



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Aktivizační činnost a terapie v domově se zvláštním
režimem**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Tereza Žežulková

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Aktivizační činnost a terapie v domově se zvláštním režimem*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 6. 2020

.....

Tereza Žežulková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za odborné vedení, spolupráci, vstřícný přístup a dodání pozitivní energie. Děkuji také všem domovům se zvláštním režimem, kde jsem realizovala výzkum za vstřícný lidský přístup a cenné informace. V neposlední řadě děkuji svým rodičům za podporu během psaní bakalářské práce a během celého studia.

Aktivizační činnost a terapie v domově se zvláštním režimem

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na poskytování aktivizačních činností a terapií v domovech se zvláštním režimem. Cílem bakalářské práce je zmapovat poskytování aktivizačních činností a terapií u uživatelů v domově se zvláštním režimem.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do dvou hlavních kapitol a devět podkapitol. V první kapitole jsou definovány hlavní pojmy z prostředí domova se zvláštním režimem – cílová skupina, pracovníci domova se zvláštním režimem a jejich vzdělání, aktivizační činnosti a individuální plánování. Ve druhé kapitole teoretické části jsou vysvětleny aktivizační činnosti a terapie, které jsou v domovech se zvláštním režimem nejčastěji poskytovány.

Ke sběru dat pro praktickou část je využit kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Byla stanovena výzkumná otázka HVO: Jak jsou poskytovány aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem. Dále byly stanoveny dvě dílčí výzkumné otázky DVO₁: Jaké je vzdělání pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem? DVO₂: Jakým způsobem domovy se zvláštním režimem spolupracují se speciálními pedagogy?

Výzkum byl realizován v průběhu měsíce února a března roku 2020 v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Z výsledků vyplývá, že aktivizační činnosti a terapie v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji jsou poskytovány v široké nabídce, formou individuální a skupinovou. Pracovníci zajišťující aktivizaci si průběžně doplňují své vzdělání a vzdělávají se v nových oblastech.

Výsledky bakalářské práce jsou využitelné pro studenty vybraných oborů, pro pracovníky zajišťující aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem a jako zpětná vazba pro zařízení, kde je výzkum realizován.

Klíčová slova

Domov se zvláštním režimem; aktivizační činnosti; terapie; individuální plánování; sociální pracovník; aktivizační pracovník

Activation Activity and Therapies in the Nursing Homes with Special Regimen

Abstract

The Bachelor's work focuses on providing activation activities and therapies in nursing homes with a special regimen. The aim of Bachelor's thesis is to map out the provision of activation activities and therapies to users at home with a special regimen.

The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical section is divided into two main chapters and nine sub-chapters. The first chapter defines the main terms from a home environment with a special regimen – target group, workers of a home with a special regimen and their education, activism activities and individual planning. The second chapter of the theoretical section explains the activism activities and therapies which are provided the most at homes with a specific regimen.

The qualitative research, questioning method and semi-structured interview technique are used to collect data for the practical part. The HVO survey question has been determined: How activation activities and therapy are provided at home with a special regimen. In addition, there are determined two sub-research questions DVO₁: What is the education of workers who providing activation activities and therapy at home with a special regimen? DVO₂: How do homes with a special regimen co-operate with special educators?

The research was realized during the month of February and March 2020 at homes with a special regimen in the South Bohemia.

The results follow that activation activities and therapies at homes with a special regimen in the South Bohemia are provided in a broad range, individual and group forms. The workers who procure the activation continuously supplement their education and they educate in new areas.

The results of the bachelor's thesis are useful for students of selected fields, for workers who providing activation activities and therapies at homes with specific regimen and as feedback for the facilities where the research is realized.

Key words

Home with the special regimen; activation activity; therapy; individual planning; social worker; activation worker

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	11
1. Domov se zvláštním režimem	11
1.1 Definice domova se zvláštním režimem	11
1.2 Cílová skupina domova se zvláštním režimem	11
1.3 Aktivizační činnosti a terapie	12
1.4 Pracovník v sociálních službách	13
1.5 Sociální pracovník	16
1.6 Standardy kvality sociálních služeb	17
1.7 Individuální plánování	18
1.8 Klíčový pracovník	20
2. Aktivizační činnosti a terapie	20
2.1 Arteterapie	20
2.2 Bazální stimulace	21
2.3 Muzikoterapie	22
2.4 Pohybové aktivity	23
2.5 Reminiscence	24
2.6 Snoezelen	26
2.7 Smyslová aktivizace	26
2.8 Validace	27
2.9 Zooterapie	28
Praktická část	30
3. Metodologie	30
3.1 Cíl práce	30
3.2 Výzkumné otázky	30

3.3	Metody a techniky sběru dat	30
3.4	Realizace výzkumu a etické aspekty výzkumu	31
3.5	Výzkumný soubor	32
4.	Výsledky	34
4.1	Výsledky sociální pracovníci	34
4.1.1	Sociodemografické údaje.....	34
4.1.2	Domov se zvláštním režimem.....	35
4.1.3	Vzdělání pracovníků v oblasti aktivizace	36
4.1.4	Vedení dokumentace a individuální plánování.....	39
4.1.5	Aktivizační činnosti a terapie	43
4.2	Výsledky aktivizační pracovníci	47
4.2.1	Sociodemografické údaje.....	47
4.2.2	Další vzdělávání v oblasti aktivizačních činností a terapií	47
4.2.3	Aktivizační činnosti a terapie	48
4.3	Shrnutí výsledků.....	56
5.	Diskuse.....	58
5.1	Diskuse výsledky sociální pracovníci	58
5.2	Diskuse výsledky aktivizační pracovníci	60
	Závěr	63
	Seznam použitých zdrojů	64
	Seznam schémat a tabulek	68
	Přílohy.....	69
	Seznam zkratk	75

Úvod

Téma seniorů a pobytové péče obecně je dle mého mínění důležité, ale ne vždy za dostatečně závažné považováno. Zajištění vhodného a pro klienta milého prostředí není jednoduché, obzvláště pokud se jedná o klienty domova se zvláštním režimem. Ti poměrně často v době, kdy do takového zařízení odcházejí, již nejsou schopni věci objektivně posuzovat. Prostor jako takové, vybavení a zařízení jsou schopny rodiny klientů nebo sami klienti, pokud jim to jejich zdravotní stav umožňuje, do určité míry posoudit. Přístup a postoj pracovníků zařízení už však nikoli. Dle mého názoru úroveň sociálního zařízení tvoří jeho zaměstnanci, a ne jeho vybavení. Z tohoto důvodu jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na poskytování aktivizačních činností a terapií. Tyto činnosti a aktivity dle mého tvoří to nejdůležitější pro „spokojený a „krásný“ život člověka v domově se zvláštním režimem – jeho atmosféru i péči. Tady by se měl klient v rámci možností svého zdravotního stavu cítit příjemně a spokojeně.

Bakalářská práce je zaměřena na aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem. Klienti domova se zvláštním režimem a život v takovém zařízení jsou pro mě blízkým tématem. Po celou dobu studia na vysoké škole do takového zařízení docházím jako pracovník v sociálních službách a vždy 12 hodin žiji s klienty jejich život. Výběr tématu pro mou bakalářskou práci byl tak více méně jasný.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se nejdříve věnovala základním termínům souvisejícím s domovy se zvláštním režimem: cílové skupiny klientů, skupiny pracovníků, individuálnímu plánování a následně samotné aktivizační činnosti a terapie, ze kterých jsem vybrala dle mých zkušeností ty nejčastěji využívané. V praktické části jsou uvedené cíle práce, výzkumné otázky, metody a techniky sběru dat, výzkumný soubor, realizace výzkumu a etické aspekty výzkumu. Následně jsou přehledně znázorněny výsledky výzkumu včetně shrnutí výsledků s ohledem na stanovené cíle a výzkumné otázky. V posledních dvou kapitolách je diskuse a závěr.

Teoretická část

1. Domov se zvláštním režimem

1.1 Definice domova se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem řadíme mezi služby sociální péče. Jedná se o služby, které mají lidem v co nejvyšší možné míře uchovat jejich soběstačnost a možnost zapojit se do každodenního života (Matoušek, 2016). Tento autor dále uvádí, že pokud toto nefunguje, zajišťují sociální služby vhodné prostředí a jednání.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §50 definuje domov se zvláštním režimem následovně. V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s demencí stařeckou, Alzheimerovou i ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Dle zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách domov se zvláštním režimem poskytuje klientům ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, zajišťuje kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, v neposlední řadě jim pomáhá při prosazování jejich práv. Dle Malíkové (2011) se jedná o službu podobného typu jako domov pro seniory a domov pro osoby se zdravotním postižením. Rozdílnost je ve vytvoření specifických podmínek pro osoby s duševním onemocněním a osoby závislé na návykových látkách.

1.2 Cílová skupina domova se zvláštním režimem

Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem jsou osoby, které trpí stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí nebo jiným typem demence. Dále je služba určena také osobám, u nichž došlo ke snížení soběstačnosti v důsledku chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách (Mach a Janečková, 2019).

Dle Jiráka a Koukolíka (2004) je demence jedna z duševních poruch vznikající v důsledku úbytku kognitivních funkcí zejména v oblasti paměti a intelektu, je syndromem zahrnujícím mnoho příznaků nejen v oblasti kognitivních funkcí. Dle autorů je důsledkem nemoci kompletní omezení člověka v oblasti psychických i každodenních aktivit. Končí ztrátou svobodné existence.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, verze 10 (2020) je demence syndromem, který vzniká onemocněním mozku, nejčastěji chronického nebo progresivního charakteru. Nastává poškození vyšších nervových funkcí. Zasaženy jsou oblasti paměti, myšlení, chápání nebo počítání. Dochází k přidružení poruchy chování, kterou může doplňovat snížená emoční kontrola a porucha sociálního chování. Holmerová a Mátlová (2016) definují demenci jako progresivní ztrátu kognitivních funkcí. Za nejčastější příčinu demence je považována Alzheimerova choroba, a to v 56 % případů. Dle těchto autorek mezi další choroby, které vedou k demenci, zařazujeme Creutzfeld-Jacobovu nemoc, multiinfarktovou demenci, normotenzní hydrocefalus, Pickovu nemoc, Parkinsonovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a Huntingtonovu nemoc.

1.3 Aktivizační činnosti a terapie

Definice pojmu aktivizační činnost existuje mnoho. Dle Hartla (2004) se aktivizace definuje jako označení stupně aktivity, která vznikla na smyslové, hormonální a svalové připravenosti k výkonu. Dle Průchy a Vetešky (2014) se jedná o činnost, jejíž cílem je povzbuzování vnitřního potencionálu a díky které se zlepšuje fyzická i psychická kondice jedince a dochází tak ke zlepšení kvality života. Malíková (2011) řadí do aktivizační činnosti 3 základní okruhy – volnočasové a zájmové činnosti, pomoc s udržení nebo navázáním kontaktu s okolním prostředím a pomáhání při nácviu a vylepšování motorických, psychických a sociálních dovedností klienta. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociálně aktivizační služby jako terénní nebo ambulantní službu, která klientům zprostředkovává kontakt s okolním prostředím, provádí sociálně terapeutické činnosti a pomáhá při dodržování a uplatňování práv.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (2020), dále jen APSSČR, definuje aktivizaci jako činnost, kterou působíme na kvalitu života, podporujeme bio-psycho-sociální výkonnost člověka a působí jako prevence proti sociálnímu vyloučení. Je to smysluplná činnost zahrnující velké spektrum aktivit a činností. Dle APSSČR (2020) do skupiny aktivizačních činností patří kulturní a společenské akce, individuální

a skupinové sportovní aktivity, výlety, přednášky, besedy, trénování paměti, duchovní programy, hobby aktivity a individuální doprovod na základě přání a potřeb klienta (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015). Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje aktivizační činnost pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník.

1.4 Pracovník v sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nezná pojem aktivizační pracovník, tuto pozici tedy vykonává pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Tento zákon dělí činnosti pracovníka v sociálních službách do čtyř kategorií. V první kategorii se jedná o přímou obslužnou péči. Ve druhé kategorii se jedná o výchovnou a nepedagogickou činnosti, jejímž hlavním úkolem je v co nejvyšší možné míře rozvíjet osobnost klienta, o kterého je pečováno, a to formou nácviku zručnosti, rozvíjení dovedností ve výtvarných, hudebních nebo pohybových schopnostech klientů a dále v zajišťování volnočasových aktivit, zájmových a kulturních činností. Ve třetí kategorii hovoří tento zákon o výkonu pečovatelské činnosti v domácím prostředí osoby. Ve čtvrté kategorii se hovoří o činnosti pracovníka v sociálních službách, kdy pod vedením sociálního pracovníka poskytuje sociální poradenství, provádí aktivizační činnost a zprostředkovává kontakt s okolní společností. V neposlední řadě dohlíží na uplatňování a dodržování práv osob při vyřizování osobních záležitostí.

Dle Malíkové (2011) je možno rozdělit činnosti, které pracovník v sociálních službách vykonává, do tří kategorií. V první z nich jde o přímou obslužnou péči, do které řadíme pomoc v osobní hygieně, oblékání, podporu soběstačnosti, vytváření a udržování sociálních a společenských kontaktů a v neposlední řadě uspokojování psychosociálních potřeb. Ve druhé kategorii tato autorka uvádí, že se jedná o výchovnou a nepedagogickou činnost, jejímž hlavním úkolem je zdokonalování a stabilizování hygienických a společenských návyků, které vedou k rozvoji pracovních návyků a vykonávání volnočasových aktivit. Pracovník v sociálních službách provádí volnočasové aktivity, kdy formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy rozvíjí osobnost, zájem a znalosti klienta. Dále zajišťuje zájmové a kulturní aktivity, během kterých uskutečňuje asistenční služby a osobní asistenci. Ve třetí kategorii autorka hovoří o pečovatelské činnosti, během které se pracovník v sociálních službách zaměřuje na celkovou práci s osobami

s fyzickými nebo psychickými obtížemi, pečuje o jejich domácnost, zajišťuje a udržuje kontakty s okolním prostředím.

Podmínky a odborná způsobilost pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách musí být pracovník v sociálních službách svéprávný, bezúhonný a zdravotně způsobilý. Tento zákon umožňuje vykonávat pozici pracovníka v sociálních službách osobám, které mají základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné a absolvují akreditovaný kvalifikační kurz.

Absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů nevyžaduje u osob, které:

- a) dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních získaly vzdělání ve zdravotnickém oboru ošetřovatel,
- b) dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních získaly vzdělání ve zdravotnickém oboru ergoterapeut,
- c) dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociální pracovník,
- d) získaly střední vzdělání v oboru, které je stanovené prováděcím právním předpisem č. 505/2006 Sb., kterým se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

Obsah akreditovaného kvalifikačního kurzu je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanoven v prováděcím předpisu č. 505/2006 Sb., jeho obsah je rozdělen na dvě části – obecná a zvláštní. Obsahem první obecné části je úvodní seznámení s problematikou, standardy kvality sociálních služeb, nácvik základních komunikačních dovedností, úvodní seznámení s psychologíí, somatologií a psychopatologií, sociálně právní minimum, základy první pomoci a etické zásady výkonu pracovníka v sociálních službách. Obsah druhé části seznamuje se základy péče o nemocné, o jejich hygienu, dá základy v oblasti pedagogiky volného času, absolvování odborné praxe, prevence v oblasti týrání a zneužívání klientů a základní prvky sebeobrany (Malíková, 2011).

Dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., podle které se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, stanovuje pro kvalifikační kurz minimální časový rozsah

v počtu 150 hodin, kdy zvláštní část kurzu tvoří minimálně 80 hodin. Malíková (2011) uvádí, že celkový rozsah kurzu je minimálně 150 hodin a minimálně 50 hodin z toho tvoří obecná část.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách hovoří o povinnosti absolvování kvalifikačního kurzu do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání, do této doby vykonává osoba svou práci pod dohledem způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Další vzdělání pracovníka v sociálních službách

Zaměstnavatel je povinen zajistit pracovníkům v sociálních službách další vzdělání, a to v rozsahu minimálně 24 hodin za kalendářní rok (Malíková, 2011). Účast na vzdělání je považována dle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce za prohlubování kvalifikace. Dle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce náleží zaměstnanci za účast na školení nebo jiných formách prohlubování kvalifikace mzda nebo plat. Zaměstnavatel je rovněž povinen hradit náklady na prohlubování kvalifikace. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že povinnost absolvování 24 hodin vzdělání se nevyžaduje u osob, které v daném kalendářním roce absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz.

Mezi další vzdělání dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách patří:

- a) specializační vzdělání, které je zajišťováno vysokými a vyššími odbornými školami,
- b) účast na kurzech akreditovaných, kdy akreditaci udělilo ministerstvo, probíhá na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických nebo fyzických osob,
- c) odborné stáže, výkon činnosti probíhá po podepsání smlouvy mezi zaměstnavatelem a organizací, která stáž zajišťuje,
- d) účast na školících akcích, maximální rozsah je 8 hodin,
- e) účast na konferencích, maximální rozsah je 8 hodin.

Obecná charakteristika pracovníka v sociálních službách

Dle Malíkové (2011) by měl mít pracovník v sociálních službách přehled o veškerých sociálních službách, které nabízí dané zařízení, a znát jeho strukturu, dále by měl mít základní informace z oboru psychologie, psychopatologie, anatomie a fyziologie lidského těla a tyto využívat během své práce. Podle této autorky by se měl řídit pokyny vedoucího

zařízení, vrchní sestry a všeobecné sestry a dodržovat harmonogram, který je vypracovaný vedoucím pracovníkem. Dodržuje všechny platné právní a hygienické předpisy, spolupracuje s ostatními pracovníky, řídí se etickými zásadami a dodržuje mlčenlivost. V souvislosti s etickými zásadami se pojí etický kodex pracovníků, který si každý domov se zvláštním režimem vytváří sám a kterým se jeho zaměstnanci následně řídí.

1.5 Sociální pracovník

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální pracovník osobou, která v zařízeních, které poskytují služby sociální péče, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů a vykonává sociální šetření. V zařízeních, které poskytují služby sociální prevence, zajišťuje analytickou, metodickou a koncepční činnost. Dále dle tohoto zákona sociální pracovník poskytuje a provádí sociální poradenství, depistážní činnost, krizovou pomoc a sociální rehabilitaci. V rámci koordinace sociálních služeb zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje. Malíková (2011) zmiňuje, že sociální pracovník je osobou, která má vyšší odbornou kvalifikaci a je podřízena vedoucímu zařízení a spolupracuje s vrchní sestrou, pracovníky v sociálních službách a dalšími pracovníky, kteří zajišťují chod sociální služby. Koldinská (2007) uvádí, že úkolem sociálního pracovníka je koordinace poskytovaných služeb, vyhledávání klientů, plánování služby a hodnocení. Sociální pracovník je zároveň i osobou, která tyto služby přímo poskytuje.

Podmínky a odborná způsobilost pro výkon činnosti sociálního pracovníka

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální pracovník svéprávný, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách může pozici sociálního pracovníka vykonávat osoba, která získala:

- a) vyšší odborné vzdělání v oborech, které se zaměřují na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární péči, sociální práci, sociálně právní činnosti, charitativní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském programu, který se zaměřuje na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

Další vzdělání sociálního pracovníka

Zaměstnavatel má povinnost zajistit sociálnímu pracovníkovi další vzdělání, a to nejméně v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Tato povinnost neplatí pro sociálního pracovníka, který je ve zkušební době. Podle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce se další vzdělání považuje za prohlubování kvalifikace.

Mezi další vzdělání dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách patří:

- a) specializační vzdělání, které je zajišťováno vysokými a vyššími odbornými školami, dokladem o absolvování je osvědčení, které vzdělávací zařízení sociálnímu pracovníkovi vydalo,
- b) účast na kurzech akreditovaných, kdy akreditaci udělilo ministerstvo, probíhá na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických nebo fyzických osob, dokladem o absolvování je osvědčení, které vzdělávací zařízení sociálnímu pracovníkovi vydalo,
- c) odborné stáže, výkon činnosti probíhá po podepsání smlouvy mezi zaměstnavatelem a organizací, která stáž zajišťuje, dokladem o absolvování je potvrzení vydané zařízením, ve kterém sociální pracovník stáž absolvoval,
- d) účast na školících akcích, maximální rozsah je 8 hodin, dokladem o absolvování je potvrzení vydané zařízením, ve kterém sociální pracovník školící akci absolvoval,
- e) účast na konferencích, maximální rozsah je 8 hodin, dokladem o absolvování je potvrzení, které vydal organizátor konference.

Obecná charakteristika sociálního pracovníka

Dle Malíkové (2011) se sociální pracovník během své práce řídí zákonnými normami a vnitřními organizačními normami, zná organizační strukturu zařízení, zná a dodržuje platné zákonné normy pro sociální práci, zejména zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dodržuje Standardy kvality sociálních služeb a řídí se Etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky.

1.6 Standardy kvality sociálních služeb

V prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., která je prováděcí vyhláškou k některým předpisům zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je ve druhé příloze uveden obsah

standardů kvality sociálních služeb. Povinností poskytovatelů sociálních služeb je dodržovat standardy kvality (Malíková, 2011). Těchto standardů kvality sociálních služeb je celkem 15. Sociální pracovník se dle Malíkové (2011) zaměřuje především na standardy č. 5 a č. 6. Proto v následujících odstavcích uvádím právě tyto 2 standardy.

Standard č.5 Individuální plánování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (vyhláška č. 505/2006 Sb., prováděcí předpis k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Standard č.6 Dokumentace o poskytování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby

c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby osobám (vyhláška č. 505/2006 Sb., prováděcí předpis k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

1.7 Individuální plánování

Dle Hauke (2011) je individuální plánování nejdůležitějším nástrojem, který zajišťuje kvalitu sociální služby. Díky němu má být jedinec, který je klientem sociální služby, v co

nejvyšší možné míře samostatný a nezávislý. Haicl a Haiclová (2011) považují individuální plánování za královskou disciplínu sociální služby, během které dochází k úzkému kontaktu uživatele služby a klíčového pracovníka, který zastupuje danou službu. Klíčový pracovník reprezentuje službu, všechny její kvality, postupy a zastupuje celý tým. Dle výše uvedených autorů je individuální plánování nástrojem, díky kterému dochází k naplňování kvality života uživatele sociální služby. Autoři dále uvádějí, že individuální plánování rozvíjí možnosti komunikace a rozvíjí lidství. Tito autoři dále uvádějí, že plánování by mělo být v širším kontextu, nemělo by se zaměřovat pouze na aktuální stav klienta, ale hledět do budoucna. Dochází k dialogu mezi uživatelem služby a klíčovým pracovníkem a výsledkem je písemný individuální plán. Individuální plán není jen listem papíru, nesplňuje pouze zákonnou povinnost, má být dokumentem, který respektuje schopnosti a zájmy klienta (Bicková a Hrdinová, 2011).

Individuální plánování nařizuje § 88 a § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a standard kvality č. 5 (Čámský et al., 2011).

Proces tvorby individuálního plánu

Dle Malíkové (2011) je individuální plánování proces, který se skládá celkem ze 4 částí, a tyto části se neustále dokola opakují:

a) zkoumání situace = porozumění situaci

V této fázi je nejdůležitější navázání vztahu mezi uživatelem sociální služby a klíčovým pracovníkem, správně vedený rozhovor a vzájemné pochopení.

b) plánování = pojmenování změny a plán jejího dosažení

Během této fáze se dle požadavků uživatele sociální služby a možností, které má zařízení, sestaví cíl a kroky vedoucí k cíli, aby bylo následně možno rozpoznat uskutečnění cíle.

c) realizace plánu = společná práce

V této fázi dochází k samotnému plnění cíle, spoluprací klienta, klíčového pracovníka a dalších osob, které byly stanoveny v předchozím kroku.

d) vyhodnocení = revidování plánů

Během této fáze si společně klient a klíčový pracovník zhodnotí průběh a dosažení cíle.

Tyto čtyři kroky by měly být zahrnuty v každém individuálním plánování a neustále se opakují (Malíková, 2011).

Dokumentace individuálního plánu

Individuální plán je výsledkem procesu individuálního plánování (Herzog a Herzogová, © 2014). U každého klienta je vypracována dokumentace, která je vedena v papírové podobě, v elektronické podobě se vedení nedoporučuje (Malíková, 2011). Každé zařízení se při tvorbě individuálního plánu řídí svými vnitřními pravidly pro vytváření individuálního plánování, zároveň musí mít vypracovaný popis postupu a způsobu přehodnocení procesu poskytování sociální služby (Jůn, 2010). Dokument se skládá ze čtyř částí – úvodní část, plán, realizace, hodnocení (Malíková, 2011).

1.8 Klíčový pracovník

Klíčovým pracovníkem je pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Je osobou, která s klientem sestavuje a přehodnocuje individuální plán, je v kontaktu s ostatními osobami, jež jsou do individuálního plánu zapojeny (Hauke, 2011). Autorka dále uvádí skutečnost, že nese odpovědnost za správnost informací v individuálním plánu. Klíčovým pracovníkem se stává na základě pověření určenou osobou. Dle Bickové (2010) nejsou na klíčové pracovníky kladeny žádné specifické nároky, měl by ale znát poslání, cíle a poskytované služby zařízení, orientovat se v právech a hlavně mít schopnost vést dialog, který je tím nejdůležitějším pro sestavení individuálního plánu. Dle této autorky je nejdůležitější jednat s klientem jako člověk. *Rozhodně není chybou říci: „Nevím, nejsem si jistý, neumím...“* (Bicková, 2010, s. 256).

Dle Malíkové (2011) může být klíčovým pracovníkem pracovník v sociálních službách, terapeut, pracovník, který zajišťuje aktivizační činnost. V mnoha případech je klíčovým pracovníkem i všeobecná sestra. Dle autorky by však sestra neměla být klíčovým pracovníkem, neboť je odborným pracovníkem a tato činnost jí nepřísluší. Tato situace je však častá, a to hlavně z nedostatku personálu v zařízeních.

2. Aktivizační činnosti a terapie

2.1 Arteterapie

Arteterapie je obor, který užívá výtvarný projev k poznávání a ovlivňování lidské psychiky se záměrem snížení psychických nebo psychosomatických potíží. Rovněž

podporuje zdraví a léčbu. (Arteterapie, © 2020). Arteterapie se zpočátku zaměřovala na upřesnění diagnózy duševního onemocnění a s postupem času získala i terapeutický aspekt (Lhotová a Perout, 2018). Dle těchto autorů v případě, že je správně nastavený systém arteterapie, pomáhá ke zlepšení kognitivního, citového a duchovního rozvoje člověka. Je nástrojem ke zlepšení mentální hygieny, pomáhá zmírňovat a odstraňovat psychickou zátěž. Arteterapie nehodnotí esteticky upravené dílo, dává jedinci prostor, aby vyjádřil svou osobnost, jedná se tedy o formu terapie, která je dostupná všem a nejen výtvarně nadaným jedincům (Liebman, 2005). Arteterapie pracuje s vizuálními i hmatovými podněty. Terapii by měl vést speciálně vyškolený jedinec (European Federation of Art therapy, © 2018).

V arteterapii se nehodnotí výsledek, nejdůležitější je proces, během kterého se pracuje s psychikou jedince, podporuje se jeho osobní rozvoj (European Federation of Art therapy, © 2018). Při práci se seniory pracujeme a snažíme se zaktivizovat zbytky jejich životní energie a stimulovat jejich výtvarnou kreativitu. Volíme vhodné pomůcky a techniky, které odpovídají jejich věku, a dodržujeme důstojnost klienta (Šicková-Fabrici, 2016). Dle této autorky probíhá arteterapie v individuální nebo skupinové formě, pro klienty s Alzheimerovou chorobou je například vhodné tvořit koláže. V arteterapii pracujeme v rámci vztahu obraz - klient - terapeut (Lhotová a Perout, 2018).

Arteterapie působí v rovině biologické, psychologické, sociální, kulturní, spirituální a na všechny tyto oblasti působí psychologicky (Lhotová a Perout, 2018).

2.2 Bazální stimulace

Princip Bazální stimulace® je jednou z možných cest k maximální autonomii lidské bytosti při těsném kontaktu s pomáhající osobou. Bazální stimulace® dává možnost alespoň trochu poodhalit některá z tajemství lidského života, případně pomáhá některé z nedokonalostí napravit (Novotný, © institut Bazální stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o. 2004–2019).

Bazální stimulace je konceptem zaměřujícím se na lidské tělo. Tělo je u zdravého člověka v nepřetržitém kontaktu se sebou samým i okolním světem. V okamžiku, kdy je tělesný stav člověka z jakéhokoli důvodu změněn (úraz, nemoc, projevy stáří), dochází ke snížení schopnosti vnímat své tělo i okolní svět (Friedlová, 2018). Dle Friedlové (2018). Bazální stimulaci nejčastěji provádí pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra a speciální

pedagog. Dle Malíkové (2011) zkušenosti dokazují, že využívání bazální stimulaci zvyšuje kvalitu zdravotnické i ošetrovatelské péče. Aplikování metod Bazální stimulace zvyšuje pocit bezpečí ze strany klientů k personálu (Basal stimulation, ©2018, s.1).

Podle konceptu Bazální stimulace se pracuje se všemi lidskými smysly pomocí smyslových orgánů. Dle konceptu spolu navzájem souvisí pohyb - komunikace - vnímání, tyto složky se navzájem ovlivňují, jedna bez druhé nikdy nebudou fungovat správně. Pokud je člověk v prostředí, které mu nedává dostatek podnětů, nastává u jedince deprivace, nejčastěji senzorická nebo motorická (Friedlová, 2018). Bazální stimulace se v základu poskytuje ve 3 okruzích, a to stimulace somatická, vestibulární a vibrační (Friedlová, 2010). Somatická stimulace se zaměřuje na stimulaci vnímání vlastního tělesného schématu. Hlavním prostředkem je dotek, který by měl být proveden klidně, celou dlaní a určitým tlakem, využívá se technika polohování, technika podpory a stimulace dýchání, také pomoc při pohybu. Dle autorky se v domovech pro seniory nejčastěji v rámci somatické stimulaci využívá polohování do polohovacího hnízda, zklidňující koupel, stimulace a masáž stimulující dýchání (Friedlová, 2018). Vestibulární terapie zmírňuje u imobilních klientů příznaky zhoršení funkce vestibulárního aparátu, které ovlivňují řízení rovnováhy. Terapie se provádí pomocí mírných pohybů hlavou (Friedlová, 2018). Vibrační terapie se využívá ke stimulaci kožních receptorů, které se za pomoci vibračních předmětů (hudební nástroje, lidský hlas) aktivují a zároveň stimulují proprioreceptory (Malíková, 2011).

Bazální stimulace se klientům nejčastěji poskytuje za účelem uvědomění si vlastního těla a hranic svého těla, rozvoje sebe sama, vnímání okolního prostředí a orientace v čase a prostoru (Friedlová, 2010). Jádrem konceptu Bazální stimulace je uspokojování lidských potřeb, jejichž oblasti definoval americký psycholog A. H. Maslow.

