mezinárodní konference, která se konala 21. a 22. září 2010 v objektu ZSF JU "Vltava" a v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, s. 110-116. ISBN 978-80-7394-260-1.
38. KŘIVSKÁ, M., 2010. *Role pracovníka sociální péče v domově pro seniory*. Praha. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
39. KUBALČÍKOVÁ, K., 2011. Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace pečovatelské služby. *Sociální práce*. 11(3), s.56-66. ISSN 1213-6204.

40. LIN, J. R. et al., 2017. Study of the Relevance of the Quality of Care, Operating Efficiency and Inefficient Quality Competition of Senior Care Facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online], 14(9), 1047 [cit. 2017-12-08] doi:10.3390/ijerph14091047. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/9/1047>
41. LEVASSEUR, M. et al., 2016. Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online], 64(3), 1-180 [cit. 2017-12-08], doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316300012>
42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MATOUŠEK, O., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
44. MELUZÍNOVÁ, H., WEBER., 2013. Alzheimerova demence – epidemie 21. století: můžeme a umíme jí předcházet. *Geriatric a gerontologie*. 2(4), s. 192-196. ISSN: 798991883; 1805-4684.
45. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
46. MKF, 2001. WHO: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Přeložil Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
47. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
48. MOJŽÍŠOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2016. Role sociálního pracovníka v systému koordinované rehabilitace. *Rehabilitácia*. 53(2), s. 141-150. ISSN: 0375-0922.
49. MPSV, 2018. *Integrovaný portál MPSV: Pracovní rehabilitace* [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace

50. NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. 162 s. ISBN 80-903070-0-0.
51. NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
52. PFEIFFER, J. et al., 2014. Posudková rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s. 11-44. ISBN 978-80-7394-461-2.
53. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Úvod do problematiky koordinace zdravotních, sociálních, didaktických a pracovních prostředků. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s. 6-9. ISBN 978-80-7394-461-2.
54. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
55. MPSV, 2016. *MPSV: Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2017-07-13]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
56. RANDOLPH, A. R. et al., 2015. Group music interventions for dementia-associated anxiety: A systematic review. *International journal of nursing studies* [online]. 52(11), 1775-1784. [cit. 2017-11-09], doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.014. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002084>
57. ROWIŃSKI, R. et al., 2017. Participation in leisure activities and tourism among older people with and without disabilities in Poland. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 73(3), 82-88. [cit. 2017-12-08], doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.025. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01674943/73?sdc=2>
58. INSTITUT SMYSLOVÉ AKTIVACE, 2018. *Smyslové aktivizace* [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>

59. ŠNIADEK, J., ZAJADACZ, A., 2010. Senior citizens and their leisure activity - understanding leisure behaviour of elderly people in Poland. *Studies in physical culture and tourism* [online]. 17(2), 103-204. [cit. 2017-11-25], Dostupné z: <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/3171>
60. STAROSTOVÁ, O., 2013. Aktivní stárnutí v obcích ČR. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2(3), s. 128-130. [cit. 2017-11-03]. ISSN 798991883; 1805-4684. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/aktivni-starnuti-v-obcich-cr-41564>
61. SUCHÝ, D., HROMÁDKA, M., 2011. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. *Praktické lékárenství* [online]. 7(3), s. 111-114. [cit. 2017-11-26]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/03/05.pdf>
62. STAŇKOVÁ, M., 2011. Role klíčového pracovníka v domově pro seniory. *Sociální práce*. 11(3), s.44-55. ISSN: 1213-6204.
63. ČIS, 2016. *Supervize: Stránky pro supervizity a supervidované: Co je supervize* [online]. [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
64. SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Ergoterapie. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s. 121-129. ISBN 978-80-7394-461-2.
65. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s.157-163. ISBN 978-80-7394-461-2.
66. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., *Základy arteterapie*. Vyd. 3, rozšířené. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-262-1043-6.
67. ŠÍDLOVÁ-KUNSTOVÁ, N., ŠÍDLO, L., 2016. Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt* [online]. 18(2), s. 103–111. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.05.004>
68. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

69. ŠPILÁČKOVÁ, M., NEDOMOVÁ, E., 2013. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 81 s. ISBN 978-80-7464-434-4.
70. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7
71. ŠRUBAŘOVÁ, V. 2014. *Struktura pracovních činností staničních a vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava*. Olomouc. Diplomová práce práce. FZV UPp.
72. ŠTRAMBERSKÁ, I., 2013. *Uplatňování forem ucelené rehabilitace v domově pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
73. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
74. TAJANOVSKÁ, A. (ed.), 2015. *Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti*. In: MPSV, *Sešit sociální práce č. 3, Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: MPSV, s. 28-33. [cit. 2017-11-26]. ISBN: 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
75. VASKA, L., 2012. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov*. Bratislava: Iris. 176 s. ISBN 978-80-89238-70-5.
76. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2011. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
77. VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
78. VISK, 2017. Nymburk: *Vzdělávací institut středočeského kraje* [online]. [cit. 2017-12-08].. Dostupné z: <https://visk.cz/akce-urednik/2613A21>
79. ZEMAN, M., 2014. *Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace*. In: In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: JČU ČB ZSF. s. 131-146. ISBN 978-80-7394-461-2.

80. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-11-03]. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 37, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/>
81. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004. [online]. [cit. 2017-11-05]. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 143, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
82. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). 2004. [online]. [cit. 2017-11-25]. In: *Sbírka zákonů ČR*, částka 30, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
83. ZHAN,G Y. et al., 2017. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35(5), 1-11. Doi 10.1016/j.arr.2016.12.003. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28025173>

Seznam příloh

1. Návod pro rozhovor
2. Informovaný souhlas pro ředitele
3. Informovaný souhlas pro pracovníky

Příloha č. 1 Návod na rozhovor

Identifikační otázky:

Pohlaví

Věk

Pracovní pozice

Délka pracovního poměru v tomto zařízení

Celková délka praxe v oboru

Otázky k léčebné rehabilitaci (DVO1):

1. Co se vám vybaví, když se řekne léčebná rehabilitace?
2. Co vše podle vás patří do léčebné rehabilitace?
3. Kdo vše se ve vaší organizaci podílí na zajištění zdravotní péče?
4. Můžete mi popsat, jak zde probíhá muzikoterapie?
5. Můžete mi popsat, jak zde probíhají terapie pomocí zvířat?
6. Můžete mi popsat, jak zde probíhá arteterapie?
7. Můžete mi popsat, jak zde probíhá ergoterapie?
8. Můžete mi popsat, jak zde probíhá fyzioterapie?
9. Jakou zde mají klienti možnosti ke cvičení?
10. Kdo zde s vašimi klienty cvičí?
11. Jaké jiné léčebné postupy využívané ve vaší organizaci, přispívají ke zlepšení zdravotního stavu?
12. Je něco, co byste v rámci léčebné rehabilitace, ve vaší organizaci doplnili?

Otázky k pracovní rehabilitaci (DVO2):

1. Co se vám vybaví, když se řekne pracovní rehabilitace?
2. Co vše podle vás patří do pracovní rehabilitace?
3. Jakou zde mají klienti možnost se pracovní uplatnit/realizovat?
4. Kdo s klienty tyto činnosti provádí?
5. Pokud ve vaší organizaci probíhá pracovní rehabilitace, uveďte, jak to probíhá.
6. Co si myslíte, že by klienti ještě uvítali, aby měli pocit pracovního uplatnění?

Otázky k pedagogické rehabilitaci (DVO3):

1. Co se vám vybaví, když se řekne pedagogická rehabilitace?
2. Co vše podle vás patří do pedagogické rehabilitace?
3. Jaké možnosti vzdělávání zde mají vaši klienti?
4. Jaké pracovní zařazení má pracovník, který má na starost oblast vzdělávání vašich klientů?
5. Máte nějaký návrh, v jakých oblastech by se klienti ve vaší organizaci mohli vzdělávat?

Otázky k sociální rehabilitaci (DVO4):

1. Co se vám vybaví, když se řekne sociální rehabilitace?
2. Co vše podle vás patří do sociální rehabilitace?
3. Jakým způsobem pomáháte klientům k zachování jejich soběstačnosti?
4. Jaké volnočasové aktivity ve vaší organizaci pomáhají podle vás navazovat, udržovat a prohlubovat mezilidské vztahy?
5. Jak v této organizaci pomáháte klientům k udržování kontaktu s jejich rodinou?
6. Kdo ve vaší organizaci má na starost sociálně právní záležitosti klientů?

Otázky k multidisciplinárnímu týmu (DVO5):

1. Co je podle vás multidisciplinární tým a jaké je jeho role v péči o klienta?
2. Popište mi, jakým způsobem ve vaší organizaci probíhá spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu v péči o klienta (kdo, jak často, kde, co vše se projednává, zápis).
3. Kteří pracovníci z vaší organizace spolu nejčastěji v rámci mezioborové spolupráce spolupracují?
4. Jaké je podle vás pracovní náplň zdravotnického personálu?
5. Jaké je podle vás pracovní náplň pracovníka v sociálních službách?
6. Jaké je podle vás pracovní náplň sociálního pracovníka?
7. Jaké je podle vás pracovní náplň klíčové pracovníka?
8. Popište mi, jak ve vaší organizaci probíhá individuální plánování.
9. Kdo všechno se individuálního plánování účastní?
10. Popište mi, jakým způsobem probíhají ve vaší organizaci supervize.
11. Kdo všechno se těchto supervizí účastní?
12. Je něco, co by podle vás mohlo přispět k lepší propojenosti a spolupráci jednotlivých pracovních pozic/pracovníků v rámci vaší organizace?

Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro ředitele

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno ředitele zařízení:

Informovaný souhlas o provedení výzkumu k diplomové práci na téma „Využití konceptu koordinované rehabilitace v domově pro seniory.“

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím, že název zařízení bude zveřejněn a rozhovory budou nahrávány na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v diplomové práci studentky 2. ročníku navazující oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské university v Českých Budějovicích, Tanji Kolevové.

V Českých Budějovicích

podpis ředitele

Příloha č. 3 Informovaný souhlas pro pracovníky

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno informanta:

Informovaný souhlas k účasti na výzkumu k diplomové práci na téma „Využití konceptu koordinované rehabilitace v domově pro seniory.“

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v diplomové práci studentky 2. ročníku navazující oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské university v Českých Budějovicích, Tanji Kolevové. Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, že údaje poskytované pro účely tohoto výzkumu budou použity pouze pro účely této práce a že kdykoliv mohu z výzkumného šetření odstoupit.

V Českých Budějovicích.....

podpis informanta

Seznam použitých zkratk

DP – diplomová práce

LTV – léčebný tělocvik

DVO – dílčí výzkumná otázka

BDČ – běžné denní činnosti

ZS – zdravotní stav

PR - pracovní rehabilitace

SR – sociální rehabilitace

OZP – osoba/y se zdravotním postižením