2.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie je samostatný a svébytný uměleckoterapeutický obor, který prostřednictvím cíleného působení zvuků a hudby podporuje, rozvíjí a integruje kompetence člověka s cílem obnovy zdraví a naplnění bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb (Beníčková, 2017, s.36).

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií (Kantor et al., 2009). Patří do oblasti uměleckých terapií společně s arteterapií, tanečně-pohybovou

terapií a dramaterapií. Využívá se v sociální, školní i zdravotnické oblasti (Beníčková, 2017). Pojem muzikoterapie můžeme vnímat jako umění, vědecký obor, profesi nebo jako disciplínu, která je sestavena z teorie, vlastní praxe a výzkumu. Je to ale také interpersonální obor, který je krom zmíněného spojen s empatií, nasloucháním, komunikací mezi muzikoterapeutem a klientem. Dle autorů je muzikoterapii vhodné využívat mimo jiných skupin osob i u osob s psychogeriatrickými poruchami, mezi které patří například Alzheimerova choroba. Zároveň ale dodávají, že v dnešní době je muzikoterapie využívána i pro lidi bez diagnózy jako volnočasová, odpočinková technika (Kantor et al., 2009). Hudbu lze využít jako hlavní terapeutický nástroj nebo jako nástroj, který doplňuje terapeutický proces. U seniorů s demencí se nejčastěji využívá poslech hudby, který jim navodí vzpomínky z jejich života (Müller a kol., 2014).

Nejdůležitější věcí během muzikoterapie je vytvořený muzikoterapeutický vztah mezi muzikoterapeutem a klientem. Samozřejmě, že vše se řídí určitými metodickými postupy, ale bez správného a fungujícího vztahu terapeut - klient nikdy nedosáhneme pozitivního výsledku na takové úrovni (Beníčková, 2017). Mezi prostředky, které se při muzikoterapii využívají, patří hra na tělo, hlas a hra na nástroj (Müller a kol., 2014). Muzikoterapie může probíhat ve 3 formách: individuální, skupinová a kontinuální (Kantor et al., 2009).

U klientů s demencí je nejčastějším cílem vytvořit klientovi příjemné a stabilní prostředí, ve kterém se cítí bezpečně. Dále může kompenzovat určité ztráty, ke kterým u klienta došlo v důsledku nemoci. Muzikoterapie může a často funguje jako doplněk terapie Snoezelen (Müller a kol., 2014). Díky hraní na různé hudební nástroje se procvičuje jemná a hrubá motorika, klient se lépe dostává do stavu relaxace (World Federation of Music Therapy, ©2008-2017 WFMT).

2.4 Pohybové aktivity

S přibývajícím věkem si člověk uvědomuje změny na svém těle, přitom přijmout tyto změny není vůbec lehké. Pravidelný pohyb během celého života nejenže zpomalí nástup změn, ale také zlepší kvalitu celého života (Suchá et al., 2013).

Nejčastější způsobem cvičení je kondiční cvičení. Pro správné a účinné cvičení je vhodné zvolit vhodnou hudbu a správně vybrat cviky tak, aby klientovi nezpůsobily bolest a neuvedly ho do nepohody (Walsch, 2005). Tento autor dále zmiňuje, že všechny aktivity by měly probíhat v klidném a nerušeném prostředí. Je důležité dbát na složení

skupiny, která se aktivitu účastní. Důležitá je také motivace, každý klient musí mít možnost rozhodnout se, zda se zúčastní nebo ne, vždy je však vhodné s nabídkou alespoň přijít. U klientů s demencí má aktivizace svá specifika – cviky musíme častěji opakovat, volit jednodušší celky, dávat si pozor na reakci klientů, může totiž dojít k jeho neočekávané reakci. V tu chvíli cvik měníme (Suchá et al., 2013).

Ke cvičení využíváme různé pomůcky – šátky a šály, míče různých velikostí, masážní míčky, plovací nudle, obruče, gumy. Cviky vždy přizpůsobíme skupině, se kterou cvičení provádíme (Suchá et al., 2013).

Při pohybových aktivitách prospěšně působíme na fyzickou a psychickou stránku člověka. Během aktivit s klientem zohledňujeme jeho zájmy, fyzickou kondici a momentální náladu. Staří lidé rádi dodržují určité rituály, proto bychom i ty měli do aktivit zapojit (Suchá et al., 2013).

2.5 Reminiscence

Vzpomínky jsou nedílnou součástí našeho života. Mohou dávat našemu životu smysl, mohou být zdrojem radosti, ale i bolesti. Někdy jsou vzpomínky tím jediným, co zůstává – jako právě ve stáří, kdy přítomnost nemusí být zrovna povznášející a budoucnost je nejistá. Minulost ale nemusí být ztracená, protože žije dál právě ve vzpomínkách... (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 9).

Janečková a Vacková (2010) reminiscenci definují jako vzpomínání si na dřívější události ze života jedince a reminiscenční terapii definují jako dialog mezi terapeutem a jednotlivcem nebo skupinou seniorů o aktuálním životě, získaných zkušenostech, často s použitím různých k tomu určených pomůcek (staré fotografie, předměty užívané v domácnosti, nářadí, staré oblečení, doplňky, hudba nebo filmy). Špatenková a Bolomská (2011) uvádějí, že pojem reminiscenční terapie není správně užívaný, pojem terapie se v České republice užívá v případě, že si jedinec uvědomuje svůj problém a k jeho odstranění vyhledá psychoterapeuta, se kterým se dohodnou na řešení daného problému. Toto dle autorek u seniorů, kteří pracují se svými vzpomínkami, neplatí. Dle výzkumu, který proběhl ve městě Ankara v Turecku v domácím prostředí klienta s diagnózou Alzheimerova demence v roce 2014, došlo v rámci aplikování reminiscenčních technik ke snížení stavu deprese a ke zlepšení orientace a poznání klienta (Duru a Kapucu, 2015).

Dle Špatenkové a Bolomské (2011) může reminiscence probíhat následujícími pěti způsoby:

- a) Koordinovaná a organizovaná diskuse o minulosti, klienti sledují staré filmy, prohlížejí si fotografie, poslouchají dobovou hudbu, vše může být doplněno reminiscenční návštěvou známého místa (škola, místo zaměstnání apod.).
- b) Realizace prostředí, které připomíná klientovi domov; smyslem této aktivity je navození prostředí, kde klient vyrůstal a žil, je důležité, aby pracovníci znali informace o klientech. Nejčastěji se jedná o dialog u kávy nebo čaje mezi pečovatelem a klientem, který má klientovi vyvolat vzpomínky. Terapie může probíhat v tomu určené místnosti vyzdobené dobovými fotografiemi a doplněna například i hudbou.
- c) V souvislosti se vzpomínkami vytvořit něco hmotného – například vytvořit obraz, složit báseň nebo napsat píseň.
- d) Za účasti dobrovolníků, praktikantů, žáků škol a dalších snížit pocit izolace a dopad institucionalizace.
- e) Vytvoření příležitostí pro zlepšení vztahů mezi klienty a pečovateli pomáhá například vytvoření biografie klienta a tím se poté může zlepšit sestavování jeho individuálního plánu.

Janečková a Vacková (2010) uvádějí, že reminiscence probíhá individuálně nebo skupinově. Malíková (2011) uvádí, že vhodným nástrojem k reminiscenci je vytvoření „vzpomínkové krabice“, kterou má klient vytvořenou ze sobě známých a oblíbených věcí (fotografie, noviny, knihy) a společně s pečovatelem si je prohlíží. U pečovatele by se v tuto chvíli měla projevit jeho schopnost empatie a klidu. Měl by umět vyslechnout si klientův příběh, a to i v případě, že klient vždy vypráví ten samý (Malíková, 2011). Důležitým nástrojem je aktivní naslouchání (Špatenková a Bolomská, 2011)

Reminiscence může účastníkům pomoci během adaptace na nové prostředí, při vytváření vztahů mimo domov v zařízení sociálních služeb (Špatenková a Bolomská, 2011). Autorky dále uvádějí, že v domovech pro seniory bývá časté, že lidé žijí vedle sebe, nechtějí si nikoho příliš připouštět k tělu, díky reminiscenci v menší a přátelské skupině mohou sdílet své zážitky, navzájem se podporovat a vnímat potřeby druhého.

2.6 *Snoezelen*

... prostředí, které vytváří pocit pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje a probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu a úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí, podporuje socializaci a rozvoj vztahů, přináší radost (Filatova a Janků, 2010, s. 18).

Snoezelen je prostor, který nabízí jeho uživatelům multismyslovou stimulaci, prostor lze využívat jak k relaxaci, aktivaci, ale i k zábavě. Snoezelen dle autorky můžeme nazývat terapií, neboť pracuje s klientem za účelem zmírnění nebo odstranění problému, má stanovený jasný plán s určeným cílem. Celý proces vede proškolený terapeut (Filatova, 2014).. Dle Filatové a Janků (2010) průběh terapie vede osoba, která se v rámci konceptu označuje jako průvodce. Průvodcem může být, a nejčastěji jím i bývá, speciální pedagog, fyzioterapeut, ergoterapeut, ošetrovatel nebo například psycholog. Správné vzdělání osoby, která vede Snoezelen terapii, je velice důležité, neboť každý podnět na klientovy smysly se zde několikrát násobí a stejně tak se násobí účinnost chyby, kterou by terapeut způsobil (Filatova, 2014). Dle Filatové (2014) je Snoezelen je vhodný pro osoby v pomáhajících profesích, neboť vede ke snížení riziku vzniku syndromu vyhoření.

Dle Filatové (2014) se plán Snoezelen terapie u klientů v domově pro seniory sestavuje na základě komplexní diagnostiky klienta, anamnézy a psychobiografie, taktéž se vztahuje k individuálnímu plánu klienta. Hlavní je vytvářet plán pro každého klienta individuálně, nelze provádět stejnou terapii u všech klientů se stejnou diagnózou (Filatova, 2014). Každá Snoezelen místnost je individuálně vytvořena pro konkrétní skupinu klientů, kteří ji budou využívat (Filatová a Janků, 2010).

U klientů v domově se zvláštním režimem může pobyt ve Snoezelen místnosti pomoci k uvolnění napětí, pomáhá ke zlepšení orientace v čase a prostoru a v neposlední řadě dělá klienty jednoduše šťastnějšími (Filatova, 2014).

2.7 *Smyslová aktivizace*

Do České republiky přinesla koncept Smyslové aktivizace Helena Vojtová. *Koncept smyslové aktivizace učí úctě, respektu a lásce v péči o stárnoucího člověka a aktivizaci, která je založena na smysluplných činnostech (Vojtová, © 2020, s.1).*

Smyslovou aktivizaci lze definovat jako uvedení do pohybu, na kterém se podílejí veškeré smysly. Na jedince působí jako celek v oblasti biologické, duševní a transcendentální (Wehner a Schwinghammer, 2013). Cílem je znovuobnovit, udržet nebo zachovat u jedince vlastní, sociální a věcné kompetence (Vojtová, 2014). Použitím smyslové aktivizace se u klientů trpících demencí dokáží obnovit již dříve získané schopnosti, vědomosti a dovednosti a znovu tyto uvést do každodenních činností. Nové impulzy ze smyslových orgánů se v mozku spojí s předchozími získanými informacemi (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Smyslová aktivizace probíhá individuálně nebo skupinově, koná se na nerušeném a klidném místě, které je pro klienta příjemné a poskytuje mu dostatek prostoru (Wehner a Schwinghammer, 2013). Aktivizace má klientům navodit příjemný a radostný pocit, pečující osoba by měla znát klientovu biografii a přizpůsobit program jeho rituálům a například ročnímu období. Dle autorky je výhodou osobní zkušenost a prožití zvoleného tématu pečujícím.

Metoda smyslové aktivizace je založena na základě znovuobnovování schopností. U člověka s demencí totiž dochází ke zhoršování krátkodobé paměti, ale dlouhodobá paměť zůstává neporušena, zaměřuje se tedy na obnovení a připomenutí zkušeností a schopností z minulosti (Vojtová, © 2020).

2.8 Validace

Podstata validační terapie vychází z teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti (Malíková, 2011, s.239).

Cílovou skupinou klientů, u kterých se Validace využívá, jsou osoby nad 80 let bez duševního onemocnění v anamnéze. Dezorientace u nich nastala působením psychických, tělesných a sociálních změn. Koncept Validace sestavila sociální pracovníce, dle které je chování dezorientovaných osob na sklonku života zrcadlením jejich prožitků, životních událostí a traumat, které se jim udály během celého jejich života (Malíková, 2011). Hlavním cílem je tedy objevit prožitá traumata a s těmi následně pracovat (Klvetová a Dlabalová, 2008).

Dle Procházkové (2009) je proces validační terapie rozdělen do 3 částí – mise, poloha a technika. V první části se zjišťuje životní příběh od rodiny a získávají se informace,

pokud to stav umožňuje, i od klienta. Ve druhé části se stanoví, jak se bude během procesu postupovat, jaká technika bude zvolena. Volba závisí na stupni demence. Ve třetí části dochází k samotné činnosti. Vybraná technika by se měla aplikovat několikrát denně a důležitým nástrojem je v této fázi aktivní naslouchání. *Validační postoj vyžaduje cíleného používání neverbálních projevů, především zrcadlení, očního kontaktu a iniciálního doteku* (Malíková, 2011, s. 244).

Během Validační terapie je ze strany pečovatele nejdůležitější projevit empatii a naslouchat klientovi, umožnit mu tak, aby se vypovídal, zpracoval si všechny své zážitky ze života a mohl v klidu odejít (Alzheimers.net, © 2000-2019). Klientovi trpícímu demencí validační terapie pomáhá v oblasti vyřešení konfliktů z prožitého života. Zároveň se mu tím zlepšují schopnosti verbální i neverbální komunikace, obnovuje se mu pocit sebeúcty a celkově se mnohem lépe vyrovnává s prožitým životem (Procházková, 2009).

2.9 Zooterapie

Do této kapitoly jsem zvolila canisterapii a felinoterapii, a to hlavně z toho důvodu, že velká část domovů se zvláštním režimem využívá návštěv canisterapeuta nebo společně s klienty v domově pes nebo kočka žijí.

Pobyt se zvířaty má na klienty pozitivní účinky, můžeme mezi ně zařadit například tyto:

- a) přítomnost zvířete jako kamaráda; pomáhá zejména u klientů, které nenavštěvuje rodina, a sami se nechtějí zúčastňovat společných aktivit
- b) prostředek ke snižování stresu a napětí
- c) udržení společenské role; to je velmi důležité u osob, které celý život zaměstnávala péče o rodinu nebo například podnik (Dvořáčková, 2013).

Canisterapie

Galajdová (2011) charakterizuje pojem canisterapie jako léčení za pomoci psa, při terapii má člověk pocit, že není sám, pozitivně působí na osoby jakéhokoli věku.

Návštěva psovodů je pro klienty potěšením. Je prokázáno, že špatný psychický stav negativně ovlivňuje i fyzický stav klienta, návštěva psa tedy klienta potěší nejen na duši, ale zároveň může prospět i jeho fyzickému stavu (Galajdová, 2011). Autorka uvádí, že u lidí s Alzheimerovou nemocí může návštěva psa vyvolat dávnou vzpomínku a tím

zlepšit stav nemocného. U canisterapie probíhá aktivita za účasti profesionála nebo dobrovolníka, personálu a klientů. Formu je možno zvolit skupinovou i individuální (Dvořáčková, 2013). Canisterapie se dá provádět 3 způsoby: aktivity za pomoci psa, terapie za pomoci psa a vzdělávání s pomocí psa (Galajdová, 2011).

Felinoterapie

Felinoterapie využívá pozitivní reakce mezi člověkem a kočkou k léčbě nebo podpoře zdraví člověka. (Hypšová, 2007, s. 263) Účastníky terapie jsou klient, chovatel a kočka. U klienta má přítomnost kočky mnoho pozitiv, dochází ke zmírnění pocitu samoty, snížení stresu, posílení kognitivních funkcí (Müller, 2014).

Přítomnost kočky v pobytových zařízeních je prostředkem k posilování a zlepšování sociálních vztahů. U klientů vyvolávají příjemné vzpomínky na jejich vlastní zvířata. Kočka bývá chována v domovech častěji, protože není na péči tak náročná jako pes a zároveň nevyžaduje vazbu a pozornost jednoho pána (Müller, 2014). Autor dále uvádí, že felinoterapie lze provádět u osob všech věkových skupin, je ale potřeba brát zřetel na případné alergie jedinců.

Praktická část

3. Metodologie

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat poskytování aktivizačních činností a terapií (druhy, formy, metody, techniky, pomůcky, přínos, personální zajištění a vedení dokumentace) u uživatelů v domově se zvláštním režimem.

V souvislosti s hlavním cílem práce byly stanoveny dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem je zjistit, jaké vzdělání mají pracovníci poskytující aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem. Druhým dílčím cílem je zjistit, zda je speciální pedagog členem multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem.

3.2 Výzkumné otázky

S ohledem na stanovené cíle byla zvolena hlavní výzkumná otázka, ke které jsou připojeny tři dílčí výzkumné otázky.

HVO: Jak jsou poskytovány aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem?

DVO₁: Jaké je vzdělání pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem?

DVO₂: Jakým způsobem domovy se zvláštním režimem spolupracují se speciálními pedagogy?

3.3 Metody a techniky sběru dat

V souladu s cíli bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Dle Hendla (2016) se kvalitativní výzkum zakládá na určeném tématu a předem stanovených výzkumných otázkách. Švaříček a Šed'ová (2014) uvádějí, že sběr dat při kvalitativním výzkumu probíhá během rozhovoru, pozorováním nebo studováním dokumentů. Disman (2011) i Švaříček (2014) se shodují, že kvalitativní výzkum stojí na indukci. *Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.* (Disman, 2011, s. 285)

V rámci kvalitativního výzkumu byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Podle Švaříčka (2014) je rozhovor jednou z nejčastějších technik, jak během kvalitativního výzkumu získávat data. Mezi základní typy patří polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor. Během polostrukturovaného rozhovoru je vytvořené schéma otázek, kdy lze jednotlivé okruhy přeskakovat a případně je i možné nechat si nejasnosti od respondenta dovysvětlit (Miovský, 2006).

Pro naplnění hlavního i dílčích cílů bakalářské práce byly vytvořeny dva typy záznamových archů pro polostrukturovaný rozhovor. První záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor byl vytvořen pro sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem. Tento záznamový arch obsahoval celkem 37 otázek, které byly rozděleny do pěti oblastí: sociodemografické údaje, domov se zvláštním režimem, vzdělání pracovníků v oblasti aktivizace, vedení dokumentace a individuálního plánování, aktivizační činnosti a terapie (příloha č.1). Druhý záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor byl vytvořen pro pracovníky, kteří zajišťují aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem. Celkem se jednalo o 30 otázek, které byly rozděleny do tří oblastí: sociodemografické údaje, další vzdělávání v oblasti aktivizačních činností a terapií, aktivizační činnosti a terapie (příloha č.2).

3.4 Realizace výzkumu a etické aspekty výzkumu

Pro účely výzkumu jsem v únoru 2020 e-mailem oslovila vedoucí pracovníky a pracovnice 19 domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji, které měly registrovanou službu domov se zvláštním režimem v Registru poskytovatelů sociálních služeb, a to k datu 8. února 2020. Z celkem 19 oslovených vedoucích odpovědělo 9 ředitelů/ředitelky domovů se zvláštním režimem. Jeden ředitel/ředitelka ale v odpovědi nesouhlasil/a se zapojením do výzkumu z důvodu nadměrného zájmu o výzkumné šetření v jejich zařízení. Proto jsem ve výzkumné části spolupracovala pouze s osmi domovy se zvláštním režimem.

Ředitel/ředitelka z každého zařízení mi vždy předal/a kontakt na jednoho sociálního pracovníka a jednoho pracovníka zajišťujícího aktivizační činnosti a terapie v jejich domově se zvláštním režimem. Měla jsem tedy spolupracovat s osmi sociálními pracovníky/pracovnicemi a osmi pracovníky/pracovnicemi zajišťující aktivizační činnosti a terapie. Ale vzhledem k dlouhodobé pracovní neschopnosti jedné pracovnice

druhý výzkumný soubor tvoří jen 7 pracovníků poskytujících aktivizaci v daných zařízeních.

Všechny účastníky zapojené do výzkumu jsem ústně informovala o cílech bakalářské práce a účelu výzkumu. Zároveň jsem jim předložila Informovaný souhlas k podpisu (příloha č. 3). Informanti ode mě také obdrželi informaci, že mohou v průběhu rozhovoru spolupráci ukončit nebo odmítnout odpověď na otázku, pokud by jim odpovídat bylo nepříjemné. Této možnosti nikdo z nich nevyužil. Každý informant/ka měl/a možnost si před zahájením rozhovoru prostudovat záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor. Všichni oslovení informanti souhlasili se svým zapojením do výzkumu. Průběh rozhovoru jsem se souhlasem šesti informantů nahrávala na mobilní telefon, nebo v případě jejich nesouhlasu s nahráváním jsem si jejich odpovědi zapisovala do připraveného záznamového archu (devět informantů). Následně jsem všechny rozhovory přepsala do textové podoby v programu Microsoft Word a nahrávky jsem z mobilního telefonu vymazala.

U oslovených DZR a jednotlivých informantů z řad sociálních pracovníků a pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie jsem z důvodu zachování anonymity odlišila jednotlivé účastníky výzkumu následovně. U rozhovorů se sociálními pracovníky je uvedeno označení SP (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, SP 5, SP 6, SP 7, SP 8) a u pracovníků zajišťujících aktivizaci je uvedeno označení AP (AP 1, AP 2, AP 3, AP 4, AP 5, AP 6, AP 7).

Polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky a pracovníky poskytujícími aktivizační činnosti a terapie v DZR se uskutečnily v termínu 18. února až 6. března 2020. Následné zpracování dat probíhalo v měsíci březnu a dubnu 2020. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a výsledky jsou zobrazeny prostřednictvím tabulek a myšlenkových map, které byly vytvořeny v programu MindMaster.

3.5 Výzkumný soubor

Výběr informantů zařazených do výzkumu probíhal metodou záměrného výběru a účelovým výběrem. Základní soubor tvoří sociální pracovníci a pracovníci poskytující aktivizační činnosti a terapie v 19 domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Vzhledem k tomu, že jen osm ředitelů domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji

souhlasilo se zapojením do výzkumu, je výběrový soubor tvořen sociálními pracovníky a pracovníky, kteří zajišťují aktivizační činnosti a terapie v těchto zařízeních.

První výzkumný soubor tedy tvoří osm sociálních pracovníků z domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Z hlediska pohlaví bylo osloveno 7 sociálních pracovníc a 1 sociální pracovník (tabulka č.1, s.30). Průměrný věk sociálních pracovníků je 38 let, vzdělání u čtyř informantů je vyšší odborné a u dalších čtyř vysokoškolské (tabulka č.1).

V rámci výzkumu jsem původně oslovila celkem osm pracovníků zajišťujících aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. Ale vzhledem k dlouhodobé pracovní neschopnosti jedné pracovnice, druhý výzkumný soubor tedy tvoří jen sedm pracovníků poskytujících aktivizaci v daných zařízeních. Průměrný věk pracovníků je 42 let, vzdělání u šesti z nich je střední odborné a u jednoho vysokoškolské (tabulka č.8).

4. Výsledky

Jelikož jsem získávala informace od dvou skupin informantů, jsou výsledky vyhodnoceny ve dvou podkapitolách „Výsledky sociální pracovníci“ (4.1.) „Výsledky aktivizační pracovníci“ (4.2.).

4.1 Výsledky sociální pracovníci

Výsledky v této části vycházejí z polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky v DZR. Informantů bylo celkem osm, každý z jiného zařízení z DZR z Jihočeského kraje.

4.1.1 Sociodemografické údaje

V této sadě otázek jsem se dotazovala na identifikační údaje sociálních pracovníků, konkrétně na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a jakou dobu působí v DZR (tabulka č. 1)

Tabulka č. 1 Sociodemografické údaje sociální pracovníci

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Působení v DZR
SP 1	Žena	47	VOŠ	1 rok
SP 2	Žena	23	VŠ	7 měsíců
SP 3	Žena	50	VOŠ	7 let
SP 4	Muž	34	VŠ	1 rok
SP 5	Žena	42	VŠ	5 měsíců
SP 6	Žena	24	VŠ	4 roky
SP 7	Žena	42	VOŠ	11 let
SP 8	Žena	42	VOŠ	10 let

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2 Domov se zvláštním režimem

Ke zjištění základních informací o DZR jsem vytvořila baterii otázek, ve které jsem se dotazovala na: počet klientů DZR, počet pracovníků věnujících se aktivizaci, počet PSS, počet SP, dále jaký je počet klientů na 1 klíčového pracovníka a kdo je klíčovým pracovníkem v daném DZR (tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 Základní údaje o zařízení

	Počet klientů v DZR	Počet pracovníků věnujících se aktivizaci	Počet pracovníků v sociálních službách	Počet sociálních pracovníků	Počet klientů na 1 klíčové pracovníka	Kdo je klíčovým pracovníkem
SP 1	62	2/ 12hod. 2/ 8hod.	18	1	4-5	PSS, ZS
SP 2	11	3/ 12hod. 1/ 8hod.	6	1	4	PSS
SP 3	64	4/ 8hod.	20	1	4	PSS, ZS
SP 4	37	1/ 8hod.	12	1	4	PSS
SP 5	28	1/ 8hod.	-	1	3-4	PSS, ZS
SP 6	170	6/ 8hod. 3/ 12hod.	50-60	2	3-4	PSS, ZS
SP 7	20	1/ 8hod.	neví	1	4-5	PSS, ZSS, SP – na vyžádání nebo jako zástup
SP 8	16	1/ 8hod.	8	1	4	PSS, ZS

Zdroj: vlastní výzkum

Počty pracovníků jsou u zařízení závislé na tom, jaké sociální služby dané zařízení poskytuje: domov se zvláštním režimem (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, SP 5, SP 6, SP 7, SP 8), domov pro seniory (SP 4, SP 7, SP 8), domov pro osoby se zdravotním postižením (SP 2), denní stacionář (SP 1, SP 2, SP 7), odlehčovací služby (SP 7). SP2 je sociálním pracovníkem v zařízení, které poskytuje zároveň službu domova se zvláštním režimem a službu domova pro osoby se zdravotním postižením. Počet klientů v domově pro osoby

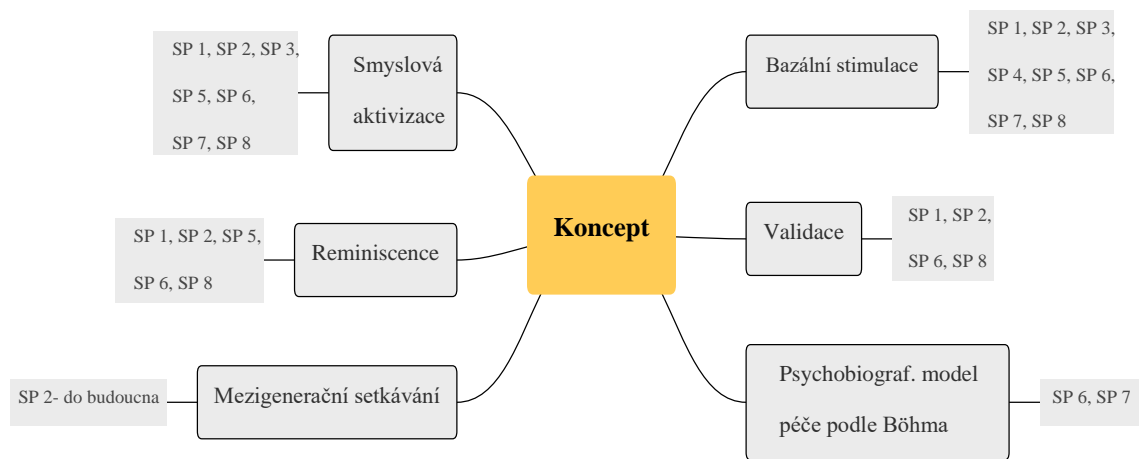
se zdravotním postižením je 62. Počet zaměstnanců je tak společný pro obě tyto služby, tedy celkem pro 73 klientů.

4.1.3 Vzdělání pracovníků v oblasti aktivizace

Pracujete jako zařízení v rámci nějakého konceptu?

Schéma č. 1 znázorňuje v rámci jakého konceptu pracují jednotlivé DZR a jejich praktikování více konceptů zároveň.

Schéma č. 1 Využívané koncepty v zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu č.1 vyplývá, že nejčastějším konceptem péče v rámci, kterého zařízení pracují, je Bazální stimulace a Smyslová aktivizace. Zároveň však všichni uvádějí, že využívají tyto koncepty zároveň.

Jsou všichni pracovníci DZR vzdělávání v rámci nějakého konceptu?

Všichni informanti kromě SP 4 se shodli, že vždy určitá část zaměstnanců je proškolená na nějaký koncept, SP 4 odpověděl: „*Jsme poměrně nové zařízení, takže teď v rámci žádného konceptu nepracujeme, v budoucnu ale chceme vyzkoušet bazální stimulaci*“. SP 2 odpověděl: „*Bazální stimulaci má u nás 60-70 % zaměstnanců.*“. SP 3 odpověděl: „*Bazálku u nás má 75 % zaměstnanců*“.

Jaké vzdělání a kurzy mají aktivizační pracovníci DZR?

Tabulka č. 3 mapuje jaké vzdělání a absolvované kurzy uvedli sociální pracovníci, že mají aktivizační pracovníci v jejich DZR.

Tabulka č. 3 Vzdělání a kurzy aktivizačních pracovníků

	Vzdělání a kurzy aktivizačních pracovníků
SP 1	Bazální stimulace, Smyslová aktivizace, Validace, Péče o klienty s demencí, Terapeutická zahrada, kurz první pomoci, Aromatické masáže, Paměťové cvičení, Terapie hudbou
SP 2	Neví
SP 3	Bazální stimulace, Reminiscence, Vzpomínkové kufříky, Geronto-oblek, Péče o klienty s demencí
SP 4	Bazální stimulace, Validace, Smyslová aktivizace, Reminiscence
SP 5	Zatím žádné
SP 6	Ošetrovatelský kurz, Bazální stimulace, Smyslová aktivizace, Reminiscence, Canisterapie, Muzikoterapie, Komunikace s klienty s demencí, Nejčastější onemocnění ve stáří, Paliativní péče, Biografie
SP 7	Neví
SP 8	Smyslová aktivizace, Bazální stimulace, Vzpomínkové kufříky

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č.3 vyplývá, že nejčastějším směrem vzdělání je Bazální stimulace, a to v téměř 60. Bazální stimulaci jako vzdělání svých zaměstnanců uvedlo 5 z 8 informantů, 2 odpověď neznali a SP 5 uvedl, že jako nové zařízení zatím vzdělání v žádné oblasti nemají. Dalším směrem vzdělání je Smyslová aktivizace, tu uvedlo 50 % informantů. SP 3 „*Vzpomínkové kufříky jsou skvělý, jsem ráda, že naše pracovnice ho mají.*“ SP 7 „*To nevím, musíte se zeptat přímo holek na baráku.*“

Jaké a jakou formou jsou aktivizačním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách nabízeny kurzy a semináře?

SP 3, SP 4, SP 5, SP 7, SP 8 se shodli, že je vždy ke konci roku vydána nabídka kurzů a seminářů na následující rok, a pokud si pracovník najde kurz, o který by měl zájem, tak je mu ve většině případů umožněno ho absolvovat. SP 7 „*Na celý rok dostanou nabídku, když si najdeme kurz sami, tak je nám to umožněno + na konci roku dostáváme od paní*

ředitelky dotazník, o jaké kurzy by byl zájem.“ SP 1, SP 2, SP 6 neuvádějí, že si mohou kurz nebo seminář vybrat sami.

Absolvují aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách stáže v jiných zařízeních?

Z rozhovorů vyplynulo, že všichni informanti absolvují odborné stáže v dalších zařízeních.

Máte ve vašem zařízení zkušenost se zaměstnáváním speciální pedagogů?

„Nemáme“ (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, SP 5, SP 7, SP 8). SP 6 *„Na hlavní pracovní poměr ne, ale na praxi jsme tady někoho měli.“*

Považujete 24 hodin povinného doplňujícího vzdělání dle zákona č. 108/2006 Sb. za přínosné?

Všichni informanti se ve své odpovědi shodli, že rozhodně ano, SP 4 *„Určitě, když to má smysl.“* SP 7 *„Není to od věci, kdyby to nebylo povinné, tak by to ty lidi neplnili.“*

4.1.4 Vedení dokumentace a individuální plánování

Cílem této skupiny otázek je zjistit, jak funguje vedení dokumentace, týkající se poskytování aktivizačních činností a terapií, konkrétně jaký je způsob vedení dokumentace, co je obsahem a jakým způsobem se jednotlivé aktivizační činnosti vykazují (tabulka č.4).

Tabulka č. 4 Vedení dokumentace aktivizačních činností a terapií

	Způsob vedení dokumentace	Obsah dokumentace	Způsob vykazování jednotlivých aktivizačních činností
SP 1	Elektronicky- „ergotabulky“	Konkrétní činnosti u každého klienta	Každý den u každého klienta
SP 2	Elektronicky i písemně (sociálně aktivizační tabulky)	Všechny činnosti, které klient dělal	Každý den u každého klienta
SP 3	Elektronicky i písemně	Průběh dne, aktivity, terapie, cvičení	„Pokud u klienta nějaká aktivita proběhne, tak se to zapíše“
SP 4	Elektronicky-Cygnus 2	Plán péče v oblasti aktivizačních činností, záznamy péče	Zadávání úkonů, které se týkají aktivizačních činností.
SP 5	Elektronicky-Cygnus	„Všechny činnosti, které jsou součástí ergoterapie“	U každého klienta každý den
SP 6	Elektronicky a písemně	„Jméno klienta, měsíc, činnost a reakce klienta.“	Každý den u každého klienta
SP 7	Elektronicky a písemně	„U každého klienta, co dělal a obecně aktivity daného dne.“	„Zápis do společných tabulek a jednotlivě každému klientovi.“
SP 8	Elektronicky-Cygnus 2 a písemně	„Každému klientovi co dělal“	„Pokaždé, když je u klienta aktivita.“

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni informanti se shodli, že dokumentaci vedou elektronicky a pět z nich navíc ještě písemně. SP 1, SP 2, SP 6, SP 7, SP 8 uvádějí, že se zapisuje činnost každému klientovi. SP 3, SP 4, SP 5 uvádějí, že do záznamů se píše všeobecné informace za daný den, týkající se aktivizačních činností a terapií. SP 1, SP 2, SP 5, SP 6, SP 7 uvádějí, že se do těchto záznamů zapisuje každý den každému klientovi. SP 3 a SP 8 uvádějí, že zápis probíhá, pokud u klienta nějaká aktivita proběhne.

Průběh individuálního plánování

Ve skupině otázek k individuálnímu plánování jsem se informantů dotazovala skupinou otázek: jakou roli má SP během sestavování individuálního plánu, kdo se zúčastní individuálního plánování, jaký je průběh tvorby individuálního plánu a jak probíhá vyhodnocení individuálního plánu (tabulka č.5).

Tabulka č. 5 Individuální plánování

	Role sociálního pracovníka během individuálního plánování	Účastníci individuálního plánování	Průběh tvoření individuálního plánu	Vyhodnocování plnění cílů individuálního plánu
SP 1	<i>„Jsem přítomna při příjmu klienta, potom dohlížím a kontroluji.“</i>	Klient, KP	<i>„Pokud je klient schopen při svém nástupu, tak tvoří sám s klíčovým pracovníkem, když není schopný, pomáhá rodina.“</i>	<i>„Vyhodnocujeme po 3 měsících.“</i>
SP 2	<i>„Neúčastním se.“</i>	Klient, KP, koordinátor ošetrovatelské péče	<i>„Plán se tvoří na základě analýzy potřeb, pokud je klient schopný, tak se podílí, když není, tak společně s rodinou.“</i>	<i>„Vyhodnocuje se po 3 měsících.“</i>
SP 3	<i>„Nezasahuju, dělám prvotní šetření před příjmem klienta.“</i>	Klient, KP, zodpovídá vedoucí ošetrovatelské péče	<i>„Plánuje se společně se životopisem, biografii klienta.“</i>	<i>„Vyhodnotí klíčový pracovník po 3 měsících.“</i>
SP 4	<i>„Metodicky pomáhám.“</i>	Klient, KP, AP, SP	<i>„Zásadní je skutečná potřeba, přání a cíl klienta“</i>	<i>„Vyhodnocuje se po 2-3 měsících.“</i>
SP 5	<i>„Jsem u příjmu klienta.“</i>	Klient, KP, AP, SP	<i>„Plánujeme společně se životopisem člověka.“</i>	<i>„Po 3 měsících.“</i>
SP 6	<i>„Ano, jsem při sestavování plánu.“</i>	Klient, KP, SP	<i>„Při příjmu klienta, když to jde tak individuálně s klientem, pokud už má pokročilé stádium demence, tak s rodinou.“</i>	<i>„Plán se vyhodnocuje 1x za půl roku.“</i>

SP 7	„Ano, podílím se“	Klient, SP, KP	„Já zjišťuju obecné informace před a při příjmu (co měl rád, odkud je, děti), pokračuje klíčák, po uběhnutí adaptačního procesu se vše komunikuje s rodinou. Klíčový pracovník sepíše biografii a vyzdobí pokoj.“	„Po 3 měsících adaptační proces a po 6 měsících vyhodnocování.“
SP 8	„Ano.“	Klient, KP, AP, SP, fyzioterapeut	„Klíčový pracovník plánuje oblast hygieny, stravování, prostorové orientace, rizikový plán, aktiv. pracovník aktivizační činnosti, sociální pracovník uplatnění práv a zájmů, sociálně terapeutické činnosti, fyzioterapeut motorické schopnosti.“	„Po 3 měsících.“

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí dotazovaných je zřejmé, že se účastní procesu individuálního plánování zejména při příjmu klienta, následně metodicky vedou a pomáhají klíčovým pracovníkům. Všichni informanti se shodli, že u tvorby individuálního plánu je přítomen klient, klíčový pracovník a sociální pracovník. SP 8 „Je tam navíc i aktivizační pracovník a fyzioterapeut.“

4.1.5 Aktivizační činnosti a terapie

V této baterii otázek jsem od sociálních pracovníků/pracovnic zjišťovala, jaké jsou v zařízení poskytovány aktivizační činnosti a terapie, jak často jsou nabízeny, v jakých probíhají formách, jaké je složení multidisciplinárního plánu, jak probíhá aktivizace u imobilních klientů, v jakých prostorách aktivity probíhají a osobní názory sociálních pracovníků/pracovnic na aktivizační činnosti a terapie (tabulka č. 6, schéma č. 2).

Tabulka č. 6 Aktivizační činnosti a terapie nabízené v DZR

	Aktivizační činnosti a terapie, které jsou nabízeny
SP 1	Bazální stimulace, Smyslová aktivizace, Validace, Trénink paměti, poslech hudby a zpěv, harmoniky, výlety, cvičení, masáže, četba a poslech mluveného slova, Bohoslužba
SP 2	Muzikoterapie, kognitivní trénink a stimulace, nácvik soběstačnosti, vyrábění, nácvik chůze, Bohoslužba
SP 3	Muzikoterapie, pečení, cvičení, masáže, canisterapie, práce na zahradě, pletení
SP 4	Tvořivé dílny, cvičení, výlety, paměťové hry, externě canisterapie a felinoterapie, účast na kulturních akcích
SP 5	Pletení, čtení, malba, výlety, kognitivní trénink, zpěv
SP 6	Bazální stimulace, aroma masáže, kognitivní trénink, pečení, poslech mluvené knihy, vzpomínková terapie, poslech hudby a zpěv, háčkování, pletení, duchovní péče, canisterapie, tematicky zaměřené akce, 1x za měsíc dámský a pánský klub
SP 7	Ruční práce, Smyslová aktivizace (ergo dílna-malování, stříhání, pletení), společenské hry, canisterapie, psychoterapie, trénink paměti, arteterapie, muzikoterapie, kino kavárna, kulturní programy (tematické akce, přednášky)
SP 8	Orientace realitou, Validace, Reminiscence, Kognitivní trénink, Kinezioterapie

Zdroj: vlastní výzkum

Jak často jsou tyto aktivizační činnosti nabízeny a probíhají o víkendu?

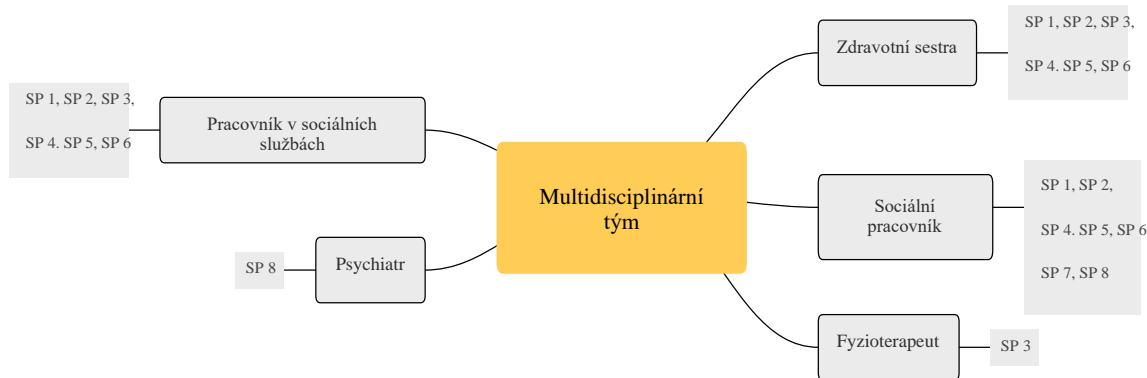
SP 1, SP 2, SP 6 shodně uvádějí, že aktivizační činnosti probíhají i o víkendech, neboť pracovníci, kteří aktivizaci zajišťují, pracují na krátký/dlouhý týden. SP 3 „*Jako aktivizační pracovnice chodí jen od pondělí do pátku, ale o víkendu to s těma lidma dělají ošetřovatelé, můžou dělat třeba bazálku.*“ SP 7 „*O víkendech chodí ergoterapeutka na dopoledne na 4 hodiny, odpoledne jsou potom návštěvy.*“ SP 4, SP 5, SP 8 uvádějí, že zde o víkendech neprobíhá aktivizace za účasti aktivizačního pracovníka.

Jakou formou jsou aktivizační činnosti a terapie poskytovány?

Zde se všichni informanti shodli, že aktivity probíhají individuálně nebo skupinově.

Kteří pracovníci z multidisciplinárního týmu se podílejí na poskytování aktivizačních činností a terapií?

Schéma č. 2 Členové multidisciplinárního týmu



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků vyplývá, že ve většině zařízení, jak uvádějí SP, se aktivizačních činností účastní zdravotní sestra, pracovník v sociálních službách a sociální pracovník. SP 3 „U nás je to i fyzioterapeut.“ SP 8 „Myslím, že tam můžu zařadit i psychiatra.“

Je ve Vašem zařízení speciální místnost určená k realizaci aktivizačních činností a terapií?

SP 1, SP 3, SP 6, SP 7, SP 8 se ve svých odpovědích shodují, že skupinové aktivity probíhají ve společných prostorech. SP 1 „Dopolední programy probíhají na společné jídelně, tam se sejdou schopnější klienti.“ SP 2, SP 4, SP 5 se shodli, že k aktivizaci mají vyčleněné místnosti. SP 2 „Jo, tady máme tuhle místnost, jsou tu třeba bohoslužby.“ SP 4 „Ano, máme aktivizační místnost.“ SP 7 „Ne, vše probíhá na společných prostorech.“ SP 5 „Máme tady velkou místnost, kde se scházíme, je tam i televize.“

Jak probíhá aktivizace imobilních klientů?

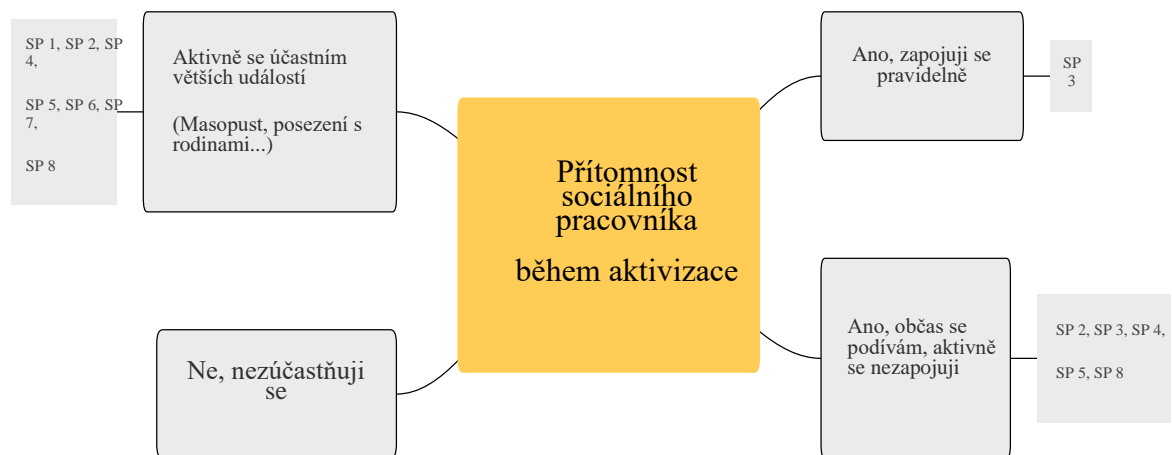
Všichni informanti se shodli, že pokud to umožní stav klienta zúčastňuje se aktivit na invalidním vozíčku, pokud ne, tak aktivizace probíhá na pokojích. SP 1 „Na dopoledne jsou všichni na jídelně nebo na 2. společenské místnosti, po obědě se většina z nich opět vrací. Samozřejmě, pokud to jejich stav umožňuje.“ SP 4 „Imobilní klienti se do skupin zapojují v křeslech, jsou jim vkládány různé materiály do rukou, snaha upevňovat pohyby, kterých jsou schopni nebo třeba canisterapie, felinoterapie.“ SP 8 „Pokud to jde, je s námi klient dopolední aktivitě, odpoledne se nechávají ležet na pokojích.“

Jaký je podle Vašeho názoru přínos aktivizačních činností a terapií u uživatelů v domově?

SP 2 „Hlavně na procvičování mozku, trénink paměti a reminiscence.“ SP 3 „Ten pocit, že se klientovi někdo věnuje, naslouchá mu.“ SP 7 „Nevím, obraťte se na sociálního pracovníka.“

Podílníte se vy osobně na aktivizaci? Pokud ano, jakým způsobem?

Schéma č. 3 Přítomnost SP během aktivizačních činností a terapií



Zdroj: vlastní výzkum

SP 4 doplňuje „Spolupracujeme při tvorbě aktivizačních programů a zajišťují externisty.“

Jaké jsou podle Vašeho názoru silné a slabé stránky týkající se poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?

Tabulka č. 7 Silné a slabé stránky aktivizačních činností a terapií dle SP

	Silné stránky	Slabé stránky
SP 1	<i>„Když vidíme, že se ty lidi smějou, baví je to, to je odměna.“</i>	<i>„Mohly by být větší prostory.“</i>
SP 2	<i>„Určitě reminiscence a procvičování mozku.“</i>	<i>„Nevím.“</i>
SP 3	<i>„Z mála aktivizační pracovníci vyrobí hodně pomůcek a o práci přemýšlí.“</i>	<i>„Peníze, tolik jich není.“</i>
SP 4	<i>„Využíváme konceptu Validace, který umožňuje komunikaci s klienty, získávání dalších informací od klientů z minulosti, které ovlivňuje jejich současné chování.“</i>	<i>„Z minulých let aktivizace hodně zaměřená na „výrobu“ např. výzdoby zařízení nebo výstavy, toto chci odbourat.“</i>
SP 5	<i>„Jsme poměrně nové zařízení, toto nemám vysledované.“</i>	<i>„Nevím.“</i>
SP 6	<i>„Určitě trénování paměti.“</i>	<i>„Nevím.“</i>
SP 7	<i>„Nevím.“</i>	<i>„Nevím.“</i>
SP 8	-	<i>„Záleží na zdravotním stavu.“</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Mohl/a byste uvést příklad dobré praxe, který se týká poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?

SP 1 *„Smyslová aktivizace je skvělá.“* SP 3 *„Určitě, když lidi dělají to, na co byli zvyklí, třeba pečení, vybavují se jim vzpomínky.“*

4.2 Výsledky aktivizační pracovníci

Výsledky v této části vycházejí z polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky v DZR.

4.2.1 Sociodemografické údaje

V této sadě otázek jsem se dotazovala na identifikační údaje aktivizačních pracovníků, konkrétně na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, dobu působení v DZR a absolvované kurzy a semináře (tabulka č.8).

Tabulka č. 8 Sociodemografické údaje aktivizační pracovníci

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Působení v DZR	Kurzy, semináře
AP 1	Žena	45	SOŠ	20 let	Rehabilitace 1.pomoc Dornowa metoda Aromatické masáže Taneční terapie
AP 2	Žena	48	SOŠ	1 rok	Pečovatelský kurz Muzikoterapie Smrt a umírání
AP 3	Žena	42	SOŠ	6 let	Geronto-oblek Bazální stimulace Reminiscence
AP 4	Žena	50	VŠ	15 let	Bazální stimulace Validace
AP 5	Žena	24	SOŠ	5 měsíců	-
AP 6	Žena	40	SOŠ	1,5 roku	Sanitární kurz Sociální kurz +z minulé práce
AP 7	Žena	42	SOŠ	14 let	Trénink paměti Smyslová aktivizace II. Bazální stimulace Péče o osoby s demencí

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Další vzdělávání v oblasti aktivizačních činností a terapií

Jaké semináře a kurzy pro Vás byly nejvíce přínosné/prospěšné?

AP 1 „Určitě to byla muzikoterapie, taneční terapie a všechno o demenci.“ AP 3 „Všechno, co jsme si mohli prakticky vyzkoušet.“ AP 7 „Smyslovka, ta mi nejvíc dala.“ Všichni informanti se shodli, že nejpřínosnější pro ně byly ty kurzy a semináře, které si

mohli prakticky vyzkoušet a sami zažít, rovněž se shodují v tom, že takových kurzů by mohlo být více.

Absolvujete stáže v jiných zařízeních poskytujících sociální služby? Pokud ano, tak kde a čeho se stáž týkala?

AP 1 „*Ano, absolvuji. Byla jsem v CSP ve Vodňanech, v psychiatrické léčebně u Honzíčka, na psychiatrii a třeba v Dubu. Víc nevím, bylo jich fakt hodně.*“ AP 2 „*Ano, byla jsem v důchod'áku.*“ AP 6 „*Ano, v našich jiných pobočkách.*“ AP 3, AP 4, AP 5, AP 7 se shodli, že stáže neabsolvují.

4.2.3 Aktivizační činnosti a terapie

V této sadě otázek jsem se zaměřila na individuální, skupinové a aktivity mimo objekt zařízení.

Individuální aktivizační činnosti

U individuálních aktivizačních činností jsem se dotazovala na druh poskytovaných činností, pomůcky, prostory, ve kterých aktivity probíhají, metody a techniky a přínos činností (tabulka č. 9).

Tabulka č. 9 Individuální aktivizační činnosti a terapie poskytované v DZR

	Druh	Pomůcky	Prostory	Metody a techniky	Přínos
AP 1	Terapie hudbou, šlapadla, rehabilitační cvičení, bazální stimulace, smyslová aktivizace, masáže, vzpomínková terapie, Validace	Hudba, knihy, pexeso, obrázkové a slovní karty	Společné prostory, pokoje klientů, zahrada, terasa	Výtvarné činnosti, hudební aktivity	<i>„Lepší nálada klientů, zlepšení motoriky, lepší psychická a tělesná kondice.“</i>
AP 2	Muzikoterapie, hraní s nástroji, hádanky, trénink paměti, terapeutická panenka, xylofon, čtení pranostik	Podle činnosti- knihy, nitě, hudební nástroje	Aktivizační místnost, pokoje klientů	Výtvarné činnosti, hudební aktivity a muzikoterapie, trénování paměti, vzpomínkové aktivity	<i>„Lidi mají radost, že jim věnují svůj čas.“</i>
AP 3	Muzikoterapie, cvičení, masáže, canisterapie	Rehabilitační pomůcky, pexeso, knihy	Společenská místnost, pokoj klientů, zahrada	Výtvarné činnosti, trénink paměti	<i>„Zaměstnání hlavy a rukou.“</i>

AP 4	Vyrábění, trénink paměti	Přírodní materiály (rostliny, dřevo), recyklujeme	Aktivizační místnost	Výtvarné činnosti, trénink paměti	„Rozvoj klienta v nižších stádiích demence, udržení stavu u pozdních stádií.“
AP 5	Čtení, předčítání, malba (domečky z dřívěk), vycházka (co nejčastěji), zaměstnat hlavně motoriku, trénink paměti (tajenky)	Malování-tempery, vodovky, Pletení-bavlnky, vlna, Filmy-DVD	Aktivizační místnost nebo pokoj klienta	Výtvarné činnosti, trénink paměti, hudební aktivity	„Rozvoj jemné motoriky, trénink paměti a dobrá nálada klienta.“
AP 6	Bazální stimulace, aroma masáže, kognitivní trénink, pečení, poslech mluvené knihy a hudby, háčkování, pletení, canisterapie, duchovní péče, vzpomínková terapie	Dle činnosti-pečení, pletení	Obývací pokoje a jídelny	Výtvarné činnosti, trénink paměti, hudební aktivity, vzpomínkové aktivity	„Rozvoj a podpora jemné a hrubé motoriky.“

AP 7	<i>„Máme stanovený program, ale striktně se podle něj neřídím, vše přizpůsobuji stavu klientů. Často v pondělí dopoledne trénujeme paměť, to máme všichni hodně energie. Odpoledne chodím ke klientům na pokoj.“</i>	Pexesa, obrázkové karty, knížky, hudební nástroje	Pokoje klientů	Trénink paměti, hudební aktivity, vzpomínkové aktivity	<i>„Rozvoj motoriky a procvičení paměti.“</i>
-------------	--	---	----------------	--	---

Zdroj: vlastní výzkum

K individuálním aktivitám informanti nejčastěji uváděli různé formy terapií, kognitivní trénink a trénink motorických dovedností. Nejčastějším místem, kde individuální aktivizační činnosti a terapie probíhají je pokoj klienta, který zajistí pohodlí a soukromí, jak pro klienta, tak i pro aktivizačního pracovníka. AP 5 *„Když je čas, chodím s klienty individuálně na procházku k řece.“*

Skupinové aktivizační činnosti

U skupinových aktivizačních činností jsem se dotazovala na druh poskytovaných činností, jaký je během těchto počet klientů a jak probíhá výběr klientů do skupiny (tabulka č.10).

Tabulka č. 10 Skupinové aktivizační činnosti a terapie poskytované v DZR

	Druh	Počet klientů	Výběr klientů
AP 1	Skupinové cvičení, míčové hry, promítání, biblická hodina, farář husitské a katolické církve, harmoniky, sezónní akce, návštěva školky	20-25	„Rozhodnou se sami, kdo nechce, tak jde na recepci.“
AP 2	Muzikoterapie, hraní s nástroji, šití, vyrábění z papíru, hádanky, trénink paměti, čtení pranostik, Mše svatá, posezení s farářem	13-15	„Rozhoduje zdravotní stav klienta.“
AP 3	Muzikoterapie, pečení, cvičení, masáže, canisterapie, sázení květin, pletení	cca 10	„Jak chtějí, sami si řeknou.“
AP 4	Vyrábění, trénink paměti, cvičení, canisterapie, felinoterapie	7-8	„Tak aby se průběžně zapojovali všichni, včetně imobilních.“
AP 5	Sledování a promítání filmů (vyberou si klienti), pletení, čtení, předčítání od hosta, malba (domečky z dřívěk), vycházka (co nejčastěji), zaměstnat hlavně motoriku, trénink paměti (tajenky), pečení to mají klienti rádi	10-15	„Rozhodnou se sami.“
AP 6	Bazální stimulace, aroma masáže. Kognitivní trénink, pečení poslech mluveného slova a hudby, háčkování, pletení, canisterapie, duchovní péče, vzpomínková terapie, zpěv, harmonikáři, cvičení na hrubou a jemnou motoriku, 1x za měsíc pánský a dámský klub, pečení, práce na zahradě, tematicky zaměřené akce, významné akce a dny	cca 15	„Jak chtějí sami.“
AP 7	Pečení, vaření, muzikoterapie-každý měsíc odpoledne s kytarou, reminiscence, návštěvy do zařízení	10	„Jelikož aktivity probíhají na jídelně, tak všichni klienti, kteří tam jsou“

Zdroj: vlastní výzkum

V této sadě otázek jsem se informantů dotazovala i na pomůcky, metody a techniky, přínos a prostory, kde aktivity probíhají. Odpovědi se u všech shodovaly s odpověďmi z individuálních činností. U většiny otázek se odpovědi na poskytované individuální a skupinové aktivity shodovaly. Dotazovaní uváděli, že vše, co s lidmi dělají ve skupině, lze v podstatě tvořit i s jednotlivci. AP 1, AP 2 a AP 6 shodně uváděli, že mezi oblíbenou skupinovou aktivitu patří konání Mše svaté, na kterou do zařízení dochází pan farář nebo paní farářka. AP 3, AP 5 a AP 6 často nabízejí klientům různá vyrábění, pečení, vaření a hodnotí je jako pro klienty přínosné. AP 5 *„Rádi si vzpomínaj na recepty, připravují těsto, někomu stačí se s těstem jen pomazlit.“* AP 1, AP 6 a AP 7 odpovídali, že aktivity spojené s hudbou nebo s návštěvou jiných osob, jsou také velmi oblíbené. AP 1 *„Tak 1x za 2 měsíce k nám chodí školka, zpívají, recitují básničky a pak se jdou rádi pomazlit ke klientům.“* Počet klientů, kteří se skupinových aktivit účastní, je závislý na tom, zda je v zařízení speciálně určená místnost k realizaci aktivizačních činností a terapií. Pokud ano, skupinky bývají zpravidla menší cca do 10 osob. Pokud aktivizační činnosti a terapie probíhají ve společných prostorách nebo například jídelnách, tak počet klientů bývá většinou nad 10 osob. V letním období se aktivity realizují na zahradách a terasách, pokud je tomuto objektu zařízení uzpůsoben.

Aktivity mimo objekt zařízení

V této sadě otázek jsem zjišťovala, jaké probíhají aktivity mimo objekt zařízení, jak často, jak jsou klienti o aktivitách informováni a zda se aktivit zúčastňují i imobilní klienti (tabulka č. 11).

Tabulka č. 11 Aktivity mimo objekt zařízení

	Navštěvovaná místa	Četnost	Jak jsou klienti informováni	Účast imobilních klientů
AP 1	Procházky po okolí, kino, cukrárna, výstavy, keramická dílna, slavnosti Holašovice, zámky, ZOO, hospůdka u Korytů	<i>„Určitě procházky často, jinak několik do měsíce.“</i>	<i>„Pro rodiny chodí plán akcí s fakturou, čtvrtletník, nástěnky po zařízení.“</i>	Ano
AP 2	Mini Zoo, Pohádková kovárna	1x za měsíc	<i>„Nástěnky po zařízení a chodíme nabízet.“</i>	<i>„Ano, pokud je dáme do auta.“</i>
AP 3	Kino, cukrárna, procházka, Zoo Hluboká	<i>„Co nejčastěji to jde.“</i>	Nástěnky	<i>„Pokud to zvládnou, tak určitě.“</i>
AP 4	Procházky	1x za měsíc	<i>„Měsíčním programem aktivizace na nástěnkách, pracovníci průběžně připomínají blížící se akce.“</i>	Ano
AP 5	Procházky po okolí a k řece (rádi sledují zvířata)	Každý týden	Nástěnky	<i>„Jo, na vozíčku.“</i>
AP 6	Knihovny, muzea, kavárna, Země Živitelka	Cca 1x za týden	<i>„Nástěnky a od aktivizačních pracovníků.“</i>	Ano
AP 7	<i>„Procházky několikrát za týden a v létě týdenní rekreace.“</i>	<i>„Několikrát za týden.“</i>	<i>„Od aktivizační pracovníce.“</i>	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí informantů vyplývá, že aktivity mimo objekt zařízení jsou poměrně oblíbené a četné, kromě AP 7 všichni dotazovaní uvádějí, že se aktivit účastní i imobilní klienti. Často zmiňované byly procházky po okolí, návštěva cukrárny. AP 1, AP 2, AP 3 a AP 6 zmiňovali návštěvy různých akcí, například Země Živitelka, Slavnosti Holašovice a další. AP 7 „Každé léto jezdíme na týdenní rekreaci.“ Této akce se ovšem neúčastní imobilní klienti.

Mají rodinní příslušníci možnost se zapojit do aktivizačních činností a terapií? Pokud ano, tak jakým způsobem a je o zapojení z jejich strany zájem?

Všichni informanti se shodli, že rodinní příslušníci mají možnost se zapojit. SP 1 „*Jsou rodiny, které se zapojují pravidelně, hodně se jich schází třeba na vánočním posezení. Loni například se s námi sešla rodina klientů v ZOO.*“ SP 2 „*Jako možnost mají, ale moc se neúčastňují, jsou informováni na nástěnkách nebo na internetu.*“ SP 7 „*Moc velký zájem není, rodiny klientů nám důvěřují, pokud je třeba klient nový, tak se zapojují, ale s postupem času méně.*“

Jak probíhají aktivizační činnosti a terapie u imobilních klientů?

AP 1 „*Pokud se klient neúčastňuje skupinových aktivit, tak za ním chodíme na pokoj. Dopoledne děláme skupinové aktivity a odpoledne právě ty individuální. Já třeba dělám masáže, bazálku, rehabilitační cvičení, čteme, posloucháme muziku.*“ AP 2 „*Individuálně na pokoji, třeba s terapeutickou kočkou, muziko hraní, masáž a povídání.*“ AP 4 „*Klienti jsou v pojízdných křeslech a vozících, zapojují se společně s mobilními klienty, během skupinových aktivit se snažíme klientům věnovat částečně individuálně, dle jejich schopností.*“ AP 5 „*Pokud klient může na vozíček, tak se účastní aktivit, pokud je na lůžku, tak je individuálně navštěvován.*“ AP 6 „*Individuálně na pokoji nebo v menších skupinkách.*“ AP 7 „*Odpoledne individuálně na pokoji.*“

Jaký je podle Vás přínos aktivizačních činností a terapií?

Část informantů odpovídala jako AP 2 „*Radost klientů a zlepšení jejich nálady.*“ A druhá část má názor jako AP 4 „*Procvičení jemné a hrubé motoriky a procvičení mozku.*“

Jaké jsou podle Vašeho názoru nejpřínosnější aktivizační činnosti a terapie?

AP 1 „*Určitě paměťová cvičení, pohybová terapie a zpěv. Ten zpěv a harmoniky lidi moc baví, úplně ožijou.*“ AP 2 „*Zážitky z obyčejného života, to je baví, když jenom vyprávím,*

co jsem třeba doma pokazila nebo co jsem dělala s vnučkama. Taky když si sami vyrobíme hudební nástroje a pak s nima hrajeme.“ AP 6 „Podle mě kognitivní trénink, zpěv, háčkování a pečení.“

Mohl/a byste uvést příklad dobré praxe, který se týká poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?

AP 2 „Jak jsem říkala, ty lidi nejsou zvyklí a ani tolik neocení, když jim budete vyprávět něco naučeného nebo s nima dělat něco, co nikdy nedělali. Oni mají nejradši, když jste opravdoví, to ocení.“ AP 7 „Když přizpůsobím program jejich náladě a tomu, jak se momentálně cítí.“

4.3 Shrnutí výsledků

HVO: Jak jsou poskytovány aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem?

Odpověď: Z výzkumu vyplynulo, že aktivizační činnosti jsou v domovech se zvláštním režimem (zahrnutých do výzkumu) v Jihočeském kraji poskytovány individuální i skupinovou formou. Obě tyto formy se vzájemně doplňují a propojují, navíc jsou ve všech zařízeních doplněny aktivitami mimo objekt zařízení. Z výsledků vyplynulo, že nabídka činností pro klienta je pestrá a každé zařízení si vytváří svou nabídku. V každém zařízení jsem získávala informace od jednoho aktivizačního pracovníka a jednoho sociálního pracovníka, a tak mohou být uváděné aktivity od aktivizačního pracovníka omezené, ale každý aktivizační pracovník se většinou zaměřuje na určitou oblast aktivit, a proto jsou jeho informace v dané oblasti obsáhlejší.

Aktivizační činnosti a terapie jsou klientům nabízeny ve všední dny a v polovině dotazovaných zařízení i o víkendech a svátcích, ve zbylých v nepřítomnosti aktivizačního pracovníka aktivizační činnosti poskytují pracovníci v sociálních službách.

Úspěšnost, přínos a kvalitu aktivizačních činností jsem zjišťovala ze strany poskytovatelů, tzn. aktivizačních pracovníků a sociálních pracovníků. Až na jeden případ, kdy aktivizační pracovník uvedl „*Chtělo by to víc peněz.*“, tak nikdo z dotazovaných neuvedl žádné negativum. Se zpětnou vazbou od účastníků aktivizačních činností jsem nepracovala, neboť u klientů domovů se zvláštním režimem je zpětné podávání informací

ohledně prožitků a zážitků složité, v některých případech i nemožné. Získané informace by proto nebyly věrohodné.

Svůj výzkum jsem realizovala v osmi zařízeních. Polovina z nich byla zařízení soukromá a druhá polovina státní. Odpovědi se u obou skupin nelišily

DVO₁: Jaké je vzdělání pracovníků poskytujících aktivizační činnosti a terapie v domově se zvláštním režimem?

Zákon č.108/2006 Sb. nepracuje s konkrétním termínem „aktivizační pracovník“, proto tuto pozici nejčastěji vykonávají osoby s jakýmkoli vzděláním, které se zajímají o volnočasové aktivity, mají například v nějaké oblasti zálibu. Určitou část tvoří osoby, které mají vzdělání jako „pracovník v sociálních službách“ dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Své vzdělání si následně doplňují různými kurzy a semináři.

Z odpovědí aktivizačních pracovníků vyplynulo, že šest ze sedmi dotazovaných má střední odborné vzdělání a jeden má vyšší odborné vzdělání. Mezi nejčastěji zmiňované doplňující vzdělání patřila Bazální stimulace, Smyslová aktivizace a Péče o osoby s demencí.

DVO₂: Jakým způsobem domovy se zvláštním režimem spolupracují se speciálními pedagogy?

Odpověď: Z výsledků výzkumu vyplynulo, že domovy se zvláštním režimem spolupracují se speciálními pedagogy jen v rámci praxí studentů z vysokých škol. Taková skutečnost se objevila u jednoho zařízení z celkem osmi dotazovaných v Jihočeském kraji. V žádném ze zařízení, kde můj výzkum probíhal, není dle odpovědí informantů speciální pedagog zaměstnán na hlavní pracovní poměr. Spolupráci se ale žádné zařízení nebrání.

5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat poskytování aktivizačních činností a terapií v domovech se zvláštním režimem. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké vzdělání mají osoby, které zajišťují aktivizační činnosti. Druhým dílčím cílem byla otázka, zda zařízení spolupracují se speciálními pedagogy. Výzkum probíhal v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Z výsledku výzkumu se dá usuzovat, že nabídka aktivizačních činností a terapií domovů se zvláštním režimem (zahrnutých do výzkumu) v Jihočeském kraji je pestrá a pro jejich uživatele nabízí vyžití v co největší možné míře. Svůj výzkum jsem směřovala především na plánování aktivizačních činností a terapií, vedení dokumentace ohledně aktivizačních činností a terapií, personální zajištění a samotné aktivizační činnosti terapie.

Získané výsledky se týkají jen dotázaných osmi sociálních pracovníků a sedmi pracovníků zajišťujících aktivizaci v DZR v Jihočeském kraji. Nelze tedy tyto výsledky zobecňovat.

5.1 Diskuse výsledky sociální pracovníci

V šesti domovech se zvláštním režimem z celkem osmi jsem se dozvěděla, že klíčovým pracovníkem v zařízeních jsou pracovníci v sociálních službách i zdravotní sestry. Jak ale uvádí Malíková (2011), sestra je odborným pracovníkem, která má zajišťovat jiné činnosti, a tak pro ni funkce klíčového pracovníka není vhodná. Já zastávám stejný názor, neboť právě zdravotní sestra není s klientem v tak úzkém kontaktu jako pracovník v sociálních službách, má odlišnou náplň práce. Ze získaných informací vyplynula skutečnost, že ne vždy je sociální pracovník přítomen během tvorby individuálního plánu, nespolupracuje s klíčovým pracovníkem. Bicková a Hrdinová (2011) zmiňují, že přítomnost klíčového pracovníka během příjmu klienta a následná důsledná spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klíčovým pracovníkem je velice důležitá. Jednak se tím předejde opakovanému dotazování na stejnou věc a zároveň se ušetří čas, kterého je při péči o klienty v sociálních službách stále nedostatek.

Jednou z dílčích výzkumných otázek byla otázka „Jakým způsobem domovy se zvláštním režimem spolupracují se speciálními pedagogy?“ Na tuto otázku se mi dostalo odpovědi, že zařízení nemají se zaměstnáním speciálního pedagoga zkušenosti. Jen jedno zařízení uvedlo, že studenti oboru speciální pedagogika k nim docházejí na odborné praxe. Zákon

č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §110 hovoří o možnosti, aby osoba, která získala vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu, mimo dále jiných jmenovaných oborů, v oboru speciální pedagogika, pracovala v domově se zvláštním režimem na pozici sociální pracovník. Dále výše jmenovaný zákon v §115 hovoří o okruhu pracovníků v sociálních službách, kam řadí i pedagogického pracovníka, kterým dle zákona č.563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících speciální pedagog je. Je tedy podle platné legislativy možné, aby byl speciální pedagog zaměstnán v domově se zvláštním režimem jako sociální pracovník nebo jako pedagogický pracovník. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ani zákon č.563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících však blíže nedefinují, o jakou pracovní náplň by se jednalo při zaměstnání speciálního pedagoga jako pedagogického pracovníka v rámci domova se zvláštním režimem. Zastávám názor, že pozice speciální pedagog by v pobytových službách měla být, měl by být členem multidisciplinárního týmu. Jak ve své práci uvádí Čermák (2016) v současném trendu inkluze hrozí rozpad speciálního školství, a tak by se speciálním pedagogům otevřely dveře do sociálních služeb a zužitkovaly by se tak jejich znalosti napříč všemi věkovými kategoriemi. Dále také uvádí skutečnost, že je vždy na řediteli daného zařízení, zda ve svém týmu speciálního pedagoga potřebuje a zda na pedagogického pracovníka sežene v oblasti sociálních služeb potřebné finance.

Domovy se zvláštním režimem často pracují v rámci nějakého konceptu, v případě zařízení, v nichž probíhal výzkum, se nejčastěji jednalo o Bazální stimulaci a Smyslovou aktivizaci. Všechna dotázaná zařízení pravidelně své zaměstnance v těchto konceptech proškolují. Dle mého názoru je tento styl práce s klienty přínosný, a pokud je na jeho praktikování dostatečný čas, tak i účinný. Z odpovědí i z vlastních zkušeností a praxe ovšem vím, že na využití těchto aktivit u všech klientů prostě není čas.

Informanti ve svých odpovědích zmiňovali, že aktivizaci zajišťují i samotní pracovníci v sociálních službách, například o víkendech, když není aktivizační pracovník přítomen. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je to součástí jeho práce, neboť §115 hovoří o vykonávání základní nepedagogické činnosti, která mimo jiné spočívá v provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy. Dále se hovoří o zabezpečování zájmové a kulturní činnosti. Od aktivizačních pracovníků jsem informaci o zajišťování aktivizačních činností a terapií pracovníky v sociálních službách nedostala. Zřejmě jde tedy o zastoupení v jejich nepřítomnosti. Domnívám se a ze svých

zkušeností i vím, že pracovníci v sociálních službách jsou sice často opomíjenou, ale nepostradatelnou součástí aktivizace. Jsou totiž s klienty „od rána do večera“, povídají si s nimi, žijí s nimi v jejich každodenních činnostech. Vycítí, jak se člověk zrovna cítí a co v danou chvíli preferuje nebo potřebuje. Z vlastní praxe vím a výzkum mi to potvrdil, že pokud by pracovníci v sociálních službách nebyli v práci přetížení, tak by s chutí realizovali více aktivizačních činností a terapií. Mnozí z informantů uváděli, že je těší radost a pokroky jejich klientů a vnímají je ve své práci jako výrazné pozitivum. Přetíženost pracovníků v sociálních službách je však často způsobena nedostatkem personálu nebo financí. Tato problematika však není tématem mé bakalářské práce.

5.2 Diskuse výsledky aktivizační pracovníci

Z výzkumu vyplynulo, že na jednoho aktivizačního pracovníka v průměru vychází 21 klientů. Nerozlišovala jsem pracovníky na osmihodinové a dvanáctihodinové směny. Pokud bych vzala do úvahy, že pracovník při osmihodinové směně má „na starost“ 21 klientů, tak by mu na každého klienta vycházelo cca 22 minut denně. Pokud by tento čas byl věnován klientovi individuálně, tak se dle mého názoru jedná o vyhovující stav. V zařízeních se ale většinou v dopoledních hodinách konají skupinové aktivity, kterých se zúčastní více klientů najednou, (dle údajů z výzkumu nejčastěji 10-15). Tím se výrazně zkracuje čas pro individuální aktivizační činnosti a terapie, které následně probíhají v odpoledních hodinách. Z výzkumu dále vyplynulo, a velmi mě to těší, že každé zařízení spolupracuje s externisty (s harmonikáři, faráři, kytaristy atd.) a dalšími institucemi (s mateřskými školami, keramickými dílnami, kulturními zařízeními). Klienti tak přicházejí do kontaktu s „cizími“ lidmi a mají tím nejen zpestřený svůj život v zařízení, ale zároveň se jim tím aktivují sociální dovednosti. Všechna zařízení se také snaží za hezkého počasí podnikat různé druhy venkovních aktivit, ať už se jedná o vycházky, návštěvy cukrárny, výlety. Velmi mě v jednom zařízení nadchlo každoroční organizování „týdenní rekreace“. To, že mohou klienti na týden opustit každodenní „rutinu“, považují za nesmírně přínosné. Aktivizační činnosti a terapie u mobilních klientů probíhají v co nejvyšší možné míře stejně jako u imobilních klientů, pokud to jejich zdravotní stav dovoluje. Většinou se účastní aktivit na invalidním vozíku.

Z výzkumu dále vyplynulo, že v zařízeních zahrnutých do výzkumu dle informantů neprobíhá ergoterapie. Toto zjištění mě velice překvapilo, neboť na svých webových stránkách mají ergoterapii zařízení uvedenou. Osobu se vzděláním ergoterapeuta

pracující v daných zařízeních však nikdo nevedl. Dle vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, je ergoterapeutem osoba, která získala vzdělání v nejméně tříletém akreditovaném oboru s rozsahem praktického vyučování minimálně 1600 hodin. Přesto žádný z informantů nevedl, že v jeho zařízení probíhá ergoterapie. Místo toho byla uváděna paměťová cvičení, rukodělné činnosti, pohybové hry, poslech hudby a zpěv.

Odpovědi sociálních pracovníků a pracovníků zajišťujících aktivizaci se rozcházely v názoru na absolvování stáží v jiných zařízeních, které poskytují sociální služby. Sociální pracovníci uvedli, že pracovníci v sociálních službách i aktivizační pracovníci odborné stáže v jiných zařízeních absolvují. Z odpovědí aktivizačních pracovníků však zazněly i jiné údaje. Čtyři z nich uvedli, že je neabsolvují a tři, že ano. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách hovoří o povinnosti dalšího vzdělávání v rozsahu 24 hodin za rok. Nabízí různé možnosti, kterými lze 24hodinové vzdělání splnit, jednou z nich jsou právě zmíněné odborné stáže. Povinné tedy nejsou, jsou jen jednou z možností. Zastávám názor, že absolvování odborných stáží v jiných zařízeních, které sociální služby poskytují, je přínosné a přinese účastníkovi nové zkušenosti a nápady. Například, pokud by pracovník domova se zvláštním režimem absolvoval jednou za rok osmihodinovou směnu v jiném zařízení, které poskytuje pobytovou službu, tak si může odnést nové informace, naučit se nové postupy, získat nové nápady, které ve své práci zúročí. Pokud by se ničím neobohatil, tak mu poznání, že jeho zařízení funguje správně, přinese uspokojení a má ze své práce větší radost.

Vybrala jsem si téma, u kterého nelze hodnotit dobře a špatně. Je na každém zařízení, jak si s aktivizačními činnostmi a terapiemi poradí a co svým klientům nabídne. Dle mého názoru a jak je i ve výzkumu zmíněno, nezáleží na tom, zda je zařízení soukromé nebo státní. Záleží vždy na jednotlivcích, na jejich snaze a lásce k práci. Protože i z mála se dá udělat hodně. Obzvláště u klientů domovů se zvláštním režimem není potřeba nakupovat drahé pomůcky, různé hry, speciální hudební nástroje apod. Jsou vděční a užívají si nejvíce toho, když jim někdo věnuje svůj čas, porozumění, dotek a pohovoří s nimi nebo jim naslouchá. V žádném případě nezpochybňuji důležitost terapií, které klientovi ulehčí pohyb, zmírní nebo zpomalí průběh nemoci, případně mu uleví od potíží. Těchto aktivizačních činností je dle mého názoru v zařízeních nabízeno dostatečné množství. Stav, kvůli kterému se klient v domově se zvláštním režimem nachází, se však nezlepší,

postup nemoci se nezpomalí, pokud nebude klient v psychické pohodě. A proto si přeji, aby se všichni klienti cítili v domovech v rámci svých možností dobře a co nejméně strádali po citové a emoční stránce.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Aktivizační činnost a terapie v domově se zvláštním režimem“ měla za cíl zmapovat poskytování aktivizačních činností a terapií v domově se zvláštním režimem. Konkrétně byla zaměřena na druhy, formy, metody, techniky, pomůcky, přínos, personální zajištění a vedení dokumentace. K hlavnímu cíli byly zvoleny 3 výzkumné otázky.

Práce byla rozdělena na dvě hlavní části: teoretickou a praktickou.

Teoretická část byla rozdělena do 2 částí, v první jsou vysvětleny základní pojmy z domova se zvláštním režimem a ve druhé části jsou popsány nejčastěji využívané aktivizační činnosti a terapie. Praktická část byla rozdělena také do dvou částí, v první je uveden cíl práce, výzkumné otázky a vysvětlen postup realizace výzkumu. Ve druhé jsou přehledně znázorněny výsledky, rozdělené do 2 skupin: pro sociální pracovníky a pro aktivizační pracovníky. Součástí je i společné shrnutí výsledků.

Bakalářská práce prezentuje názory a znalosti o poskytování aktivizačních činností a terapií osmi sociálních pracovníků a sedmi aktivizačních pracovníků z osmi různých domovů se zvláštním režimem v Jihočeském kraji.

Z výsledků vyplynulo, že nabídka aktivizačních činností a terapií v domovech se zvláštním režimem v Jihočeském kraji je poměrně pestrá, je nabízena individuální i skupinovou formou a obě tyto formy se prolínají. Pozitivním faktem je skutečnost, že každé zařízení si tvoří svou nabídku aktivizačních činností a zároveň každý aktivizační pracovník si tvoří svůj vlastní systém a styl práce s klientem.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity jako materiál pro studenty vybraných oborů a pro pracovníky, kteří aktivizační činnosti a terapie v domovech se zvláštním režimem zajišťují. Zároveň budou výsledky poskytnuty zařízením, kde byl výzkum realizován. Výzkum i zpracování dat související s touto bakalářskou prací byl přínosem i pro mě samotnou. S radostí jsem domovy se zvláštním režimem v Jihočeském kraji navštěvovala a s nabídkou aktivizačních činností se seznamovala. Jsem za klienty zařízení, která byla zapojena do výzkumu, spokojena s množstvím různorodých aktivit, aktivizačních činností a terapií, které jsou jim nabízeny a s nimi realizovány.

Seznam použitých zdrojů

1. Alzheimers.net, 2019. *Empathy for Alzheimer's: The Validation Method*. [online]. 11.3. [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://www.alzheimers.net/2013-11-07/validation-method-for-alzheimers/>
2. Basale stimulation, ©2008. *Das Konzept*. [online]. [cit. 2020-28-04]. Dostupné z: <https://basale-stimulation.de/das-konzept/>
3. BICKOVÁ, L., HRDINOVÁ, D., 2011. Proces individuálního plánování. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, s. 71-86. ISBN 978-80-904668-1-4.
4. BENÍČKOVÁ, M., 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4238-0.
5. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
6. ČERMÁK, Z., 2016. Uplatnění speciálních pedagogů v rezidenčních zařízeních sociálních a zdravotních služeb pro seniory [online]. Praha [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/179762/>. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze Pedagogická fakulta.
7. Česká arteterapeutická asociace, © 2020. *Co je arteterapie*. [online]. [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>
8. DISMAN, M., 2011. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 4. nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
9. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor. 28 s. ISBN 978-80-904668-8-3.
10. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. Zooterapie. In: HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. s. 85-91. ISBN 978-80-247-4697-5.
11. DURU AŞİRET, G., KAPUCU, S., 2015. The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 29(1), 31-37. DOI: 10.1177/0891988715598233. ISSN 0891-9887. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988715598233>

12. European federation of art therapy, ©2018. *About art therapy* [online]. [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: <https://www.arttherapyfederation.eu/art-therapy.html>
13. FILATOVA, R., 2014. *Snoezelen-MSE*. Frýdek-Místek: Kleinwächter Josef, 160 s. ISBN 978-80-905419-3-1.
14. FILATOVA, R., JANKŮ, K., 2010. *Snoezelen*. Ostrava: Asociace konceptu Snoezelen. 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.
15. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace. 2010. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. s. 291 – 304. ISBN 978-80-904668-0-7
16. FRIEDLOVÁ, K., 2018. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 204 s. ISBN 978-80-907053-1-9.
17. GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z., 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 978-80-7367-879-1.
18. HAICL, M., HAICLOVÁ, V., 2011. Proces individuálního plánování. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, s. 71-86. ISBN 978-80-904668-1-4.
19. HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 311 s. ISBN 80-717-8803-1.
20. HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M., 2016. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2.vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
23. HYPŠOVÁ, D., 2007. *Felinoterapie, 2007*. In: VELEMÍNSKÝ, M. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, s. 259-280. ISBN 978-80-7322-109-6.
24. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
25. JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 335 s. ISBN 80-726-2268-4.

26. JŮN, H., 2010. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
27. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
28. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
29. KOLDINSKÁ, K., 2007. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In: MATOUŠEK, O. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, s. 35-51. ISBN 978-80-7367-310-9.
30. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
31. LIEBMANN, M., 2005. Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Praha: Portál. 280 s. ISBN 80-717-8864-3.
32. LHOTOVÁ, M., PEROUT, E., 2018. Arteterapie v souvislostech. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-262-1272-0.
33. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
34. MATOUŠEK, O., 2016. Slovník sociální práce. Vydání třetí. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
35. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, ©2019 [online]. WHO/ÚZIS [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
36. MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
37. MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
38. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. Andragogický slovník. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
39. Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2019 [online]. MPSV [cit. 2020-05-12]. http://iregistr.mpsv.cz/socereg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1590991147137_2
40. SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I., HÁTLOVÁ, B., 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
41. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-802-6210-436.

42. ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.
43. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
44. VOJTOVÁ, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.
45. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-02-16] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021-7048. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
46. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, 2005. [online]. [cit. 2020-05-25] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 8, s.189-211. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
47. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
48. World federation of music therapy, ©2008- 2017. *About WFMT* [online]. [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: <https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
49. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-02-16] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
50. Zákon č.262/2006 Sb., Zákoník práce, 2006. [online]. [cit. 2020-02-16] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3146-3241. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
51. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, 2004. [online]. [cit. 2020-05-25] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 190, s. 10333-10345. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>

Seznam schémat a tabulek

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Sociodemografické údaje sociální pracovníci

Tabulka č. 2 Základní údaje o zařízení

Tabulka č. 3 Vzdělání a kurzy aktivizačních pracovníků

Tabulka č. 4 Vedení dokumentace aktivizačních činností a terapií

Tabulka č. 5 Individuální plánování

Tabulka č. 6 Aktivizační činnosti a terapie nabízené v DZR

Tabulka č. 7 Silné a slabé stránky aktivizačních činností a terapií dle SP

Tabulka č. 8 Sociodemografické údaje aktivizační pracovníci

Tabulka č. 9 Individuální aktivizační činnosti a terapie poskytované v DZR

Tabulka č. 10 Skupinové aktivizační činnosti a terapie poskytované v DZR

Tabulka č. 11 Aktivity mimo objekt zařízení

Seznam schémat

Schéma č. 1 Využívané koncepty v zařízení

Schéma č. 2 Členové multidisciplinárního týmu

Schéma č. 3 Přítomnost SP během aktivizačních činností a terapií

Přílohy

Příloha č. 1- Otázky k rozhovoru se sociálními pracovníky

Příloha č. 2- Otázky k rozhovoru s pracovníky poskytujícími aktivizační činnosti a terapie

Příloha č. 3- Informovaný souhlas

Otázky k rozhovoru se sociálními pracovníky

1. Sociodemografické údaje

- Pohlaví
- Věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Počet let zaměstnání v DZR

2. Domov se zvláštním režimem

- Jaký je počet klientů v DZR?
- Jaký je počet pracovníků věnujících se aktivizaci v DZR?
- Jaký je počet pracovníků v sociálních službách?
- Jaký je počet sociálních pracovníků?
- Jaký je počet klientů na 1 klíčového pracovníka?
- Kdo může být klíčovým pracovníkem?

3. Vzdělání pracovníků v oblasti aktivizace

- Pracujete jako zařízení v rámci nějakého konceptu (Psychobiografický model péče podle Böhma, Bazální stimulace, Smyslová aktivizace, aj.)?
- Jsou všichni pracovníci DZR vzděláváni v rámci nějakého konceptu?
- Jaké vzdělání a kurzy mají aktivizační pracovníci v DZR?
- Jaké a jakou formou jsou aktivizačním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách nabízeny kurzy a semináře?
- Absolvují aktivizační pracovníci a pracovníci v sociálních službách stáže v jiných zařízeních?
- Máte ve vašem zařízení zkušenosti se zaměstnáváním speciálních pedagogů?
 - V případě, že ano, jak jste s jejich spoluprací spokojeni v rámci multidisciplinárního týmu?
- Považujete 24 hodin povinného doplňujícího vzdělání podle zákona 108/2006 Sb. za přínosné?

4. Vedení dokumentace a individuální plánování

- Jakým způsobem vedete dokumentaci týkající se aktivizačních činností a terapií?
- Co je obsahem dokumentace zaměřené na provádění aktivizačních činností a terapií?
- Jakým způsobem vykazujete v dokumentaci jednotlivé aktivizační činnosti a terapie, které realizovány u klientů?
- Jakým způsobem probíhá individuální plánování týkající se poskytování aktivizačních činností a terapií?
 - Role sociálního pracovníka během individuálního plánování
 - Účastníci individuálního plánování
 - Průběh tvoření individuálního plánu
 - Vyhodnocování plnění cílů individuálního plánu

5. Aktivizační činnosti a terapie

- Jaké aktivizační činnosti a terapie jsou klientům ve vašem zařízení nabízeny?
- Jak často jsou tyto aktivizační činnosti a terapie probíhají? (pracovní dny, víkend)
- Jakou formou jsou aktivizační činnosti a terapie poskytovány?
- Kteří pracovníci z multidisciplinárního týmu se podílejí na poskytování aktivizačních činností a terapií? (sestra, SP, PSS, fyzioterapeut, psycholog, psychoterapeut, aj.)
- Je ve Vašem zařízení speciální místnost určená k realizaci aktivizačních činností a terapií?
- Jak probíhá aktivizace imobilních klientů?
- Jaký je podle Vašeho názoru přínos aktivizačních činností a terapií u uživatelů v domově?
- Podílíte se vy osobně na aktivizaci?
 - Pokud ano, jakým způsobem?
- Jaké jsou podle Vašeho názoru silné a slabé stránky týkající se poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?
- Mohl/a byste uvést příklad dobré praxe, který se týká poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?

Otázky k rozhovoru s pracovníky poskytujícími aktivizační činnosti a terapie

1. Sociodemografické údaje

- Pohlaví
- Věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Počet let zaměstnání v DZR
- Absolvované kurzy a semináře týkající se aktivizace

2. Další vzdělávání v oblasti aktivizačních činností a terapií

- Jaké semináře a kurzy byly pro vás osobně nejvíce přínosné/prospěšné?
- Absolvujete stáže v jiných zařízeních poskytujících sociální služby?
 - V případě, že ano – o jaká zařízení se jednalo, čeho se stáž týkala
- Považujete 24 hodin povinného doplňujícího vzdělání podle zákona 108/2006 sb. za přínosné?

3. Aktivizační činnosti a terapie

- Jaké individuální činnosti zde probíhají?
 - Jaké pomůcky během těchto činností využíváte?
 - V jakých prostorách tyto aktivity probíhají?
 - Metody a techniky
 - Přínos
- Jaké skupinové činnosti zde probíhají?
 - Kolik klientů se zúčastňuje skupinových aktivit?
 - Jak jsou klienti do skupiny vybíráni?
 - Jaké pomůcky během těchto činností využíváte?
 - V jakých prostorách tyto aktivity probíhají?
- Absolvujete s klienty aktivity mimo objekt zařízení?
 - Jaký druh a jaká místa navštěvujete nejčastěji?

- Jak často absolvujete aktivity mimo objekt zařízení?
 - Jak jsou klienti o těchto aktivitách informováni?
 - Zúčastňují se těchto aktivit i imobilní klienti?
- Mají rodinní příslušníci možnost se zapojit do aktivizačních činností a terapií?
 - Pokud ano, jakým způsobem? Je o toto zapojení z jejich strany zájem?
- Jak probíhají aktivizační činnosti a terapie u imobilních klientů?
- Jaký je podle Vás přínos aktivizačních činností a terapií?
- Jaké jsou podle Vašeho názoru nejpřínosnější aktivizační činnost a terapie?
- Mohl/a byste uvést příklad dobré praxe, který se týká poskytování aktivizačních činností a terapií ve vašem zařízení?

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám bakalářskou práci s názvem „Aktivizační činnost a terapie v domově se zvláštním režimem“ v rámci, které provádím kvalitativní výzkum, jehož cílem je zmapovat poskytování aktivizačních činností a terapií (druhy, formy, metody, techniky, pomůcky, přínos, personální zajištění a vedení dokumentace) u uživatelů v domově se zvláštním režimem v Jihočeském kraji. V případě Vašeho zájmu Vám ráda poskytnu bližší informace a po zapojení do výzkumu Vám předložím získané výsledky, pokud o to projeví zájem.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne u účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování bakalářské práce studentky.

Měla jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měla jsem možnost se studentky na vše pro mne podstatné a potřebné zeptat. Na tyto dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, u nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno, příjmení účastníka výzkumu:

podpis účastníka výzkumu:

V dne:

Jméno, příjmení a podpis studentky:

Tereza Žežulková

Seznam zkratek

AP – aktivizační pracovník

AP 1 – aktivizační pracovník 1

AP 2 – aktivizační pracovník 2

AP 3 – aktivizační pracovník 3

AP 4 – aktivizační pracovník 4

AP 5 – aktivizační pracovník 5

AP 6 – aktivizační pracovník 6

AP 7 – aktivizační pracovník 7

APSSČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

DZR – domov se zvláštním režimem

KP – klíčový pracovník

SP – sociální pracovník

SP 1 – sociální pracovník 1

SP 2 – sociální pracovník 2

SP 3 – sociální pracovník 3

SP 4 – sociální pracovník 4

SP 5 – sociální pracovník 5

SP 6 – sociální pracovník 6

SP 7 – sociální pracovník 7

SP 8 – sociální pracovník 8